

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ANA PAULA SILVA VILLARI

**DESCRIÇÃO DA REDE DE SAÚDE DE SÃO CARLOS, SP, POR MEIO DE
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE UMA PESSOA
AFETADA PELO CÂNCER**

SÃO CARLOS - SP

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANA PAULA SILVA VILLARI

**DESCRIÇÃO DA REDE DE SAÚDE DE SÃO CARLOS, SP, POR MEIO DE
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE UMA PESSOA
AFETADA PELO CÂNCER**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

Área de concentração em Gestão da Clínica.

Orientação: Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto

SÃO CARLOS - SP

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

V722dr Villari, Ana Paula Silva.
Descrição da rede de saúde de São Carlos, SP, por meio de um estudo de caso sobre a experiência de uma pessoa afetada pelo câncer / Ana Paula Silva Villari. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
101 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Saúde - administração. 2. Atenção à saúde. 3. Humanização. 4. Integralidade. I. Título.

CDD: 362.11068 (20^a)

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA PAULA SILVA VILLARI

“DESCRIÇÃO DA REDE DE SAÚDE DE SÃO CARLOS, SP, POR MEIO DE UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE UMA PESSOA AFETADA PELO CÂNCER”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de
concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 26/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Bernardino Geraldo Alves Souto/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Adriana Barbieri Feliciano/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Fernanda Lopez Rosell/UNESP

Aos meus pais, João Martins Villari (*in memoriam*) e Claudete Maria Silva Villari:
*“As palavras nunca serão suficientes para expressar a gratidão e o respeito que tenho para
com vocês, que não só me deram a vida como também orientaram meus passos.”*

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto, orientador e pessoa fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, por acreditar no meu potencial e entender minhas dificuldades, pela dedicação e motivação nesse período de aprendizagem.

Aos coordenadores, professores, colaboradores, colegas e a todos os envolvidos no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar pelo empenho na concretização do curso.

À Luciana Rodrigues Placeres Araujo, amiga e colega de trabalho, pela disposição e contribuição na realização deste trabalho.

À Cynthia Venusso de Toledo, amiga, por me ajudar frente ao computador e pelo estímulo nos momentos difíceis.

À entrevistada, paciente da rede de saúde do município, pessoa essencial por compartilhar sua história.

Aos entrevistados, gestores da rede de saúde do município, pela contribuição e disponibilidade.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade e contribuições que enriqueceram esta pesquisa.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo discorrer sobre a integralidade do cuidado na rede de saúde de São Carlos, SP, a partir da experiência de uma pessoa com câncer, por meio de um estudo de caso. A partir da narrativa do sujeito focal, fez-se a triangulação dos respectivos achados entrevistando-se em profundidade outros dois sujeitos identificados como estratégicos para o alcance do citado objetivo; portanto, apontados como unidades de análise pelo sujeito focal. Detectou-se que o Sistema local de Saúde de São Carlos, SP, encontra-se num processo de transição em direção a um modelo que propõe cuidado ampliado e integral a todas as pessoas indistintamente. Neste momento está sobrecarregado e lento, enfrentando problemas de qualidade assistencial e de desconforto por parte da gestão, de quem trabalha na rede de cuidados e do usuário do sistema de saúde. Para superar esses problemas precisará investir na Estratégia de Saúde da Família, nas práticas de humanização da assistência e na qualificação dos profissionais de cuidado à saúde. Terá ainda que ampliar sua capacidade instalada, qualificar as estratégias de regulação, melhorar a comunicação entre a gestão e os profissionais da assistência, estruturar uma rede assistencial orientada por linhas de cuidado e pactuar o processo de construção do Sistema de Saúde com seus usuários e sua equipe de profissionais.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Humanização. Cuidado Integral.

ABSTRACT

This study had the objective to discourse about the integrality of Sao Carlos-SP county care network, from the experience of a person with cancer, by means of a case study. From the narrative of subject's focal it has been done the triangulation of respective findings interviewing other two people identified as strategic for reaching mentioned objective, therefore appointed as units of analysis of subject's focal. It has been detected that local Health Care System of São Carlos-SP is under a transition process seeking for a model that proposes expanded and integral care for everyone without distinction. This system currently is overloaded and slow, facing attendance quality problems and discomfort of management responsible, care employees personal and health care system user. In order to overcome these problems, it will be necessary investment on Family Strategic Health program, practice of attendance humanization and health care professional qualification. It will also be necessary to increase the installed capacity, qualify the regulation strategic, improve the communication between management and attendance professionals, organize a care network oriented by care lines and agree on Health System building process with users and professional team.

Key-words: Health Care Network. Humanization. Integral Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 A Transição do Modelo de Cuidado à Saúde	22
4.2 As Dificuldades Relacionadas ao Fluxo Assistencial e à Integralidade do Cuidado	26
4.3 Os Caminhos para um Modelo de Cuidado à Saúde Adequado às Condições Crônicas ...	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO 1 - PARECER DO CEP	53
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO FOCAL	56
APÊNDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SUJEITO FOCAL	59
APÊNDICE 2 - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O SUJEITO FOCAL	60

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PRIMEIRO E SEGUNDO SUJEITOS-VÉRTICES.....	68
APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O PRIMEIRO SUJEITO-VÉRTICE	71
APÊNDICE 4 - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O PRIMEIRO SUJEITO-VÉRTICE	74
APÊNDICE 5 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SEGUNDO SUJEITO-VÉRTICE	92
APÊNDICE 6 - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O SEGUNDO SUJEITO-VÉRTICE	94

1 INTRODUÇÃO

A experiência com a enfermidade, para qualquer pessoa, constitui-se em uma situação adversa que leva o indivíduo a refletir sobre a vida e a interpretar as manifestações do seu corpo à luz de seu contexto sociocultural. Tal situação induz à resignificação, ou reconstrução de vários sentidos e valores, de modo que a doença não deve ser vista isoladamente. À medida que o problema passa a ser controlado ou abolido, o sujeito vai se reintegrando à sua vida cotidiana (RABELO *et.al.*, 1999; MOREIRA FILHO, 2005).

Nesse sentido, na revelação da experiência de uma pessoa em sua singularidade, a subjetividade não deve ser considerada imperante, e sim, auxiliar da compreensão. Através de um olhar ampliado, é importante observar como cada um apreende, reorganiza e reconstrói sua vida a partir de um evento existencial marcante (RABELO *et.al.*, 1999).

Portanto, as pessoas precisam mais do que diagnósticos precisos para sentirem-se acolhidas em suas demandas e necessidades de saúde. O desejo de sentir-se cuidado é particularmente importante quando os problemas são complexos demais para alcançar a cura. Nessa perspectiva, a amplitude ou abrangência do cuidado precisa alcançar a vivência do adoecimento pelos sujeitos (BRASIL, 2008).

Algumas dessas vivências expõem a complexidade do universo de necessidades das pessoas e seus familiares, tanto as de caráter clínico e psicológico quanto às de caráter socioeconômico e cultural, as quais também demandam cuidado apropriado (SANTIAGO e ANDRADE, 2008).

Quando decidimos apoiar essas pessoas com a intenção de ajudá-las, por respeito ao ser humano e à vida devemos agir de forma coerente com esse intuito. Isto envolve reconhecer as diferentes manifestações, aceitar as diferenças e estar atento às expressões de cada sujeito de maneira singular (SILVA, 1999).

Desse modo, cuidar é parte do cotidiano humano e reporta-se a um agir de respeito e responsabilidade, estabelecendo uma atitude de interação que abrange o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo o acolhimento e a escuta do ser (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Humanização (PNH), através do princípio da transversalidade, sugere dispositivos e ferramentas para estimular e consolidar as relações entre as pessoas com necessidades de saúde, os trabalhadores e os gestores de maneira democrática. Tem como diretriz ético-política a cogestão (gestão participativa), tida como um

potente instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde capaz de contribuir para a garantia de uma atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2009).

Tanto profissionais quanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), individual ou coletivamente, intencionalmente ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros. Isso ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa a ganhar mais autonomia e a lidar com o adoecimento de modo produtivo. Sob esta ótica, o ideal é tentar construir uma proposta terapêutica pactuada com o usuário, pela qual ele se corresponsabilize, denominado Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2009).

Para ser terapeuta, portanto, é preciso ter empatia, curiosidade, comunicação eficaz, capacidade de troca, saber ouvir e querer verdadeiramente entender quem está à nossa frente. Através da escuta ampliada e qualificada, possibilitar ao doente a experiência de ser entendido e respeitado (SILVA, 1999).

A complexidade da clínica na busca por um cuidado integral, em alguns momentos, pode provocar sensação de desamparo no profissional que ainda encontra dificuldades em lidar com essa complexidade, gerando tensionamentos e disputas de poder entre usuários e profissionais (BRASIL, 2009).

Esse profissional deverá ter a sensibilidade de associar seus conhecimentos técnicos à história de vida de cada paciente, em seu contexto econômico, social e cultural, elaborando um plano de cuidado capaz de influenciar positivamente o tratamento, considerando a particularidade e individualidade de cada sujeito (SOUTO e PEREIRA, 2011).

Segundo Sontag (1984, p. 17):

A doença é um lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país.

Portanto, no âmbito da doença física aparecem fantasias simbólicas ou metafóricas do adoecimento, o que torna muito difícil vivenciar a doença e permanecer imune aos preconceitos e significados que dela emanam (SONTAG, 1984).

Nesse sentido, as respostas à enfermidade remetem a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores, as quais o doente e aqueles que estão envolvidos

na situação interiorizam e expressam através de suas atitudes e proposições visíveis em seus itinerários na busca de solução para seu problema de saúde (RABELO *et. al.*, 1999).

O entendimento da lógica utilizada pelas pessoas na busca por cuidado nos possibilita uma noção ampliada a respeito de suas trajetórias, consideradas como norteadoras dos seus caminhos e da produção de respectivos sentidos. Tal compreensão viabiliza adaptações e flexibilidade aos serviços de saúde (BELLATO *et. al.*, 2008).

No âmbito tecnológico desse processo que envolve uma ação de cuidado em saúde capaz de compreender a dimensão do fenômeno existencial do adoecimento, a proposta da Clínica Ampliada constitui-se numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Com a intenção de ajudar na abordagem desse fenômeno complexo, tal proposta reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode predominar um foco específico sem negar a existência de outras possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a Clínica Ampliada é um trabalho clínico cujo objetivo é produzir saúde e aumentar a autonomia dos sujeitos e da comunidade. Sugere como estratégias de ação a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela, a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico singular e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-adoecimento. É importante colocar em discussão a fragmentação do processo de trabalho e criar um contexto favorável para que se possam contemplar os temas e as atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional e ampliar as possibilidades e a potência do cuidado (BRASIL, 2009).

Para isso, é fundamental a inclusão do acolhimento, da escuta qualificada e do vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Ou seja, a centralidade do cuidado na pessoa, como dimensão da integralidade nas práticas de saúde, é um meio para a abordagem do processo saúde-adoecimento na existência real das pessoas. Providenciado dessa maneira, ainda que não elimine o sofrimento, um cuidado integral pode auxiliar a abordagem de suas experiências, alterando as formas e o significado dos modos de viver da pessoa com problemas de saúde e dos outros com ela envolvidos (BRASIL, 2008).

O Acolhimento com Avaliação de Risco, um dos dispositivos da PNH, preocupa-se com a recepção do usuário e com a continuidade da assistência a partir de suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Assim, permite que as pessoas expressem suas preocupações e angústias e, ao mesmo tempo, estabelece os limites necessários para garantir atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços (BRASIL, 2006).

O SUS tem investido na construção de uma política pública que, por um processo de criação de consensos e responsabilização compartilhada, trabalhe por uma saúde integral, operando na atenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2008).

Esse investimento valoriza a redução do risco de adoecimento e morte por doenças impactantes. Com essa preocupação, o Brasil passou a fazer parte do estudo “Carga Global de Doenças” que quantifica tais riscos, por grupos de causas por países e regiões geográficas. A esse respeito, levantamento realizado no país entre 2002 e 2004 mostrou grande proporção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (74%), nas quais estão incluídas as neoplasias, seguidas pelas doenças infecciosas, maternas, perinatais e nutricionais (13%) e pelas afecções externas (12%) (BRASIL, 2008).

O mundo vivencia o fenômeno da transição epidemiológica, o que pode ser percebido pelo processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das doenças infecto-contagiosas e pelo aumento das condições crônicas. Diante dessa realidade é imprescindível transformar o modelo de cuidado em saúde de um sistema essencialmente reativo, fragmentado e episódico, limitado a responder apenas demandas de condições agudas, em outro sistema proativo, integrado, contínuo e focado na promoção, na manutenção da saúde e da autonomia dos sujeitos (MENDES, 2011).

Verifica-se que certa priorização das DCNT já existe por parte das políticas públicas, principalmente porque apresentam impacto significativo no planejamento e no custo das ações sanitárias efetuadas pelo SUS. Além do investimento na assistência e nos medicamentos destinados aos sujeitos com DCNT, há uma preocupação nítida com o desenvolvimento de ferramentas que permitam melhor abordagem desses agravos (BRASIL, 2008).

No âmbito da vigilância das DCNT, diversas ações possibilitam o conhecimento da distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais. O conhecimento gerado pela ação de vigilância deve subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado integral. Desse modo, a inclusão do olhar da vigilância em saúde facilita a organização dos processos de trabalho, ampliando sua margem de adequação às necessidades exigidas pelo respectivo cuidado (BRASIL, 2008).

A literatura científica e as experiências de outros países destacam que as tecnologias mais efetivas para a redução da carga das DCNT são aquelas que trabalham com os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, por meio de políticas

públicas orientadas pela ótica da integralidade e adequadas às realidades de cada região de saúde (BRASIL, 2008).

A integralidade em saúde, enquanto atenção ao conjunto das necessidades das pessoas é por si só um chamado ao trabalho em rede. Os diversos níveis de complexidade dos serviços devem estabelecer relações entre si de modo a configurar uma rede, que é tanto mais adequada ao enfrentamento dos problemas quanto mais se aproxima das necessidades das pessoas e do seu território, sendo de fundamental importância manter relações comunicativas com usuários, famílias e equipamentos sociais de suporte para o enfrentamento dos reais problemas que afetam a saúde das pessoas (SANTIAGO e ANDRADE, 2008).

As redes de cuidados à saúde integral pressupõem a oportunidade da atenção, a resolução dos problemas de saúde com toda a tecnologia disponível e necessária a cada caso, processos de gestão que permitam o trabalho integrado das diferentes “estações cuidadoras”, o controle social desses processos, a possibilidade do desenvolvimento de profissionais em campo e a produção de conhecimento (SANTIAGO e ANDRADE, 2008).

No processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, a atenção primária é considerada a porta de entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida pelos outros níveis dos serviços de saúde quando necessários. Assim, deve compartilhar, através de um trabalho em equipe, características com os outros níveis de atenção com o intuito de garantir o acesso aos serviços de prevenção, tratamento e reabilitação para as pessoas que utilizam os serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

As discussões em torno da organização da assistência à saúde estão voltadas principalmente para os equipamentos hospitalares e para a atenção primária. Percebe-se que a atenção secundária não recebeu o mesmo tratamento por parte das políticas públicas de saúde, sendo considerada como um “nó crítico” para gestores e usuários por dificultar o fluxo nos itinerários terapêuticos. Sua organização continua centrada na questão da oferta e demanda e não evoluiu na construção de um modelo mais interativo, que condiga com a prática da clínica ampliada (MERHY e FRANCO, 2003).

A mudança de modelo assistencial requer uma transição tecnológica na “Composição Técnica do Trabalho”. Trata-se de uma mudança nas formas de se produzir saúde, ou seja, uma preeminência do trabalho em ato, ligado às tecnologias leves, sobre aquele que é instituído nos equipamentos e procedimentos, ligado às tecnologias duras e leve-duras, em todos os níveis de atenção. Assim, os atos assistenciais devem ser facilitados pelo

exercício das tecnologias relacionais (MERHY e FRANCO, 2003; FRANCO e MERHY, 2012).

A proposta de operacionalização das “Linhas de Cuidado” (LC), de acordo com o princípio da integralidade, preocupa-se com o fluxo do usuário em qualquer ponto do sistema de saúde, e, conseqüentemente, com a retaguarda de encaminhamentos seguros e fluxos organizados para os outros níveis de atenção; neste desenho vemos um funcionamento organizacional sistêmico. Essa linha diretriz de cuidados é mantida por recursos e insumos que expressam as tecnologias necessárias de acordo com as necessidades e singularidades das pessoas, sendo indispensável uma relação sincronizada e harmoniosa entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MALTA e MERHY, 2010).

Considerando-se que a qualidade de vida da população deve ser uma preocupação de todos os setores produtores de políticas públicas e que é tarefa precípua investir para sua melhoria, a intersetorialidade apresenta-se como ferramenta fundamental para o alcance do cuidado integral. O esforço para que os diferentes setores das políticas públicas desenvolvam ações de forma sinérgica, coordenada e, quando possível, integrada, pode e deve ter o SUS como seu protagonista (BRASIL, 2008).

A prática da integralidade resulta da construção social de diferentes partes e a resolubilidade dos problemas de saúde da população implica na atuação simultânea de duas lógicas que se relacionam, contrapõem-se e se tensionam: a lógica dos serviços de saúde em torno da organização da atenção e a lógica dos usuários que buscam os serviços de saúde a partir de suas necessidades (BELLATO *et. al.*, 2008).

Atualmente, na Rede de Saúde do município de São Carlos existe um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC). Segundo a experiência como residente deste programa e relatos de vivências práticas de outros profissionais da Rede, e hoje como aluna do mestrado em Gestão da Clínica, foi possível perceber a necessidade de desvendar o SUS local de modo a identificar como este opera sobre a necessidade do provimento de uma assistência integral, uma vez que seu fluxo em rede não se encontra sistematizado em linhas de cuidado. Nesse sentido, há uma demanda da gestão do SUS desse município pela compreensão e reflexão crítica sobre o acesso ao serviço, a integralidade do cuidado e a organização desse sistema.

Incorporar essa compreensão ao planejamento da assistência pode ser estratégico para a qualificação, a eficiência e a humanização do cuidado. Ao estudar o SUS desta localidade a partir da trajetória de uma pessoa ao longo da respectiva rede de cuidados, esta pesquisa contribui para o atendimento da citada demanda.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Discorrer sobre a integralidade do cuidado na rede de saúde de São Carlos, SP, a partir da experiência de uma pessoa com câncer.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever as percepções dessa pessoa sobre tal rede de cuidados à luz de sua própria experiência;
- 2) Produzir uma narrativa crítico-reflexiva sobre a rede de cuidados à saúde de São Carlos, SP, a partir da trajetória de uma usuária dessa rede;
- 3) Identificar demandas de qualificação do modelo assistencial estudado para a oferta de um cuidado ampliado e integral que contemple, além das questões operacionais da assistência, a dimensão existencial do processo de cuidado.

3 METODOLOGIA

A partir de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva do tipo estudo de caso, que contemplou a estratégia da triangulação dos achados, trabalhou-se inicialmente o itinerário terapêutico do sujeito focal. Nesta perspectiva, itinerários terapêuticos representam os caminhos percorridos pelas pessoas em busca por solução para seus problemas de saúde e como delineiam estes percursos, segundo uma lógica própria tecida nas redes formais e informais de cuidado, sustentados na própria experiência subjetiva com o adoecimento (BELLATO *et. al.*, 2008).

Para isso, construiu-se a História de Vida Focal (HVF) de uma pessoa que foi afetada pelo câncer e, por esse motivo, recorreu à rede de cuidados à saúde de São Carlos, SP. A HVF possibilita uma compreensão em profundidade da experiência, uma vez que permite descobrir, explorar e avaliar como as pessoas compreendem seu passado e relacionam sua experiência individual ao seu contexto social, como a interpretam e como lhes dão significado. Portanto, é uma importante forma de pesquisar o sentido da experiência humana (MINAYO, 2006).

Tendo em vista tratar-se de um estudo de caso, a amostragem foi intencional; isto é, o sujeito focal foi escolhido por ser típico do fenômeno investigado (KEEN, 2009). De acordo com os objetivos deste estudo, a característica típica exigida do sujeito para sua inclusão na amostra foi o fato de ter vivido a experiência de circular pela rede de atenção à saúde de São Carlos, SP, devido a um problema específico de saúde que demandou a necessidade de um cuidado ampliado e integral. Elegeu-se, pois, deliberadamente, uma pessoa acompanhada pela Unidade de Saúde da Família (USF) do Bairro Jardim São Carlos, em São Carlos, SP, que teve câncer duas vezes e, em ambas, transitou pela respectiva rede de atenção à saúde.

Vale lembrar que estudos de caso partem da seleção de um único sujeito caracterizado por ser uma unidade de análise estratégica capaz de fornecer em profundidade o dado exato que interessa ao investigador. Por essa capacidade como unidade de análise, a pessoa assim selecionada categoriza-se como informante-chave e é denominado sujeito focal: aquele que fornecerá o dado que, ao ser analisado, indicará diretamente que outros dados serão necessários levantar e analisar para desvendar e compreender o objeto investigado segundo os objetivos da pesquisa, e, indiretamente, que outros sujeitos deverão ser elencados (incluídos no estudo) para o levantamento desses outros dados (KEEN, 2009). A esses outros sujeitos atribuímos o nome de sujeitos-vértices da triangulação: aqueles que fornecem os

dados que serão analisados à luz dos achados obtidos a partir da análise do dado fornecido pelo sujeito focal. Na prática, o sujeito focal fornece o dado que se procura e indica que mais dados serão necessários para a compreensão do objeto investigado e qual a fonte desses dados (os sujeitos-vértices). Os achados relativos aos dados fornecidos pelo sujeito focal nortearão a abordagem dos dados fornecidos pelos sujeitos-vértices.

Nesta pesquisa, o sujeito-focal foi uma mulher de 82 anos, aposentada, viúva e residente com a família de um de seus dois filhos. Quando participou da pesquisa não era mais cadastrada na USF e o intervalo relatado entre as duas vezes que precisou da rede de atenção à saúde de São Carlos foi de, aproximadamente, 30 anos.

Os outros sujeitos (sujeitos-vértices), indicados pela análise da entrevista do sujeito focal para a triangulação eram gestores da rede municipal da saúde de São Carlos, SP.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP – UFSCar), conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas com Seres Humanos (CNS), em 06/01/2011, mediante o parecer nº. 001/2011 (ANEXO 1).

Após aprovação pelo CEP – UFSCar, o sujeito focal foi convidado a participar da pesquisa por meio de uma entrevista gravada em áudio, a qual foi transcrita para análise (APÊNDICE 2). Esse sujeito foi previamente informado sobre o estudo e aceitou livremente colaborar mediante termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, consoante à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 2).

Após a análise da entrevista do sujeito focal, identificaram-se mais dois potenciais sujeitos para compor a triangulação (sujeitos-vértices), que também foram convidados a participar da pesquisa por meio de uma entrevista gravada em áudio que foram transcritas para análise (APÊNDICES 4 e 6). Da mesma forma, esses sujeitos foram previamente informados sobre o estudo e aceitaram livremente colaborar mediante termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, consoante à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 3).

Tecnicamente, começamos por uma entrevista semi-aberta, conduzida com flexibilidade com o informante-chave (APÊNDICE 1) (BRITTEN, 2009). Tal procedimento permitiu ao pesquisador aproximar-se subjetivamente do sujeito e observá-lo ao longo da entrevista, possibilitando um levantamento de dados mais amplo do que seria possível somente por meio da entrevista pura (MINAYO, 2006).

Por sua vez, a entrevista focalizou a experiência de adoecimento do sujeito e sua busca por cuidado. Ao movimentar a HVF do entrevistado, permitiu alteridade ao

pesquisador. A importância dessa alteridade consiste em possibilitar o reconhecimento da realidade específica do entrevistado, de modo que o entrevistador se desvincula intencionalmente de sua própria história para compreender empaticamente o entrevistado (CARVALHO, 1987).

A entrevista com o sujeito focal foi analisada por estratégia interacionista interpretativa ideográfica em profundidade. Desta análise identificaram-se os potenciais sujeitos para a triangulação (novas unidades de análise – sujeitos-vértices) e os respectivos focos para as entrevistas a serem realizadas com os mesmos.

O Interacionismo Interpretativo articula pressupostos epistemológicos e metodológicos do interacionismo simbólico, da fenomenologia e da hermenêutica. Ao permitir aprofundar a HVF, essa estratégia possibilita alcançar os significados subjetivos das pessoas dentro de seu contexto social. Tal abordagem supõe que as ações humanas se dão em direção ao outro, com o outro e a partir do outro, em processos que resultam nas experiências interacionais mediadas por símbolos e pela linguagem. Aceitando essa hipótese, assume-se que a compreensão de um dado fenômeno pode ser obtida pela interpretação e consequente entendimento do significado que é sentido, pretendido e expresso pelas pessoas em relação às situações com as quais são confrontadas (ANDRADE e TANAKA, 2001; SAUERBRONN e AYROSA, 2010).

Para auxiliar na análise dos dados, foi utilizada a técnica da estrutura do fenômeno situado, introduzido e desenvolvido no Brasil por Martins & Bicudo (1989) para pesquisas em psicologia. Dessa técnica, destacaram-se os seguintes passos:

- Leitura dos registros de modo a incorporar seus conteúdos;
- Releituras do texto para identificar as unidades de significado;
- Conversão das unidades de significados em uma linguagem inteligível, convertendo-as em temas para abordagem;
- Reagrupamento e sistematização das unidades de significado para viabilização da análise triangular das mesmas.

Em seguida partimos para elaboração das entrevistas com os sujeitos-vértices a respeito do funcionamento da rede de cuidados à saúde, naqueles aspectos que foram indicados pela análise da entrevista com o sujeito focal (informante-chave) (APÊNDICES 3 e 5).

A fala dos sujeitos-vértices também sofreu tratamento interacionista interpretativo ideográfico em profundidade, à guisa das unidades de significado identificadas na entrevista com o sujeito focal.

Segundo o próprio interesse da triangulação em qualificar e validar os achados e a reflexão sobre os mesmos foi feita a comparação intercomplementar entre três fontes de dados com membros de diferentes interesses: entre os resultados da análise da entrevista com o sujeito focal e os resultados da análise das entrevistas com os sujeitos-vértices; entre os resultados da análise da entrevista de um sujeito-vértice com os resultados da análise da entrevista do outro sujeito-vértice (MAYS e POPE, 2009).

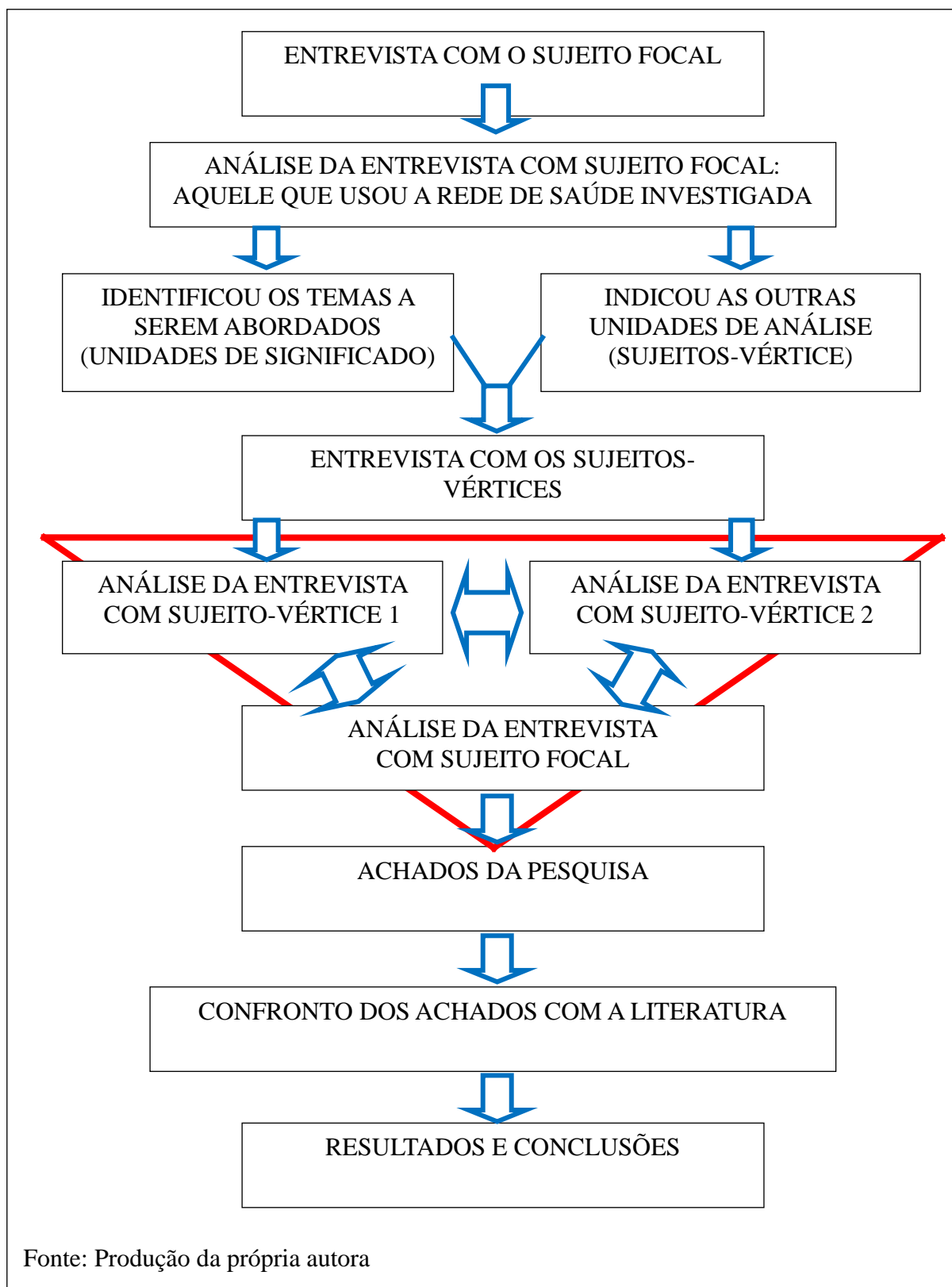
Sabendo que a realidade é socialmente construída e precisa ter recursos capazes de compreender uma série de eventos e esforços provenientes dos diferentes atores envolvidos (SAUERBRONN e AYROSA, 2010), produziu-se, metaforicamente, uma mesa redonda participada pelos sujeitos da pesquisa e moderada pelo pesquisador, a qual debateu a trajetória do sujeito focal pela rede de saúde de São Carlos: a triangulação dos achados.

Em síntese, a metodologia seguiu os passos abaixo e ilustrada na figura 1:

- 1º: entrevista semi-aberta com a pessoa que usou o sistema de saúde a respeito de suas considerações sobre o mesmo, à luz de sua própria experiência (entrevista com o sujeito focal – informante-chave);
- 2º: análise interacionista interpretativa dessa entrevista, extraindo-se da mesma a percepção do sujeito focal sobre o sistema de saúde, as unidades de significado e os potenciais novos sujeitos a serem entrevistados com fins à triangulação (demais unidades de análise – sujeitos-vértices);
- 3º: entrevista semi-aberta com os sujeitos-vértices, orientada pelas unidades de significado apontadas pela análise da entrevista do sujeito focal;
- 4º: análise interacionista interpretativa das entrevistas feitas com os sujeitos-vértices;
- 5º: triangulação (confronto e comparação crítica) entre os achados oriundos das análises das entrevistas do sujeito focal e as análises das entrevistas com os sujeitos-vértices; e entre os achados oriundos da análise da entrevista de um sujeito-vértice com a análise da entrevista com o outro sujeito-vértice.

- 6º: discussão do resultado da triangulação à luz da literatura respectivamente disponível.

Figura 1 – Esquema dos passos metodológicos deste estudo.



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Transição do Modelo de Cuidado à Saúde

Nossa primeira entrevistada (sujeito-focal – a pessoa que transitou pelos serviços de saúde) teve duas experiências diferentes com o sistema de saúde. Uma, no passado, quando teve câncer de mama, e outra mais recente, quando precisou de cuidados devido a um câncer na boca. Ao relacionar tais experiências, percebeu que o sistema de saúde mudou:

“No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência. Naquele tempo o SUS era diferente, né; nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo (...).”

Observa-se que essa percepção se deu sobre referenciais equivalentes, ou seja, de similar significado e sentido existencial: em ambas às vezes o problema foi o câncer. Isso significa que a comparação feita pela entrevistada entre dois momentos do sistema de saúde tem significativa probabilidade de não ter sido influenciada pelo agravo que a motivou a utilizá-lo, o que reforça a possibilidade de coerência entre a sua percepção e a realidade comparada desse sistema, uma vez que houve um pareamento entre os dois momentos percebidos.

No âmago de sua percepção sobre a mudança do processo assistencial, identificou, à luz de suas expectativas e experiências, no mínimo, uma limitação da qualidade no modo como o sistema de saúde funciona atualmente, caracterizado pela falta de agilidade. Ao que parece, a agilidade em resolver o problema do usuário foi muito importante para nossa entrevistada uma vez que ela vinculou esse atributo a um conceito de perfeição ao dizer que, por ser ágil, o sistema era “maravilhoso”. Desse modo, ela construiu uma noção de que o sistema de saúde vigente demanda aperfeiçoamento.

Ao fazer essa identificação, a entrevistada tentou encontrar uma razão para sua imperfeição e inferiu que o motivo pode estar no grande volume da demanda atual em relação ao que ocorria no passado:

“Era tudo mais rápido. Acho que tinha menos gente, né (...).”

Em seguida explicou que o seu conceito de agilidade para o sistema de saúde está relacionado com a resolubilidade do mesmo e definiu-a como o foco de sua expectativa, ao ponto de deixar claro que a morosidade assistencial é significativamente angustiante:

“(...) eu não preocupo, quero resolver, a única coisa é que quero que seja logo. Dessa vez fiquei nervosa, quero resolver logo, fui prum lado (...) fui pro outro né (...).”

No entanto, é preciso considerar que a experiência anterior, e resolvida, possa ter desenvolvido na respondente uma percepção sobre o câncer que a fez supervalorizar a agilidade do sistema como um referencial de qualidade, já que “Dessa vez” ficou “nervosa” e começou a correr de um lado para ou outro na tentativa de “resolver logo” o seu problema.

O segundo entrevistado (primeiro sujeito-vértice – ligado à gestão da rede municipal de saúde), ao comentar sobre a transição do modelo assistencial, argumentou que houve uma decisão política local por uma mudança nesse modelo que incorporou um novo conjunto de objetivos relacionados ao cuidado em saúde:

“(...) os serviços, a política de saúde que está sendo construída na nossa cidade, não é para ser mais moroso, não é isso, mas que você possa estar cuidando da pessoa como um todo, identificando suas necessidades de saúde (...).”

Ao fazer um breve relato histórico do processo de evolução do modelo de atenção à saúde, o mesmo identificou mudança na forma de acesso: antes era restrito a uma demanda menor, formada por pessoas privilegiadas pela oportunidade social; hoje o acesso é universalmente permitido a todas as pessoas que dele necessitarem, o que aumentou a clientela do serviço público de saúde. Concordou, em parte, com a percepção do sujeito focal sobre o aumento da demanda sobre esse serviço:

“(...) acho que ela viveu um momento do sistema de saúde com pouca demanda aonde as pessoas que eram atendidas elas não... não era universal; quer dizer, (...) ou você era previdenciário ou você não tinha direito, (...) e caía no serviço, existia um serviço, identificou-se uma situação de patologia, e aí identifica, opera, tem que ser rápido mesmo, (...) hoje você tem um outro mundo, muito mais gente (...).”

No mesmo sentido, podemos perceber na fala da terceira entrevistada (segundo sujeito-vértice – também ligada à gestão municipal da saúde) uma mudança de paradigma assistencial que incorporou uma prática nova, de promoção da saúde:

“E hoje, às vezes, o profissional odontológico ele está tão ligado que às vezes uma ferida, uma lesão por conta do uso de uma dentadura, ele até acha que é um câncer, ele está mais voltado para isso, ele está mais atento, antigamente você nem tinha isso (...).”

Argumentou, ainda, que a tecnologia e o incremento de recursos humanos, além da prática de promoção da saúde, aumentaram qualitativamente a resolubilidade ao antecipar a complicação do problema, trazendo-o para dentro do serviço em uma fase mais inicial de sua evolução. Essa entrevistada entendeu isso como agilidade, contrapondo-se à percepção de morosidade do serviço posta pelo sujeito focal. Nesse sentido, a percepção foi de que a situação vivenciada pela paciente a partir do diagnóstico precoce do câncer de boca foi um benefício específico do modelo de cuidado em construção. Por meio dessa reflexão, esse segundo sujeito-vértice supôs que, se houve alguma morosidade no processo de cuidado reivindicado pela paciente, o mesmo não se deveu ao modelo assistencial, mas, a alguma falha no uso de suas ferramentas:

“(...) eu acho que a avaliação de risco é que teve essa questão da agilidade ou não, não acredito que o sistema hoje seja mais moroso do que naquela época, muito pelo contrário, hoje nós temos mais tecnologia, mais formas de agilizar, muito mais profissionais do que antigamente né, eu acho que aí foi a questão da avaliação de risco, pode ser que o sistema tenha falhado, no acolhimento, na escuta né, na avaliação (...).”

Por outro lado, concordou com o sujeito focal quanto ao aumento da demanda desproporcionalmente maior do que o da oferta e justificou, nesse fato, a necessidade de uma estratégia de regulação dessa oferta para que o sistema seja mais eficiente:

“O acesso aumentou, o número de atendimentos aumentou, e a gente precisa ver quem está precisando mais mesmo né, nós não temos serviços suficiente para todo mundo, a gente sabe disso, na minha visão, até porque é mal utilizado né (...).”

Acrescentou que essa estratégia já foi implantada e foi demandada pela própria mudança que impulsiona o modelo assistencial em construção:

“A Regulação é uma coisa nova dentro do Sistema (...) ele não tinha essa coisa forte de auditoria, avaliação e controle, depois foi se implantando (...) aí nesse meio todo veio a necessidade de regular, principalmente regular o acesso para que as pessoas pudessem chegar em tempo (...).”

O modelo assistencial mudou, mas, precisa melhorar. Precisa melhorar a agilidade em resolver as demandas de saúde porque a demora em solucionar o problema das pessoas agrega-lhes sofrimento e frustra as expectativas e, talvez, também as necessidades das mesmas.

Uma das hipóteses para a falta de agilidade é a desproporção entre oferta e demanda; ou seja, o volume de problemas e de pessoas a serem cuidados pelo sistema de saúde é maior que a capacidade de resposta desse sistema.

Essa desproporção pode ter origem na incorporação de objetivos de cuidados que contemplam um modelo de atenção ampliada e integral, resultando num aumento do escopo de abordagem do cuidado oferecido, e no fato do acesso ser universal.

A revisão da política nacional de saúde, por meio da qual se instituiu o SUS, aumentou o volume de beneficiários do sistema público de cuidados à saúde pela inclusão dos que, anteriormente, eram categorizados como indigentes e só excepcionalmente conseguiam algum acesso a esse sistema. Por outro lado, ampliou-se a abordagem assistencial pela incorporação qualitativa e quantitativa de um conjunto de ações integradas de promoção, proteção e reabilitação em saúde que compreendem não só o sujeito individualmente, mas, também seu contexto familiar e social implicados com o fenômeno do adoecimento. Nota-se que, antes de instituído o SUS, a abordagem era predominantemente transversal, focalizada principalmente nos eventos agudos de uma doença e restrita ao sujeito individualmente. Obviamente que esse aumento de demanda pela universalização do acesso e a ampliação da abordagem das demandas relacionadas à saúde exigem estratégias de gestão capazes de garantir que não haja perdas na resolubilidade e na agilidade do sistema em responder às necessidades dos seus usuários.

A esse respeito, Malta, Moraes Neto e Silva Junior (2011), destacaram que uma das diretrizes do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022”, coerentemente com as necessidades das pessoas, é a integralidade do cuidado; portanto, a resolubilidade da assistência. Isso reforça a ideia posta sobre a necessidade de estratégias de gestão capazes de suportar o modelo de saúde que se pretende para o país.

Por outro lado, há que se pensar que pelo fato de hoje se propor cuidado ampliado e integral, talvez o sistema em construção se ofereça como mais resolutivo do que o antigo. Se imaginarmos que o sistema antigo tinha uma abordagem restrita e predominantemente curativista focada na doença, ao propor ultrapassar essa dimensão para alcançar o fenômeno saúde-adoecimento no processo de cuidado, o SUS de hoje resulta mais competente em resolver demandas de saúde. Se antes se cuidava da doença no ambiente corporal da pessoa, hoje se cuida, também, da saúde individual e coletiva no ambiente que vai além do corporal do sujeito.

Nesse caso, algo que pode estar obstruindo o fluxo é sua organização e processo que, provavelmente, demandam qualificação.

Não obstante, uma oferta aquém da demanda é também um problema que exige uma ação de gestão que o minimize, a exemplo dos sistemas de regulação da distribuição da oferta.

Dito de outra forma, a garantia do acesso universal conquistado pela sociedade por meio do atual SUS representa um desafio para a gestão que, além de exigir um aumento da capacidade instalada, demanda competente planejamento e organização dos serviços para um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis.

Sobre esse tema da facilitação do acesso das pessoas ao serviço público de saúde proporcionada pela nova lei orgânica da saúde que instituiu o SUS, a literatura comenta que, além da garantia do acesso universal às ações e aos serviços de saúde, outras questões devem ser amadurecidas; questões estas que não eram cogitadas no antigo modelo assistencial. Entre elas, destaca-se a busca pela equidade e pelo aumento do financiamento público para a saúde; a unificação e a integração das ações por meio da estratégia da intersectorialidade na providência do cuidado em saúde; e a garantia de oportunidades à população para participar ativamente da formulação, implantação e implementação das políticas de saúde e do controle de sua gestão (PAIM, 2008).

A regulação da oferta dos recursos assistenciais, que de certo modo pode influenciar a agilidade do fluxo de cuidado, é uma demanda do próprio modelo em construção de atenção universalizada para que se considere a equidade em favor do aumento da eficiência, da efetividade e da democracia no uso desses recursos, a bem dos próprios usuários do SUS.

A literatura reforça a necessidade de um sistema de regulação e defende que o mesmo opere sobre a organização, o controle, o gerenciamento e a hierarquização do acesso das pessoas aos meios, para o cuidado que demandam, bem como dos fluxos assistenciais, disponibilizando a opção mais adequada às necessidades de saúde de cada pessoa. Para isso, o sistema de regulação deve orientar-se por linhas de cuidado com foco na integralidade da atenção, por meio de estratégias que favoreçam a agilidade dos fluxos e dos processos, assim como a resolubilidade sobre a demanda de cuidado trazida pelas pessoas (GAWRYSZEWSKI *et.al.*, 2012).

4.2 As Dificuldades Relacionadas ao Fluxo Assistencial e à Integralidade do Cuidado

Ao procurar por cuidado na rede de saúde de São Carlos, SP, o sujeito focal compreendeu a hierarquização do sistema de saúde e seguiu o respectivo fluxo com a expectativa de conseguir resolver seu problema:

“(...) então, primeiro, quando saiu a ferida na boca, fui no postinho. Do postinho me encaminhou pro CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Ali fez a biópsia e deu câncer. Daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME (Centro de Especialidades Médicas) (...).”

À luz da experiência com o modelo de cuidado que vigorava antes da implantação do SUS, pelo qual foi assistida na época em que teve câncer de mama, a informante-chave desenvolveu uma expectativa em relação à agilidade do tratamento mediada pela crença de que, já sendo cliente antiga do médico que iria atendê-la no Centro de Especialidades, seu percurso pela rede hierarquizada seria facilitado. Ao perceber que o vínculo em que se apoiara não ajudou conforme esperava, percebeu que o médico, talvez, não tivesse mais a autonomia que tinha antes sobre o fluxo assistencial. Seu sentimento diante disso foi de uma frustração que a deixou “apavorada”:

“(...) daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME, com o Dr. X, que eu até já era paciente dele, já tinha feito uma cirurgia nas costas com ele (...). Daí fui lá com o Dr. X, ele falou que ia demorar uns três meses (para ter acesso ao recurso terapêutico), eu fiquei apavorada né (...).”

Pelo visto, a princípio ela confiou no fluxo do sistema e procurou respeitá-lo seguindo-o conforme instruída. Acreditava, também, na força do vínculo com o médico e do próprio médico pela celeridade do fluxo. Apavorou-se ao perceber que esse antigo mecanismo de agilização da assistência não existia mais; tornara-se subordinado a um modelo de organização que, em sua percepção, obstruía o acesso ao tratamento e o tornava muito lento; portanto, angustiante.

A esse respeito há que se considerar que, se por um lado pode parecer que o sistema de saúde em construção seja uma organização hierárquica e verticalizada, sistematicamente obstruída em sua eficiência pelo modo como funciona, por outro, pode-se supor que esse mesmo modelo tenha priorizado a relação institucional com o demandante, sobre a pessoal, no que diz respeito ao acesso à assistência de saúde, como um efeito de sua democratização. Ou seja, se antes as relações de favor e amizade entre a pessoa com necessidades de cuidado e um trabalhador do sistema de saúde representavam uma via natural

e facilitadora do acesso à assistência, no modelo em construção esse caminho tem cedido espaço para a relação institucional entre o sistema de saúde e o cidadão.

Mas, voltando à informante-chave (sujeito focal), movida pelo apavoramento consequente à sua percepção de falta de agilidade do modelo assistencial em resolver o problema que a afligia, procurou por caminhos alternativos aos oferecidos pela organização do sistema de saúde, segundo sua própria compreensão a respeito dessas alternativas como possibilidades, porém, ainda dentro da esfera pública da assistência:

“(...) daí eu fui, não sei como que chama, o negócio do câncer da mulher, lá perto da Santa Casa (...). Fui ali pra saber se eles podiam me encaminhar pra Jaú. Eles falaram que não, que não tinha encaminhamento nenhum, daí eu voltei pra casa; daí me informaram que, talvez, em Araraquara eu fosse atendida. Fui até Araraquara. Lá olharam tudo, a dentista, ela falou: - olha, aqui não podemos fazer nada, mas vou dar uma carta pra senhora, a senhora paga uma consulta particular e eu vou dar um bilhetinho pra entregar pro médico. Daí eu fui no médico. Então, ele me atendeu e me passou pro Hospital do Câncer. Daí eu fiquei aguardando (...).”

No âmbito local, segundo percebido pela entrevistada, a esfera pública colocou-a diante de uma fatalidade contra a qual não havia possibilidade. Inconformada, buscou recurso público novamente em outra localidade e fora do fluxo organizacional do sistema, encontrando acolhimento — visto que seu problema foi reconhecido com empatia — embora ali também não houvesse condição operacional para o atendimento, tendo lhe sido indicado um caminho em busca da possibilidade assistencial no qual ela tinha alguma crença fundamentada no vínculo pessoal, conforme era sua percepção a respeito do modelo antigo de assistência. Assim, pode ser que tenha experimentado algum alívio da frustração sentida com a percepção de que esta via não existia mais na nova organização do serviço de saúde. Nesse caso, o “bilhetinho pro médico” pode ter representado a retomada dessa via que acreditava ser um atalho para o encontro do que desejava dentro do sistema de saúde.

Não obstante, o próprio sistema de saúde deu alguma margem à violação de suas vias formais ao indicar à nossa entrevistada um recurso a um serviço privado por vias não institucionais. Ainda que isso seja um esforço de um profissional dentro do sistema, com sentimento humanitário pela tentativa de resolver a demanda da pessoa, não consegue alcançar a eficiência esperada pelo demandante.

Talvez isso possa ser interpretado como a fase de transição do sistema de saúde, onde o que está em construção figura como uma organização que ainda não se completou e, portanto, convive com frestas operacionais sobre sua própria proposta e com heranças do antigo sistema que ainda não foi substituído na medida necessária à demanda

assumida pelo sistema idealizado e necessário. Outra hipótese é a da convivência de diferentes modelos assistenciais no mesmo espaço ao mesmo tempo, resultante das diferenças dos momentos em que cada modelo iniciou sua transformação ou velocidade com que essa transformação acontece em cada lugar.

Apesar de todas as tentativas, a demandante continuou frustrada tendo em vista que, ainda que tivesse ido ao setor privado ou buscado ultrapassar a falta de agilidade inicialmente sentida no fluxo da assistência pública, não teve alternativa a não ser esperar.

Nessa experiência em que a agilidade assistencial não existe independentemente da via pela qual é buscada, nossa entrevistada retornou ao sistema público de saúde motivada por questões afetivas. Esse, talvez, seja o momento em que ela se apegou ao objeto humano do cuidado (cuidado subjetivo – relações), uma vez que não viu diferença considerável no objeto técnico (cuidado biológico – doença) oferecido pelos sistemas formal, informal, público ou privado, ainda que tenha, inicialmente, priorizado o objeto técnico em reconhecimento à importância biológica de sua demanda, reforçada pela frustração de que o vínculo pessoal com o médico não lhe seria operacionalmente útil.

A cirurgia foi programada em dois locais diferentes ao mesmo tempo. Entre as duas opções, ela escolheu o sistema de saúde do município de São Carlos, ainda que em meio a uma relação fragilizada com o mesmo:

“(...) Lá em Jaú fui aguardando, aguardei três meses também lá, não foi rápido também (...). Daí marcaram aqui no dia 17 de maio e lá ia ser no dia 21 de maio, na segunda-feira (...). Então, meu filho achou que eu devia ir lá, mas eu falei não, melhor eu fazer a cirurgia aqui, que tá todo mundo aqui, fiz a cirurgia aqui.”

É interessante notar que, embora no início da sua busca por assistência tenha dado significativo valor ao componente humanizado do cuidado — pela forma afetiva como tratou sua relação com a equipe de saúde da família que a encaminhara ao Centro de Especialidades, e o vínculo que tinha com o médico do nível secundário da atenção — percebeu que esse componente, isoladamente, não resolveria seu problema na medida esperada. Tal percepção forçou-a a concentrar-se nas alternativas técnicas que, do mesmo modo, não foram eficientes em relação às suas expectativas por não terem resultado na agilidade com que desejava solucionar seus problemas: o câncer e a angústia. Não obstante, entre duas necessidades ou desejos relacionados ao cuidado não suficientemente satisfeitos por meio dos equipamentos assistenciais, ela fez uma escolha num ambiente próprio, não dependente desses equipamentos. Pelo menos neste, encontrou uma parte do que precisava

para se cuidar, representada pelo lado afetivo do cuidado, além da proximidade com a família e da facilidade relacionada à distância. Nesse momento, a opção foi retornar ao fluxo convencional da assistência pública de saúde, amparada pelo apoio psicossocial encontrado em seu espaço existencial privado. Com isso, conseguiu tolerar a espera; isto é, desagudizou seu sofrimento emocional ao amortecer sua expectativa por uma solução rápida para o motivo do seu sofrimento, no caso, o câncer que a afetara.

Ao que parece, a proposta de cuidado que lhe foi oferecida no sistema de saúde não percebeu essa demanda em sua real dimensão. Portanto, respondeu aquém do propósito de ampliação da abordagem e centralização da atenção na pessoa, perdendo uma oportunidade de ajudar precocemente o alívio do sofrimento da mesma enquanto aguardava-se pelo fluxo do próprio sistema pela solução do problema biológico.

Porém, por meio do movimento impresso por ela mesma, o qual a conduziu ao encontro de algum alívio naquele momento de espera, de expectativa e de convivência com sua indesejável doença, nossa informante-chave revisitou o sistema de saúde com outro foco: o da humanização do cuidado.

A esse respeito, Junges e Barbiani (2012), evidenciam, através da política de humanização, a importância das relações e conseqüente produção de subjetividade nessas relações no sentido de construir atitudes e processos de acolhimento e corresponsabilidade para tornar efetivo o princípio da integralidade nas práticas e nos processos de saúde. Isso reforça a influência positiva do lado afetivo do cuidado no desenrolar do tratamento das pessoas.

Nesse sentido, nossa informante-chave, mesmo conhecendo as limitações do sistema, demonstrou valorizar a assistência humanizada e a sensação de sentir-se acolhida. Essa humanização e acolhimento influenciaram positivamente o desenrolar do tratamento e reforçou a escolha feita pela entrevistada, o que ficou evidente quando ela concluiu que tudo piora caso não se sinta humana e afetivamente reconhecida em sua angústia pelo processo de cuidado, ainda que subjetivamente e de modo não proposital:

“Os profissionais têm que ter paciência, porque como eu falo pra você, se é uma pessoa nervosa, o profissional não dá atenção, ela fica desesperada, o profissional tem que ter paciência e amor naquela pessoa; aquela pessoa não tá indo lá porque quer: é uma necessidade. Olha, vou falar um negócio pra você, o Dr. X não é uma pessoa de conversar muito, mas é muito atencioso; então você se sente bem com a pessoa. Agora, se é um médico que nem olha na sua cara, você fala com ele e ele é estúpido, fica mais doente, fica nervosa, daí fica doente, daí sua pressão sobe, descontrola, muda tudo.”

A entrevistada tornou-se tolerante e mais tranquila ao ter sua ansiedade reduzida em consequência à humanização do cuidado, o que resultou em uma postura mais compreensiva em relação ao novo modelo assistencial. Acatou, devido a isso, o modo como esse sistema procura se organizar e encontrou alívio para sua angústia dentro desse sistema, ainda que o mesmo tenha limitações em sua celeridade assistencial ou em sua capacidade de perceber demandas subjetivas de cuidado.

Sobre o que se seguiu ao tratamento cirúrgico sofrido pela informante-chave, ela ficou com uma seqüela física a respeito da qual fez o seguinte comentário:

“O médico daqui falou pra minha nora que não fez o implante, enxerto (...) Porque ficou com medo que estourasse a minha boca. Então (...) ficou assim como tá agora, né (...).”

Ao dizer “o médico daqui”, a mesma se referiu ao sistema de saúde local representado por um profissional. Diante da limitação técnica relacionada à sua reabilitação atribuída pelo médico à sua própria condição clínica após o tratamento cirúrgico, ou seja, a retirada do tumor, a paciente mostrou-se aparentemente conformada; porém, isto não significou que sua necessidade de cuidado tenha se encerrado, conforme ela mesma percebeu tendo em vista que insistiu no acesso à reabilitação ao buscar possibilidade para isso em outro lugar:

“O médico de Jaú (...). Eu estive lá, agora no dia 21, e eu falei pra ele que eu tive a infecção na boca, que o osso tava pegando na dentadura. Ele disse que não podia fazer nada porque eu tinha feito a cirurgia aqui. Então, lá, só se fosse um caso de câncer que ele iria atender.”

Mais uma vez ela se viu diante de um sistema de saúde de eficácia limitada, onde, como em São Carlos, o câncer poderia ser tratado, mas, não seria possível a reabilitação. Captou, ainda, uma mensagem referente à falta de comunicação entre os sistemas de saúde de localidades diferentes, ao entender, na fala do médico da outra cidade, que uma vez feita cirurgia numa localidade, não seria possível buscar a reabilitação da seqüela em outra. Até então, o que se tem é que o cuidado foi interrompido antes de se completar, e a entrevistada acabou persuadida pelo argumento de que foi atingido o limite da possibilidade terapêutica e que esse limite já era suficiente e seguro, ainda que, para ela, pudesse continuar representando algum problema. Assim, acomodou-se novamente no sistema de saúde local por meio do vínculo que tinha com o mesmo, mas numa atmosfera de preocupação e conformismo com a fatalidade, ainda que em contrariedade ao seu desejo:

“(...) voltei no Dr. X, que era pra eu voltar, né. Voltei lá e falei pra ele; ele falou pra mim que o osso não vai caminhar mais, que vai estacionar e fica assim mesmo. Bom, se ficar assim mesmo, não tá machucando (...). É porque eu falei assim pra ele: - Dr. e esse osso aqui? Ele olhou tudo. - Tá quase batendo na dentadura aí. Será que vai continuar caminhando? Como será que vai ser? Porque se ficar batendo vai dar problema, né? Ele olhou, mexeu tudo direitinho (...) (e disse): - não, isso aí vai estacionar, é assim mesmo. Então, vai ficar assim mesmo.”

Um comentário que podemos introduzir é que o foco da reabilitação abordado pelo sistema de saúde limitou-se ao aspecto fisiopatogênico do problema, do mesmo modo como foi objetivado pela usuária a princípio. No entanto, perdeu-se a oportunidade de oferecê-la um cuidado subjetivo relacionado ao significado da seqüela e ao desconforto psicológico daí derivado.

Pelo visto, a limitação da abordagem observada no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento do câncer, o qual foi permeado pela angústia da paciente não percebida pelo processo de cuidado o suficiente para incluí-la no plano terapêutico, repetiu-se no momento da reabilitação. Do mesmo modo que antes ela teve que resolver seu sofrimento emocional derivado da espera pelo acesso ao tratamento por conta própria, desta vez ficou novamente por conta dela resolver sua angústia relacionada à seqüela pós-operatória. Nota-se, que além do sistema de saúde ter dificuldades em prover assistência integral, tem também limitações em prover um cuidado ampliado centrado na pessoa. Isso significa que o foco assistencial encontra-se direcionado e restrito ao plano da doença como ocorrência, sem alcançar, ainda, o plano do adoecimento como fenômeno.

Em relação às dificuldades reclamadas pela informante-chave, o segundo entrevistado expôs que a proposta assistencial de hoje, de oferecer cuidado ampliado e integral centrado na pessoa, realmente encontra dificuldades em se cumprir uma vez que esse projeto social ainda não está pronto:

“(...) dá para gente olhar pra nossa cidade né, que ela vem num processo de evolução, mas você ainda não está cuidando integralmente dessas pessoas (...).”

Nesse momento, o primeiro sujeito-vértice (segundo entrevistado) assumiu que, de fato, há uma desproporção quantitativa entre a oferta de serviço e a demanda por cuidado em saúde, a qual obstrui o acesso e torna lento o fluxo da pessoa no sistema.

“(...) Todos serão atendidos, mas vai ter um demora importante, vai ter uma demora pelo volume (...).”

A esse respeito, é possível considerar que, se por um lado o acesso ao serviço de saúde tornou-se universal com a implantação do SUS, por outro o cuidado não é acessível na mesma proporção. Ou seja, entrar no sistema não é garantia definitiva de que a pessoa vai conseguir resolver seu problema; o acesso é garantido a todos, mas, nem todos encontrarão lá dentro aquilo que precisam no momento da necessidade. Pela fala acima do segundo entrevistado, todos que entrarem no sistema de saúde encontrarão o cuidado que requerem, ainda que o tempo entre a entrada e o acesso ao cuidado seja longo. Isto é, independentemente da lentidão do fluxo, já que todos entram, todos serão cuidados, o que já é uma vantagem em relação ao antigo modelo assistencial.

Entretanto, devemos refletir que se a demora for excessiva, pode ser que a pessoa não sobreviva até encontrar aquilo que precisa ou tenha que se submeter a um sofrimento muito grande até que tenha acesso ao cuidado requerido por sua condição de saúde. Pode-se, pois, deduzir que a lentidão do fluxo obstrui o acesso de algumas pessoas, especialmente aquelas que têm uma demanda que não pode esperar, bem como subtrai eficiência do mecanismo de acesso universal. Enquanto a morosidade do fluxo não se resolve, é necessário adotar estratégias minimizadoras dos problemas induzidos por essa lentidão, a exemplo das práticas destinadas ao acolhimento e equidade propostas na atualidade. Por meio dessas práticas espera-se ampliar o cuidado e distribuir o acesso ao mesmo segundo a necessidade específica de cada pessoa, independentemente da ordem de entrada dela no sistema, mas de acordo com o motivo de sua entrada.

Outra deficiência relatada pelo primeiro sujeito-vértice diz respeito à formação profissional. Segundo esse respondente, a formação de pessoas na área da saúde não se atualizou em relação ao novo modelo assistencial implantado no país. Com algumas exceções, a formação profissional continua fundamentada no antigo modelo biologicista, fragmentado e mercadológico, obstruindo a que os trabalhadores da assistência assim formados consigam apoiar suficientemente a implementação do SUS e fazendo com que tenham dificuldade para compreender os princípios desse sistema e para agir segundo o que propõe o mesmo:

“(...) então o profissional está sedimentado já, o profissional médico na verdade com todo o advento de tecnologias ele foi caminhando para uma especialidade para uma subespecialidade. Você pega ortopedista que não usa mais estetoscópio né, como assim não usa mais? É... não usa! Oftalmologista também não, psiquiatra também não... mas, quem usa estetoscópio? O pneumologista, o clínico... quer dizer: chega a um certo

absurdo, é uma caricatura. Você não precisa e nem vai ter condições de fazer diagnósticos, mas você pode construir hipóteses diagnósticas, você pode dar encaminhamentos, você pode detectar, identificar uma necessidade de saúde naquele cidadão, naquela pessoa que está procurando seu cuidado (...) quer dizer: tem uma situação aqui e eu posso te dar um encaminhamento né, porque hoje na verdade está muito segmentado né, cada um cuidando de um pedacinho do corpo, ninguém está olhando para esse cidadão (...).”

Acrescentou que não só a formação profissional, mas, também pessoal de quem trabalha na assistência pode prejudicar a qualidade do serviço prestado, especialmente no que diz respeito à humanização do atendimento e alívio de angústias subjetivas de quem procura por cuidado de saúde:

“(...) você está num serviço de saúde, você é um profissional e está lá para atender as pessoas, não dá para você tratá-los mal; ele vai embora (...). eu não consigo entender um atendimento de algum profissional de saúde para alguém que está com algum tipo de necessidade, atender desse jeito; acho que nós perdemos um pouco (...) (da empatia) ao longo do tempo e estamos tentando recuperar (...).”

Nesse momento, o entrevistado expôs que um problema que é de formação profissional acaba se transformando num problema de gestão do sistema de saúde, no sentido de que o gestor torna-se obrigado a articular a desafinação técnica do profissional em relação aos objetivos do SUS num ambiente que ainda tem limitação estrutural:

“(...) a gente tem problemas (...) se eu tenho um serviço que tem uma demanda e eu não tenho profissionais de saúde, é um cenário. Vou pegar um outro cenário: eu tenho demanda, eu tenho um serviço e eu tenho uma oferta de profissionais. Então são cenários diferentes né, a gestão também precisa olhar assim, do que vale a pena (...) eu ter um profissional que tem fragilidades, mas que também tem fortalezas, ou não ter o profissional. Então você não vai conseguir, nesse momento no sistema público como um todo, (...) não dá para ficar... (...) você tem necessidades de profissionais, seja porque não tem mesmo, seja porque no seu serviço não tem recursos para poder contratar profissionais, enfim, você pode ter uma série de coisas, mas é fundamental que você possa (...) estar fazendo a reflexão sobre o que está acontecendo (...).”

A respeito da questão do cuidado ampliado, no caso aqui ilustrado pelo problema da reabilitação pós-operatória da informante-chave, aparece na fala do gestor como outra fragilidade também relacionada aos profissionais de saúde, ainda que não deixe de ser do sistema, a qual vai além da formação técnica e alcança questões corporativas provavelmente induzidas por um problema de ordem social maior:

“(...) se for pensar de se trabalhar com o cirurgião-plástico, (...) (ele) faz procedimentos de baixa complexidade (...). Procedimentos de média ou alta complexidade (...) ele não faz para o SUS; uma reconstrução de mama ele não faz, uma reconstrução de mamilo ele também não faz. Faz (no particular), mas (pelo SUS ele) não faz (...).”

Entre os diversos problemas que não são diretamente da gestão da saúde, mas, que afetam esse ramo, o respondente acrescentou, ainda, a falta de entendimento dos usuários do sistema de saúde sobre o desenho organizacional do SUS:

“(...) acho que uma coisa que a gente precisa (...) é apresentar para a sociedade de que serviços de saúde, de que sistema de saúde está proposto hoje (...) um sistema de saúde recente, que tem 20 anos né, o Sistema Único de Saúde né, que tem problemas né, mas que muitas coisas já tiveram, já tem um olhar resolutivo (...).”

Uma hipótese é de que essa incompreensão do usuário, por sua vez, possa determinar dissonâncias entre a expectativa deste em relação ao sistema de saúde e aquilo que esse sistema responde da expectativa do usuário, resultando em insatisfação por parte de quem busca por cuidado de saúde no SUS. Há que se pensar o motivo para tal incompreensão: talvez além da falta de informação a respeito das propostas do sistema adequado, a dificuldade em efetivá-las no cotidiano dos serviços de saúde e a dificuldade dos próprios profissionais do SUS frente às mudanças também possam confundir os usuários e gerando insatisfação.

Não obstante a todas as dificuldades enfrentadas pela gestão, o respondente indica que é preciso buscar a integralidade do cuidado:

“(...) no caso, não só fazer a ressecção, tirar essa lesão e fazer a reconstrução, eu preciso ou estar atrelado a algum serviço ou eu preciso fazer. Não adianta eu fazer as coisas pela metade. Nós temos que chegar num momento do sistema de saúde que você tenha início, meio e fim. (...) não adianta fazer mastectomia e não fazer o resto (a reconstrução da mama). (...) a pessoa vai ter problema! Cura o câncer, mas ela precisa pôr uma mama (...) eu preciso ter uma situação em que tenha esse início, meio e fim. Que você possa estar cuidando integralmente, daquelas atrocidades, é um tumor...é um tumor, aonde é, é na face, vai tirar meia face, bom e aí a pessoa fica sem face (...) precisa reconstruir a face (...).”

Já para a terceira entrevistada (segundo sujeito-vértice), não há problema de gestão. Há somente problema clínico e de envolvimento entre o médico e a pessoa que necessita de cuidado. Ela crê, ainda, que o que determina o acesso é o problema clínico e o

modo como o médico o administra: se o atendimento demora é porque o problema é simples, já que os problemas mais sérios o próprio médico dá um jeito de passá-los na frente; e se o paciente fica insatisfeito com a demora, é porque o médico não o explicou direito. A expectativa dela é de que o médico faça uma regulação baseado no bom senso e tenha uma boa conversa com o paciente para evitar incompreensões por parte deste a respeito do sistema de saúde:

“(...) então eu acho assim, a questão do relacionamento, do vínculo paciente e profissional é muito importante, até porque a avaliação numa vez eu fui atendida rápido por ele mesmo, e hoje o meu caso vai demorar, talvez se ele desse a oportunidade dela falar e ele conversasse com ela, talvez ele poderia explicar o porque dessa demora, não só por conta da fila, que tem vários pacientes, mas, eu espero que seja, pela gravidade do problema né (...).”

Reforçou seu argumento deixando entender que há uma ordem de prioridade para acesso ao tratamento, por meio da qual a pessoa com necessidade de saúde é ordenada em uma fila de acordo com a gravidade clínica do seu problema percebida pelo médico. Esse profissional torna-se, pois, responsável por determinar quem precisa de atendimento mais rápido e quem pode permanecer na fila esperando, e que o tempo para a solução do problema depende da agilidade do médico. Segundo percebeu, o que pode gerar problemas é o conflito entre a expectativa da pessoa e a desenvoltura do médico:

“(...) a gente percebe que a demora é do profissional, eu acredito que a avaliação dele, existe cânceres benignos e malignos, então ele sabe quem ele passa na frente, quem ele não passa, eu acho que vai muito da avaliação e do tempo do profissional, e não do serviço em si (...) agora é lógico né se eu tenho um câncer (...) eu também quero me livrar dele, ele é um câncer né (...).”

Ainda que tenha responsabilizado o médico pela decisão sobre o critério de equidade e pela regulação do fluxo no sistema, a diretriz por esse modelo foi dada pela gestão. Nesse caso, percebe-se que a diretriz que foi escolhida determina que a distribuição da oportunidade de acesso ao recurso terapêutico, diante da demanda desproporcionalmente maior do que a oferta seja delegada ao médico segundo seu bom senso e percepção clínica do problema trazido pela pessoa, fundamentada numa relação de confiança entre a gestão e o médico. Porém, uma diretriz que prioriza a decisão pessoal sobre a institucional abre oportunidades para erros, fraudes, privilégios e encaminhamentos passionais na distribuição do recurso assistencial disponível:

“Então, na minha visão assim, a gente acha que ele vai atender porque ele já me conhece, sou paciente dele (...) mas muitas vezes não é assim (...) não posso julgar o que o profissional está pensando (...) eu acho que ele avalia a questão do risco né (...).”

Nesse momento, a crítica sobre as deficiências da regulação recaiu sobre os profissionais do sistema, especialmente naquilo em que os mesmos não cumprem exatamente segundo a diretriz da pessoalidade no processo do fluxo do indivíduo com necessidades de saúde pelo sistema:

“(...) mas a gente vê que a avaliação, que a escuta e a conversa entre os serviços é complicante porque as pessoas não escutam; elas não fazem uma avaliação de risco. Mesmo que elas o fazem, elas não conseguem passar a diante (...) ela poderia pegar o telefone, ligar para o profissional lá na Regulação. O profissional da Regulação também muitas vezes peca porque ele fala: - não tenho agenda, mas; ele não falou para a chefia; ele não fez um contato direto com o serviço. Então a gente tem de todos os lados o problema. Eu (que sou a chefe do serviço) não dou oportunidade para o paciente falar comigo. Às vezes, quando eu dou, eu não faço uma avaliação de risco correta; ou faço e não passo pra frente. E quem está lá na frente no agendamento também não passa para o prestador e não troca uma idéia sobre um caso (...).”

Isso remete à hipótese de que não há linha de cuidado estabelecida e que o fluxo é improvisado para cada caso segundo sua demanda, e que o trânsito da pessoa pelo sistema depende da atitude pessoal de quem a atende ou a acolhe no serviço de saúde. Ainda que haja um fluxo burocrático definido, esse fluxo pode ser flexibilizado pela atitude dos profissionais da rede e do sistema e pelo modo como se relacionam em seus contatos administrativos.

Nesse sentido, Junges e Barbiani (2012), indicam a necessidade de repensar a humanização, além do campo do ser e do fazer dos profissionais de saúde nos processos de trabalho, sob um olhar mais ampliado que agregue explicitamente a gestão, para uma discussão diferenciada, exigência de um atendimento clínico diverso frente à nova situação sanitária; o que reforça a necessidade de estabelecimento de linhas de cuidado.

Quanto à oportunidade de acesso ao cuidado integral, a entrevistada descreveu a existência de uma rede destinada a essa garantia:

“O sistema tem referências, o que ele não tem aqui, ele tem garantido em outros lugares. Geralmente os cânceres mais avançados, eles acabam sendo atendidos nos grandes hospitais que são referência e que tem toda essa reabilitação garantida.”

Contudo, conforme já exposto, a informante-chave não encontrou essa rede funcionante em condições de lhe garantir a reabilitação de que necessita ao relatar que o médico de Jaú “não podia fazer nada (pela reabilitação) porque a cirurgia tinha sido feita em São Carlos”.

Ainda que o fluxo assistencial funcione segundo uma lógica mais institucional do que pessoal na relação do usuário com o sistema de saúde, a rede de atenção estudada encontra dificuldades para prover cuidado ampliado integral centrado no sujeito.

O fluxo assistencial lentificado pela desproporção entre oferta e demanda num ambiente em que a regulação ainda não conseguiu eficiência suficiente para minimizar esse problema, associado à inexistência de linhas de cuidado capazes de fluidificar esse fluxo e garantir a integralidade assistencial, agrega sofrimento ao demandante e onera seu itinerário terapêutico. Isso pode induzi-lo a buscar frestas na organização do sistema que o possibilitem violar o fluxo convencional em busca de alternativas para a solução de seus problemas no âmbito de suas percepções e sentimentos. Ainda assim, a pessoa com necessidades de saúde não consegue encontrar essas alternativas e se vê obrigada a encontrar, em seu espaço vivencial, recursos adaptativos àquilo que a faz sofrer, nos quais possa se apoiar para o enfrentamento da angústia que representa para si o seu próprio itinerário terapêutico. Nesse momento, a humanização do cuidado é um mote disponível ao serviço de saúde. Porém, esse serviço tem dificuldades em perceber demandas subjetivas presentes no fenômeno do adoecimento em uma pessoa com necessidades de saúde e perde oportunidade de agir em benefício dessa pessoa para além da doença física pelo motivo já apontado de não conseguir ser eficaz em prover cuidado ampliado centrado no sujeito.

Por outro lado, o acesso universal garante a entrada e pessoas no sistema de saúde, mas não garante que estas recebam um cuidado efetivamente coincidente com sua necessidade.

Foram apontadas limitações estruturais, de qualificação profissional, de gestão e de entendimento do usuário sobre o sistema de saúde que não estão impedindo, mas, estão obstruindo a que o SUS alcance seus princípios e objetivos fundamentais.

Ao que parece, o sistema de saúde ainda está em transição, de um modelo técnico-burocrático centrado no problema para um modelo técnico-democrático centrado na pessoa. Além disso, seu desenvolvimento depende, também, de uma maturação da sociedade e do modelo de formação profissional capazes de absorver o SUS como um projeto social e política de estado.

Uma discussão possível, é que talvez precisamos ainda, em relação ao princípio da integralidade do cuidado, apreender institucionalmente a transição tecnológica e epidemiológica que vem ocorrendo e considerar a demanda das condições crônicas que exigem abordagem longitudinal e, portanto, ampliada das necessidades de saúde das pessoas e das comunidades.

Essa reflexão surge porque, ao que parece, falta, em algum grau nos serviços de atenção à saúde, ampliar a compreensão do processo de cuidado para além dos eventos agudos. Uma possibilidade que se apresenta é a do modelo fundamentado num acolhimento capaz de introduzir a pessoa numa rede assistencial por meio de uma linha de cuidado que seja componente estrutural dessa rede; um formato em que as diversas linhas de cuidado (diversos fios) se articulem efetivamente em uma rede resolutiva que garanta a integralidade da assistência, independentemente de qual seja a demanda da pessoa com necessidades de saúde.

A esse respeito, Cecílio e Merhy (2003) comentaram que linhas de cuidado exigem conexão entre diversos equipamentos assistenciais no formato de uma rede intercomplementar articulada pelo objetivo comum da oferta e garantia de uma atenção integral.

A expectativa é que a costura dessa rede afaste o modelo assistencial de práticas prescritivas centradas na doença, não programadas, médico-centradas, predominantemente especializadas, verticalizadas, dispendiosas e fortemente apoiadas em tecnologias sofisticadas e o aproxime de uma assistência centrada na pessoa, colaborativa, ampliada, multiprofissional, predominantemente generalista, programada, que considere o coletivo além do indivíduo, eficiente e que respeite a autonomia do sujeito (MENDES, 2011).

4.3 Os Caminhos para um Modelo de Cuidado à Saúde Adequado às Condições Crônicas

Conforme comentado anteriormente, é possível que a angústia sentida pela informante-chave em sua trajetória pelo sistema de saúde esteja superestimada pela percepção que tem sobre a gravidade da sua doença, o que pode intensificar seu desejo por uma solução de curto prazo. No entanto, é uma angústia real que pode, ao mesmo tempo, não derivar somente dessa percepção. A desproporção entre a expectativa da pessoa e a capacidade de resposta do serviço pode gerar no demandante por cuidado uma frustração percebida como uma deficiência do sistema de saúde, ainda que o mesmo seja eficaz. Nesse sentido, a assistência precisa incorporar e compreender a expectativa de seu usuário em relação ao

processo de cuidado e adotar estratégias para o alívio do sofrimento derivado da desproporção entre um e outro.

Segundo nossa informante-chave, a humanização do atendimento pode ser uma dessas estratégias. Conforme ela explicou, a angústia pode ser reforçada pelo atendimento desumanizado e minimizada pela humanização da assistência que, em sua experiência, teve oportunidade por meio da atitude do médico e da equipe que a atendera:

“(...) antes era o postinho da MM. Eu não gostava muito de lá, nem do atendimento e nem do médico; médico estúpido, não gostei do médico de lá. Mas, no postinho (daqui) não. Nossa... Dr. Y trata a gente (muito bem). Vocês também. Uma beleza, as meninas também, todo mundo (...) são muito atenciosos.”

Essa fala traz, ainda, uma percepção que, partindo de um usuário do sistema de saúde, vai ao encontro da proposta do SUS de qualificar e humanizar a assistência na rede de cuidados a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nossa entrevistada teve uma experiência com o atendimento desumanizado numa Unidade Básica de Saúde tradicional não ligada ao Programa de Saúde da Família que ela mesma focalizou no médico (conforme tradicionalmente é o tipo de cuidado uniprofissional médico-centrado prestado por esse tipo de Unidade de Saúde), e outra com o atendimento humanizado que ela projetou na equipe multiprofissional, conforme o tipo de cuidado proposto pela ESF.

A esse respeito, foi significativamente valorizada a postura pessoal de quem trabalha no SUS para a qualidade do cuidado:

“As pessoas não me trataram mal não. Foram todas legal comigo; todas me trataram muito bem. Dr. X foi muito bom. Não tenho queixa deles (...).”

A partir daí, a respondente sintetizou sua percepção sobre o sistema de saúde vigente da seguinte maneira:

“Isso é bom, mas, ao mesmo tempo, hoje tem muita gente. Hoje eu tenho Unimed, porque assim, eu tenho vários problemas, né. Fiz cirurgia do coração, pressão, essas coisas tudo (...) então se você marca, tem que ir no postinho, o postinho tem que passar pra especialidade (...) até voltar demora muito. Com o Dr. Y o postinho é maravilhoso. Ele atende a gente que é uma beleza, mas, ele não é especialista em todos os casos. Então, quando precisa de especialista o postinho demora; se precisa de exame demora. Tanto é que quando fiz a cirurgia teve vários exames que fiz particular porque ia demorar muito e eu tava afobada e nervosa com a minha situação.”

Pode-se depreender daí que o sistema público de saúde local não apresenta uma rede de atenção à saúde organizada e comunicativa consoante às condições de saúde da população, tem uma hierarquia institucional de fluxo lento, caracterizada pela diferença de resolubilidade específica entre os diversos níveis da atenção. Na fala acima, apresentou-se a atenção básica como acolhedora, mas pouco resolutiva em relação à demanda da integralidade; portanto, muito dependente do restante da rede de cuidados e subordinada às deficiências desta. Identificou-se que, paralelamente a este sistema, há um recurso privado ao qual, em algum momento, a pessoa poderá precisar recorrer complementarmente para não sofrer desgastes relacionados às deficiências operacionais do sistema público. Uma compreensão a respeito da diferença de agilidade entre o sistema privado e o sistema público, é que esta diferença deriva do pequeno número de demandantes do setor privado. Ainda nessa comparação entre público e privado, a citada respondente valorizou o caráter humano do atendimento que recebera no sistema público.

Em relação à construção e organização de redes de atenção à saúde, segundo Starfield (2002), a atenção primária é considerada a porta de entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida pelos outros níveis dos serviços de saúde quando necessários.

Para o alcance de uma atenção primária resolutiva e atuante em suas funções, é preciso uma retaguarda segura dos outros níveis de atenção diante dos encaminhamentos. Em relação ao acesso aos serviços de média complexidade, considerada como o “gargalo” do SUS, Spedo, Pinto e Tanaka (2010), comentam do caráter estratégico desse nível de atenção para aumentar a resolutividade da atenção básica e para viabilizar a universalidade e a integralidade no sistema de saúde; reforçando assim a necessidade de um olhar mais criterioso para esse nível de atenção.

Retornando a percepção da entrevistada a respeito do sistema de saúde, sua fala permite-nos supor que, para que o SUS se torne mais ágil e resolutivo, precisa ampliar sua capacidade instalada; e que o não atendimento a essa demanda dá oportunidade de sobrevivência ao setor privado na área da saúde. Pelo visto, a tendência dela é favorável ao sistema público, mas os problemas estruturais e funcionais deste conduziram-na a buscar o sistema privado e manter seu contrato particular de compra de serviços com o mesmo, pensando em evitar os mesmos problemas em possíveis situações futuras, em relação às quais teme não conseguir solucionar no sistema público segundo suas expectativas, fundamentada na experiência de uso articulado de ambos.

Nesse sentido, foi objetiva quanto ao significado do papel e da postura dos trabalhadores do SUS para a tendência demonstrada:

“(...) Não tenho queixa deles (dos profissionais da saúde). (...) porque se você é bem atendida você até tolera certas coisas.”

Ou seja, é devido à prática dos profissionais da assistência que ela ainda “tolera” os problemas estruturais e funcionais do SUS. Assim, nossa entrevistada parece colocar o problema do SUS no âmbito institucional e não no âmbito pessoal de quem trabalha diretamente na assistência. Desse modo, as pessoas que trabalham no SUS tem o potencial de, por meio da forma como atuam, compensar algumas fragilidades do sistema, ou seja, para a entrevistada, parece que o problema do SUS é mais de gestão e do que de pessoal técnico.

Segundo o Ministério da Saúde Brasil, a gestão da clínica tem o desígnio de assegurar eficiência e eficácia na prática do cuidado, prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Além disso, para a consolidação da PNH e a formação de redes de atenção à saúde, é preciso que os níveis de atenção e os modos de gerir os processos de trabalho (gestão) estejam em sincronia, buscando um equilíbrio entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2009).

Reforçando essa ideia, Junges e Barbiani (2012), argumentam que para o enfrentamento dos problemas vivenciados nos serviços de saúde atualmente é necessário empenho simultâneo entre os diferentes níveis de gestão (micro, meso e macro) para a consolidação da humanização como eixo estruturador do sistema de saúde. Nesse contexto, é oportuno um movimento para construção de linhas de cuidado na orientação dos itinerários terapêuticos das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

Em relação aos profissionais da assistência, a nossa informante-chave reforçou a importância da empatia e da postura do profissional da saúde na relação de cuidado com cada paciente, até mesmo no sentido de ajudar as pessoas que recorrem ao sistema público a suportarem as limitações operacionais desse sistema.

Não obstante, só a postura pessoal de quem trabalha na assistência não é suficiente para a qualidade que se espera de um cuidado em saúde. É importante, também, qualificação técnica desse pessoal:

“Quando eu tava com a sonda de alimentação, eu não sei como é que foi, de noite, se bati a mão, tirei a sonda, daí eu perguntei lá no postinho; (...) diz que lá não dava pra colocar, não sei por que, então mandou que eu fosse no

Hospital- Escola, e lá uma enfermeira me atendeu. Menina (...) mas ela não tinha prática (...) Que sacrifício que eu sofri (para recolocar a sonda).”

Por outro lado, ao tratar dessas questões de qualificação do modelo assistencial postas pela informante-chave, o segundo entrevistado (primeiro sujeito-vértice), na posição de trabalhador da gestão, sugeriu que um novo contexto de participação e pactuação dos diferentes atores é o que pode conduzir o Sistema de Saúde por um caminho que aproxime a proposta do modelo de atenção preconizado pelo SUS das possibilidades técnico-científicas e das expectativas dos usuários. Nessa sugestão, valorizou a necessidade de uma comunicação mais afinada entre usuários e quem presta serviços de assistência ou gestão, fundamentada na informação dos usuários a respeito do SUS:

“(...) Então você poderia ter uma situação melhor a partir do momento que você está lá para identificar necessidades de saúde e fazer o melhor plano terapêutico com as informações e as evidências que você tem (...). Então, acho que esse salto é importante, mas essa percepção é tanto do nosso lado que está faltando, nós profissionais de saúde, do lado de cá, e também da sociedade, que ela precisa conhecer esse Sistema, ter clareza sobre isso, do que nós estamos falando, do que ela tem direito, de quais tecnologias estão à disposição, acho que essa é uma situação que está precisando ainda (...).”

Acrescentou, ainda, que é necessária uma organização mais participativa da sociedade e dos profissionais para exigir que ações técnicas e políticas sejam implementadas em favor da melhoria da eficácia do sistema de saúde:

“(...) a sociedade de alguma maneira ela precisa pensar, essa cidadã que está colocando, nós temos que cobrar mais, para que você possa ter de fato, uma assistência universal, integral e (...). E num tempo razoável, se você tem uma patologia, não dá para você esperar, se você fez o diagnóstico, você tem que implementar a terapêutica.”

Uma estratégia apontada para o objetivo da qualificação do SUS foi a da Saúde da Família, adotada pelo município de São Carlos por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF):

“(...) a construção de vínculo não é uma coisa mágica. No modelo anterior, nesse modelo assistencialista, era mais difícil. Você não tinha (vínculo). (...) o Programa Saúde da Família tem uma outra característica muito importante. É (importante) que a gente possa conhecer as pessoas, que eu possa trabalhar nesse território, estar no território dessa minha população e ir construindo esse vínculo, e ser uma referência. Eu preciso ter isso, aonde a unidade de saúde que eu tenho vínculo, eu cidadão e ela é o meu ponto de partida e sempre o ponto de chegada, independentemente se eu vá fazer uma cirurgia ou se eu vou para um outro ambulatório fazer um exame; mas

eu sempre retorno para minha origem. É ali que eu sei, onde eu moro, como eu levo a minha vida, minhas informações estão lá, acho que isso é bom porque vai conhecendo as pessoas. Você conhece e vai construindo esse vínculo com as famílias (...) acho que a gente tem melhores resultados; quer dizer, acho não, as pesquisas que têm sido feitas ultimamente mostram a satisfação de resolubilidade da unidades do Saúde Família (...).”

A terceira entrevistada (segundo sujeito-vértice) também defendeu o fortalecimento da Atenção Primária como estratégia de enfrentamento pela construção de um sistema de saúde que contemple, inclusive, a promoção da saúde numa visão de cuidado ampliado:

“Sempre vamos ter problemas, sempre vamos ter problemas, vamos ter insuficiências de oferta, a procura muito grande, mas a gente tem que trabalhar a atenção básica mesmo, eu acho que esse é o foco, mudando o modelo, trabalhando mais na prevenção do que na doença né (...).”

Ao observar a centralidade do discurso dos gestores (segundo e terceiro entrevistados) na atenção básica de saúde, onde uma vez não estimulados, também não abordaram espontaneamente o conjunto da rede de saúde, podemos supor que é nesse nível de cuidado que a gestão percebe o centro de gravidade para a qualificação do SUS.

Ainda na fala da terceira entrevistada (segundo sujeito-vértice), percebe-se um indicativo sobre a necessidade de uma organização burocrática do sistema de regulação da assistência que, entretanto, pode se tornar mais eficiente a depender da qualificação e da compreensão de quem trabalha na assistência tanto em relação ao encaminhamento do usuário no sistema quanto em relação ao modo como opera a regulação:

“(...) Por que na realidade a regulação começa na porta de entrada. Você que está com o paciente, você sabe melhor do que eu o que ele está passando. Eu faço uma avaliação terceirizada (para o pessoal da assistência). Talvez existam coisas que eu não esteja vendo, mas a gente tem que treinar os profissionais para a avaliação de risco. E sabendo que tudo é possível, a gente faz essa conversa nas unidades. Pelo menos uma vez por ano, os profissionais da Regulação vão até a unidade. Isso é uma experiência de dois anos só. Muita dificuldade, muita conversa com o profissional médico; (com a) equipe raramente. Às vezes, na unidade de saúde da família você consegue conversar com ele e trocar essa ideia; falar que a regulação começa lá, e essa troca de informação entre um e outro; porque o regulador ele regula o que está escrito. Se você escreve, às vezes ele nem confia no que você escreve porque ele já viu tanta barbaridade (...).”

Viu duas faces complementares nessa moeda; uma face administrativo-burocrática que está sob sua gestão e uma face assistencial-humana que depende dos profissionais da assistência e da regulação. Apontou que os problemas reclamados pela informante-chave (sujeito focal – primeiro entrevistado) derivam da qualificação dessa face humano-assistencial, ainda que esta informante-chave tenha dito que o tratamento humanizado que recebeu foi o que a ajudou a tolerar as limitações do sistema. Ao refletir sobre a relação entre o profissional da assistência e a pessoa com necessidades de saúde, a terceira entrevistada reforçou a importância da adoção de práticas mais atualizadas ao expor que, com o tempo, profissionais que se mantiverem defasados frente às novas expectativas dos usuários do sistema de saúde, em especial à de um cuidado mais horizontalizado no trato com o sujeito, perderão espaço de atuação:

“Se readequar no modelo que está aí, sendo que a formação dele (do profissional da assistência) é anterior, ele foi formado, ele teve uma formação voltada para o curativo; e agora ele tem que mudar, porque a geração nova vem num choque diferente, ou ele vai perder os pacientes, ou ele vai se adequar ao que a população; porque a população hoje está mais exigente também. Você ouve, você quer que o profissional que te atende, te atende de uma forma melhor, com melhor qualidade, que te fale de prevenção, e se você continuar com a sua postura antiga de trinta anos atrás, vai procurar outro, entendeu! Então, a própria situação, a situação atual vai mudando os profissionais (...).”

Ao que tudo indica a Estratégia de Saúde da Família e as propostas de humanização da assistência e de qualificação dos profissionais de cuidado à saúde em relação ao modo de atenção aos usuários do sistema e em relação ao próprio SUS representam uma significativa possibilidade para a consolidação do modelo de cuidado ampliado, integral e centrado no sujeito que se pretende para o país.

Além disso, segundo o que foi investigado nesta pesquisa, é necessário ampliar a capacidade instalada do sistema de saúde a partir da atenção básica, qualificar as estratégias e modelos de regulação, e melhorar a comunicação entre estes e os profissionais da assistência.

O estabelecimento de um pacto de participação ativa e parceria entre a gestão, os trabalhadores da saúde e a sociedade em favor do SUS, fundamentado na informação e qualificação do entendimento sobre o modelo de cuidado em saúde que se pretende, também poderá potencializar o alcance dos objetivos e princípios fundamentais desse sistema de saúde.

O SUS é complexo, envolve diferentes atores sociais, conflitos de interesses e diversas formas de entendimento. Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam progressos que não seriam alcançados na ausência de um pacto formal. É necessário estimular a relação entre os diferentes personagens, interesses e formas de entendimento com a intenção de garantir a participação ativa da gestão, da sociedade e dos trabalhadores em saúde para que seja possível a produção dos resultados pretendidos pelo SUS. Nesse contexto, a incorporação de um modelo técnico de atenção longitudinal coerente com o momento epidemiológico vigente potencializa a atenção à saúde no nível individual, familiar e comunitário, bem como o sistema de saúde no âmbito das políticas públicas (MENDES, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo dados da prefeitura (FONTE: Prefeitura Municipal de São Carlos [Homepage na internet]. 2013. Disponível em: www.saocarlos.sp.gov.br), o município de São Carlos, SP, possui aproximadamente 221.936 habitantes. A sua rede de saúde é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), três Prontos Socorros, um Hospital Escola Municipal, 15 Unidades Saúde da Família (USF), um Ambulatório Oncológico, uma equipe de Vigilância Epidemiológica, uma equipe de Vigilância Sanitária, um Centro Municipal de Especialidades Médicas (CEME), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e Drogas; CAPS Mental).

Esses equipamentos atendem demandas referenciadas ou espontâneas e não há um fluxo sistematizado de comunicação ou regulação entre os mesmos. Atuam num ambiente formalizado por uma parceria entre a Prefeitura Municipal e a Universidade Federal de São Carlos, a qual visa à formação de novos profissionais de saúde em cenário prático real, a qualificação dos trabalhadores que atuam na gestão e na assistência à saúde no âmbito municipal, e a qualificação do sistema local de saúde segundo os princípios e diretrizes do SUS.

O presente estudo mostrou que, nesse contexto, o modelo assistencial vigente incorporou novos objetivos de cuidado e absorveu a demanda de todas as pessoas indistintamente, tornando-se sobrecarregado e lento. Assim, comprometeu a qualidade do cuidado oferecido em relação ao que se propõe oferecer e gerou desconforto à gestão, a quem trabalha na rede de cuidados e ao usuário do sistema de saúde.

Destacou-se o objetivo de garantir um cuidado ampliado, humanizado e integral centrado na pessoa, de natureza institucional e democrática. Isso estimulou um aumento qualitativo da demanda que, junto com o aumento quantitativo resultante da universalização do acesso à assistência, tornou a capacidade instalada relativamente insuficiente.

Essa concatenação de fatores está obstruindo o alcance dos próprios objetivos incorporados pelo SUS e determinando o conjunto de problemas que esse Sistema enfrenta na atualidade.

Entre esses problemas o destaque foi para a dissonância entre a expectativa ou as necessidades dos usuários e a capacidade de resposta ou de agilidade do Sistema; entre a formação profissional de quem trabalha no SUS e aquilo que esse modelo assistencial propõe;

entre as demandas subjetivas trazidas pelas pessoas ao serviço e a sensibilidade deste em percebê-las e atuar sobre as mesmas.

Na prática, há um conjunto de limitações estruturais, de qualificação profissional, de gestão e de entendimento do usuário sobre o sistema de saúde que subtrai a eficácia do SUS em alcançar plenamente seus objetivos e princípios fundamentais, ainda que sua trajetória de implantação possa estar nessa direção.

Esse fenômeno permite supor que o Sistema local de Saúde de São Carlos, SP, encontra-se num processo de transição entre um modelo que tinha objetivos de cuidado centrado na doença e era determinado por políticas de governo, para um modelo que propõe cuidado centrado na pessoa e que seja determinado por políticas de estado. Ao longo dessa transição, está tentando amadurecer com a própria experiência.

Para que esse processo tenha êxito em seus propósitos, investir na Estratégia de Saúde da Família, nas práticas de humanização da assistência e na qualificação dos profissionais de cuidado à saúde pode ser um caminho estratégico para a providência do desejado cuidado ampliado e integral centrado na pessoa.

Essas ideias e discussões em torno da organização da assistência da saúde devem extrapolar a atenção primária, perpassando pelos outros níveis de atenção. Ênfase para a média complexidade, considerada o “gargalo” do SUS e um “nó crítico” para gestores e usuários por dificultar o fluxo nos itinerários terapêuticos.

Por outro lado, é necessário, também, ampliar a capacidade instalada do sistema de saúde; qualificar as estratégias e modelos de regulação; melhorar a comunicação entre a gestão e os profissionais da assistência; estruturar uma rede assistencial orientada por linhas de cuidado; e pactuar todo o processo de construção do Sistema de Saúde com os seus usuários e sua equipe de profissionais.

O estabelecimento de um pacto de participação ativa e parceria entre a gestão, os trabalhadores da saúde e a sociedade em favor do SUS, fundamentado na informação e qualificação do entendimento sobre o modelo de cuidado em saúde que se pretende, também poderá potencializar o alcance dos objetivos e princípios fundamentais desse sistema de saúde.

No caso vivenciado e relatado pela pessoa que transitou pela rede de saúde local, afetada pelo câncer, foi evidenciada a necessidade de um cuidado ampliado e integral, exigindo dessa rede o estabelecimento de diretrizes para a gestão do cuidado e a construção de uma linha de cuidado específica ao paciente com câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Interacionismo Interpretativo: Uma Nova Perspectiva Teórica para as Pesquisas Qualitativas**. Ensaios e Ciência. Ano/vol. 5, nº 3; dezembro de 2001. Campo Grande: UNIDERP, 2001. pp. 55-72. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/260/26050304.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2012.
- (2) BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; FARIA, Ana Paula Silva de; SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes; CASTRO, Phaedra; SOUZA, Solange Pires Salomé de; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. **A História de Vida Focal e suas Potencialidades na Pesquisa em Saúde e em Enfermagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008; 10(3), pp. 849-56. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>>. Acesso em: 09 jan. 2010.
- (3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 3ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: Il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- (4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. 1ª Edição. Volume 8. Brasília-DF, 2008. 72 p.
- (5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: Il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- (6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. 1ª Edição. Brasília-DF, 2009. 64 p.
- (7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf>. Acesso em 27 maio 2013.
- (8) BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em 22 maio 2013.
- (9) BRITTEN, Nicky. Entrevistas qualitativas. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas; tradução Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

- (10) CARVALHO, Anesia de Souza. **Metodologia da Entrevista: Uma Abordagem Fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- (11) CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A Integralidade Do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. Mar. 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013.
- (12) FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Revista Tempus – Actas de Saúde, vol. 6, n. 2, Brasília, 2012. Disponível em: <http://proxy.necenzurat.com/www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 30 mar. 2013.
- (13) GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; 2012. 22 [1], pp. 119-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013.
- (14) JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. **Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde**. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2012. 36 (3), pp. 397-406. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/1.pdf. Acesso em: 15 maio 2013.
- (15) KEEN, Justin. Estudos de caso. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas; tradução Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.
- (16) MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **O Percurso da Linha do Cuidado sob a Perspectiva das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, vol. 14, n. 34, pp. 593-605, Jul./Set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06 mar. 2013.
- (17) MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Epidemiol. Serv. Saúde, vol. 20, n. 4, pp. 425-438, Out./Dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>. Acesso em 10 maio 2013.
- (18) MARTINS, J; BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia**. Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: EDUC - Moraes, 1989. 110 p.
- (19) MAYS, Nicholas; POPE, Catherine. Qualidade na Pesquisa Qualitativa em Saúde. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas; tradução Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.
- (20) MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

- (21) MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves.** Saúde em Debate, Ano XXVII, vol. 27, n. 65, Rio de Janeiro, Set./Dez. 2003. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 06 mar. 2013.
- (22) MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 9ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.
- (23) MOREIRA FILHO, Alonso Augusto. **Relação Médico – Paciente: teoria e prática, o fundamento mais importante da prática médica.** 2ª edição. Belo Horizonte: COOPMED Editora Médica, 2005. 200 p.
- (24) PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In:* GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. pp. 547-74.
- (25) RABELO, Miriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 264 p.
- (26) SANTIAGO, Silvia Maria; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. Redes Sociais, Redes de Saúde e Integralidade do Cuidado: Experiência de Trabalho e Investigação na Atenção a Pacientes com Câncer. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.** Ateliês do Cuidado – Serviço, Pesquisa e Ensino. 1ª Edição. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2008. 356 p.
- (27) SAUERBRONN, João Felipe Rammelt; AYROSA, Eduardo André Teixeira. **Sobre Convergência e a Prática Metodológica do Interacionismo Interpretativo na Pesquisa Acadêmica de Marketing.** Revista de Administração Contemporânea, Curitiba. vol. 14, n. 5, art. 5, pp. 854-870, Set./Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v14n5/v14n5a06.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- (28) SILVA, Maria Júlia Paes da. **Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido?** Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Ano II, nº 8; 4º trimestre de 1999. Suplemento Científico. Enfermagem Oncológica. Educação Continuada. São Paulo, 1999. 9 p. Disponível em <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/8Suplemento.asp>. Acesso em: 12 jul. 2009.
- (29) SONTAG, Susan. **A Doença como Metáfora.** Tradução: Márcio Ramalho. Volume 6. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984. 108 p.
- (30) SOUTO, Bernardino Geraldo Alves; PEREIRA, Sissi Marília dos Santos Forghieri. **História Clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. vol. 36, n. 3, pp. 176-81, Set./Dez. 2011.
- (31) SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo, Yoshimi. **O difícil acesso a serviços da média complexidade do SUS: o caso da**

cidade de São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2010, vol. 20, n. 3, pp. 953-972. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 18 maio 2013.

- (32) STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução Fidelity Translation. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726 p.

ANEXO 1

PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 001/2011

Título do projeto: A EXPERIÊNCIA COM A ENFERMIDADE E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO VIVENCIADO POR UMA PESSOA COM CÂNCER, NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SP, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2010

Área de conhecimento: 4.00 - Ciências da Saúde / 4.06 - Saúde Coletiva

Pesquisador Responsável: ANA PAULA SILVA VILLARI

Orientador: Bernardino Geraldo Alves Souto

Colaborador(es): FERNANDA GONÇALVES DUVRA SALOMÃO

CAAE: 5302.0.000.135-10 **Processo número:** 23112.004193/2010-22 **Grupo:** III

Análise da Folha de Rosto

Correta.

Descrição sucinta dos objetivos e justificativas

Este estudo tem por objetivo compreender a experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico em relação à vivência do câncer de uma pessoa na rede de cuidados no município de São Carlos, SP. O estudo será sustentado nos conceitos de integralidade, experiência da enfermidade, itinerário terapêutico e história de vida focal.

Na extensa justificativa, se podem resumir nas próprias palavras dos pesquisadores, inclusive com citações bibliográficas, que as pessoas precisam além de diagnósticos precisos para que possam se sentir acolhidas em suas demandas e necessidades. O desejo de sentir-se cuidado é particularmente importante quando os problemas de saúde são complexos demais para a construção de uma cura. Nessa perspectiva, o maior ou menor grau de cuidado pode implicar a redução ou o aumento do impacto do adoecimento na vida dos sujeitos.

Segundo a experiência da pesquisadora, como residente de programa no sentido da pesquisa realizado em São Carlos e relatos de vivências práticas de outros profissionais da Rede, é necessário, neste momento, desvendar o SUS local: identificar e refletir sobre o acesso ao serviço, a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade nas ações e a organização do sistema de saúde para o aprimoramento dessa rede de cuidado.

Metodologia aplicada

Para aprimorar a consistência do trabalho vai ser utilizado como estratégia a triangulação dos dados, relacionando a lógica dos serviços e as percepções e os sentimentos do usuário em relação ao processo de cuidado que recebem. Vislumbrando assim, a possibilidade de contribuição à melhor resolubilidade e humanização do modelo assistencial.

Tecnicamente será utilizada uma entrevista semi-estruturada, conduzida com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas. Tal procedimento permitirá, também, uma relação de proximidade entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, sendo acompanhada, necessariamente, da observação que lhe dá suporte. A entrevista focalizará a experiência de adoecimento e de busca por cuidado às necessidades de saúde, colocando em movimento a HVF, apresentando-se como um encontro com a alteridade. Tal alteridade nos obriga a reconhecer uma realidade estranha a nós, com características próprias, forçando-nos à desvinculação de nossas próprias histórias, de maneira intencional, para que compreendamos aquele que está diante de nós.

Identificação de riscos e benefícios

Possíveis riscos aos sujeitos de pesquisa: se cansar durante a entrevista e haver algum vazamento acidental de informação. no primeiro caso a entrevista será interrompida imediatamente. Para evitar vazamento de informações, todas as medidas de segurança cabíveis estão sendo tomadas diretamente pela pesquisadora para que isso não aconteça.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
 CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propp.ufscar.br>

Os benefícios desta pesquisa, vão se dar pela possibilidade de resultar em ideias sobre o sistema de saúde com a intenção de ajudar a melhorar seu funcionamento e organização.

Forma de recrutamento

Nos termos dos pesquisadores: tendo em vista tratar-se de um estudo de caso, a amostragem é, pois, intencional. Isto é, o sujeito focal é escolhido por ser típico do fenômeno investigado (KEEN, 2009). Sendo assim, elegemos uma pessoa acompanhada pela Unidade de Saúde da Família do Bairro Jardim São Carlos, em São Carlos, SP, que teve câncer duas vezes e, nessas duas vezes, transitou pela rede de cuidados objeto desta investigação. Esse sujeito será convidado mediante o Termo Consentimento Livre e Esclarecido.

Outros potenciais sujeitos para a triangulação serão trabalhadores da rede de saúde mobilizada pelo sujeito focal ou pela observação do cotidiano da rede de cuidados, identificados durante a leitura e interpretação da entrevista concedida por tal sujeito ou análise dos registros observacionais. Os mesmos serão, também, convidados mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cronograma

Em ordem.

Orçamento financeiro detalhado

Os custos estimados para a pesquisa serão arcados pela pesquisadora, a partir da bolsa recebida pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Não haverá custos para o serviço e para o usuário; caso haja, será assumido pela pesquisadora.

Adequação do TCLE

Adequado.

Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Em ordem.

Comentários

O projeto caminha na direção da Resolução 196/96 do CNS e suas complementares. Boa proposta científica, visando aprimorar a consistência do trabalho de prestação dos serviços da saúde, aproveitando o olhar dos usuários acometidos de câncer e na percepção dos trabalhadores da Unidade de Saúde. Em busca da melhor resolubilidade e humanização do modelo assistencial.

Parecer: O projeto atende a Resolução 196/96. **Aprovado.**

Normas a serem seguidas:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

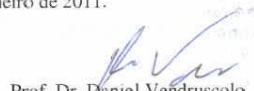
cephumanos@power.ufscar.br<http://www.propp.ufscar.br>

que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.

São Carlos, 6 de janeiro de 2011.



Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO FOCAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa.
Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, em 06/01/2011 (Parecer Nº. 001/2011).

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A experiência com a enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com câncer, no município de São Carlos, SP, no primeiro semestre de 2010”.

Você foi selecionado (a) por ser uma pessoa que teve uma marcante experiência com o cuidado em saúde oferecido pelo SUS de São Carlos, SP, no tema da pesquisa. A intenção deste estudo é conhecer como funciona e como se organiza o sistema público de saúde dessa cidade quanto ao cuidado que oferece às pessoas com câncer, a partir do relato de alguém que já passou por essa experiência.

A idéia é entrevistá-lo (a) enquanto gravamos a entrevista, para que nos conte sua experiência e sentimentos com os cuidados de saúde que recebeu do SUS de São Carlos por causa do câncer que você teve. Depois disso, baseados na sua fala, mas, sem, identificá-lo (a), faremos observações nos lugares por onde você passou por necessidade do seu tratamento, e entrevistaremos algumas pessoas que trabalham nesses lugares sobre o mesmo assunto.

Você tem total liberdade para aceitar ou não, sem ter que explicar o motivo e sem risco de qualquer prejuízo ou constrangimento. Caso aceite, não tem nada a ganhar de modo que sua participação será por livre e espontânea determinação e vontade e não se dará em troca de nenhum privilégio ou benefício, qualquer que seja. Além disso, poderá interromper sua participação quando quiser sem ter que dar explicações. Quanto à entrevista, só responderá o que desejar. Caso alguma pergunta desperte-lhe uma vontade de não responder, não será obrigado (a) fazê-lo. A hora e o local para a realização da entrevista serão de sua livre escolha e conveniência.

Vale ressaltar que não há previsão de despesa decorrente de sua participação, mas, caso aconteça, será custeada pelos pesquisadores responsáveis no exato valor do custo, garantindo que você nada receberá nem terá gasto algum para participar da pesquisa.

As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, de forma individual, em local privativo. As duas perguntas que deverão direcionar a entrevista são: “Como foram os atendimentos que você recebeu nas Unidades de Saúde relacionados ao câncer?” e “Diante de sua experiência com os cuidados recebidos na rede de saúde, o que você gostaria de dizer para essa rede de saúde?”.

O sigilo será absoluto, nos mesmos termos do segredo médico e seu nome será omitido em todo o material da pesquisa.

Os problemas que podem ocorrer são: você se cansar ou se emocionar durante a entrevista e haver algum vazamento acidental de informação. Caso se canse ou se emocione, a pesquisadora estará à sua disposição para acolhê-lo (a), compreendê-lo (a) e apoiá-lo (a). Para evitar vazamento de informações, todas as medidas de segurança cabíveis estão sendo tomadas diretamente pela pesquisadora para que isso não aconteça.

A sua colaboração permitirá o desenvolvimento deste trabalho, cujo benefício poderá resultar em idéias sobre o sistema de saúde, com a intenção de ajudar a melhorar seu funcionamento e organização. Você poderá conhecer o resultado final da pesquisa se assim o desejar. O mesmo será divulgado aos administradores e a quem trabalha no sistema de saúde, a outros estudiosos do assunto e publicado em congressos, revistas ou jornais científicos, sem que, em momento algum, qualquer participante seja identificado direta ou indiretamente.

Suas respostas à entrevista serão utilizadas exclusivamente para o interesse desta pesquisa e estarão sob a guarda e responsabilidade exclusiva da pesquisadora que a entrevistará.

Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas que surgirem.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone, o endereço da pesquisadora principal e o do Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou este trabalho, podendo tirar suas dúvidas agora ou a qualquer momento que desejar.

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

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676, CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Telefone: (16) 3351-8119. Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Além disso, está sendo orientado pelo prof. Bernardino Geraldo Alves Souto, do Departamento de Medicina da UFSCar.

São Carlos, ___ de _____ de 2010.

Assinatura do consentido (sujeito) da pesquisa.

(nome: _____)

RG: _____

Pesquisadora responsável:

Ana Paula Silva Villari, RG: 30.547.357-8 SSP/SP, CRO/SP 82.821

Aluna de Pós Graduação, lato-sensu – Modalidade Residência – do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, 2010.

Endereço: Rua São Joaquim, nº 1436, Centro, CEP 13560-300, São Carlos, SP. Telefone: (16) 9104-1864.

Endereço Eletrônico: nanavillari@hotmail.com

Professor orientador:

Bernardino Geraldo Alves Souto.

Departamento de Medicina da UFSCar.

Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676.

CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Telefone: (16) 3351-8340.

Endereço Eletrônico: bernardino@ufscar.br

APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O SUJEITO FOCAL

- Como foram os atendimentos que você recebeu nas Unidades de Saúde, relacionados ao câncer?
- Diante de sua experiência com os cuidados recebidos na rede de saúde, o que você gostaria de dizer para essa rede de saúde?

APÊNDICE 2

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O SUJEITO FOCAL

E: Vou convidar a senhora para uma viagem no tempo e me contar a respeito dos acontecimentos e dos seus sentimentos...

SF: Gosto de conversar... (risos)

E: Como foram os atendimentos que você recebeu nas Unidades de Saúde, relacionados ao câncer?

SF: Os dois tipos ou só o da boca?

E: A senhora pode ficar a vontade, fale a respeito do que achar importante...

SF: No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência, naquele tempo o SUS era diferente, né, nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo...

E: Diferente como?

SF: Era tudo mais rápido, acho que tinha menos gente, né...

SF: Acho melhor falar dessa última cirurgia, então, primeiro, quando saiu a ferida na boca, fui no postinho, do postinho me encaminhou pro CEO né, ali fez a biópsia e deu câncer, daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME, com o Dr. X, que eu até já era paciente dele, já tinha feito uma cirurgia nas costas com ele...

SF: Dai fui lá com o Dr. X, ele falou que ia demorar uns três meses, eu fiquei apavorada né, já tinha a ferida na boca, a ferida já doía um pouco, tava incomodando, daí eu fui, não sei como que chama, o negócio do câncer da mulher, lá perto da Santa Casa...

E: Rede Feminina de Combate ao Câncer?

SF: Isso. Fui ali pra saber se eles podiam me encaminhar pra Jaú, eles falaram que não, que não tinha encaminhamento nenhum, daí eu voltei pra casa, daí me informaram que talvez em Araraquara eu fosse atendida, fui até Araraquara, lá olharam tudo, a dentista, ela falou, olha, aqui não podemos fazer nada, mas vou dar uma carta pra senhora, a senhora paga uma consulta particular e eu vou dar um bilhetinho pra entregar pro médico, daí eu fui no médico então, ele me atendeu e me passou pro Hospital do Câncer, daí eu fiquei aguardando...

E: O hospital que a senhora se refere agora é o de Jaú? E quando fala Araraquara seria a Faculdade de Odontologia?

SF: Isso. Lá em Jaú fui aguardando, aguardei três meses também lá, não foi rápido também...

SF: Dai marcaram aqui no dia 17 de maio e lá ia ser no dia 21 de maio, na segunda-feira...

SF: Então, meu filho achou que eu devia ir lá, mas eu falei não, melhor eu fazer a cirurgia aqui, que tá todo mundo aqui, fiz a cirurgia aqui...

SF: O médico daqui falou pra minha nora que não fez o implante, enxerto...sei lá como chama aquilo...

E: A reabilitação da mandíbula?

SF: É. Porque ficou com medo que estourasse a minha boca, então fiquei, ficou assim como tá agora né... (apontando para o local da cirurgia)

SF: O médico de Jaú..., falo isso também?

E: Fique a vontade...

SF: Eu estive lá, agora no dia 21, e eu falei pra ele que eu tive a infecção na boca, que o osso tava pegando na dentadura, ele disse que não podia fazer nada porque eu tinha feito a cirurgia aqui, então lá só se fosse um caso de câncer que ele iria atender...

E: Então ele recomendou que a senhora procurasse o médico que fez a cirurgia?

SF: Esses dias, esqueci o dia, a semana passada, voltei no Dr. X, que era pra eu voltar né, voltei lá e falei pra ele, ele falou pra mim que o osso não vai caminhar mais, que vai estacionar e fica assim mesmo, bom, se ficar assim mesmo, não ta machucando... (expressão de estar conformada com a situação)

E: Então ele não acha viável a reabilitação da mandíbula no momento?

SF: É, porque eu falei assim pra ele, Dr. e esse osso aqui? Ele olhou tudo. Tá quase batendo na dentadura aí, será que vai continuar caminhando? Como será que vai ser? Porque se ficar batendo vai dar problema, né? Ele olhou, mexeu tudo direitinho, não, isso aí vai estacionar, é assim mesmo, então, vai ficar assim mesmo... (expressão de estar conformada com a situação)

E: Como a senhora se sentiu durante esses atendimentos?

SF: As pessoas não me trataram mal não, foram todas legal comigo, todas me trataram muito bem, Dr. X foi muito bom, não tenho queixa deles, a única coisa, que eu já falei pra você, às vezes atrasava um pouco a alimentação, porque o alimento tinha que ser por sonda né, então demoravam, aquela correria lá, demoravam, se bem que eu tinha uma acompanhante, quando tinha aquela tosse ou aquelas crises, ela corria chamar a enfermeira, porque só a enfermeira mesmo que podia acudir né, mas do resto não tem nada...

SF: Uma coisa que eu achei, eu pude comprar meu alimento, como eu falei pra você, mas se é uma pessoa que não pode ia ficar sem comer, porque não veio, terminei, tirei a sonda tudo e os postos oficializados não tinha liberado ainda alimentação pra mim, isso aí né, afinal eu tive condições, mas quem não tem passa fome né...

E: Pelo que pude perceber a senhora teve apoio da sua família?

SF: Tive, tive muito, os meus filhos, as minhas noras, nossa (expressão de gratidão), durante o dia eles não me deixaram sozinha, aquele tempo a minha nora mais velha não tava trabalhando então eu fiquei na casa dela né, quando eu voltei do hospital não fui pra minha casa, fiquei na casa dela, ela foi muito boa, porque aí eu dispensei a enfermeira que dormia comigo na Santa Casa, durante o dia ficava ela, mas um dia me deu aquela tosse, ela disse ai D. E, vamos arrumar uma enfermeira de novo porque não sei lidar com esses negócios né, aí eu arrumei outra enfermeira pra ficar comigo a noite até eu melhorar bem, graças a Deus fizeram tudo pra mim...

SF: Minha família (expressão de gratidão), tenho duas noras que são duas filhas, às vezes é melhor que filha, tem filha que não cuida né (ironizando), graças a Deus minha família sempre foi minha amiga...

E: Pelo que entendi a senhora se sentiu acolhida tanto pelas pessoas das unidades pelas quais passou quanto pela sua família?

SF: De fato. Isso mesmo...

E: Como a senhora acha que isso influencia no tratamento?

SF: Eu acho que influencia sim, porque olha, se por exemplo, eu tivesse chegado em casa e minha nora tivesse me largado, eu ia me sentir muito magoada, agora o apoio que ela deu pra mim, nossa (expressão de gratidão), só faltou dar comida na boca, fez tudo né, quando eu precisava ir no médico, me levaram e me esperavam, não teve problema nenhum, geralmente eu vou sozinha no médico...

E: A senhora tem bastante autonomia, né?

SF: Eu vou sozinha porque sou meia teimosa né (rindo), meu filho vive falando, chama eu mãe, marca num dia que posso levar, mas eu tando com a perna e a cabeça boa, eu vou, mas quando fiz a cirurgia não, foram junto comigo e ficavam me esperando, não tenho queixa não...

SF: O atendimento do SUS também, é um pouco demorado né, na primeira vez, quando eu operei a mama, naquele tempo, nossa (expressão de admiração), no mesmo dia a doutora já mandou fazer os exames, foi tudo rápido, naquele tempo tinha menos pessoas né, dessa vez já foi um pouco demorado, mas graças a Deus tá tudo bem, se continuar assim, não ta mais machucando, você arrumou pra mim, a dentadura ficou boa, tá tudo bem...

E: O postinho perto da sua casa?

SF: Isso é bom, mas ao mesmo tempo hoje tem muita gente, hoje eu tenho Unimed, porque assim, eu tenho vários problemas né, fiz cirurgia do coração, pressão, essas coisas tudo, então se você marca tem que ir no postinho, o postinho tem que passar pra especialidade até voltar

demora muito, com o Dr. Y o postinho é maravilhoso, ele atende a gente que é uma beleza, mas ele não é especialista em todos os caso né, então quando precisa de especialista o postinho demora, se precisa de exame demora, tanto é que quando fiz a cirurgia teve vários exames que fiz particular, porque ia demorar muito e eu tava afobada e nervosa com a minha situação né...

SF: Quem descobriu a ferida na minha boca foi a L, porque eu fui direto com a dentista, ela desconfiou e fez o que tinha que fazer, o Dr. Y ficou sabendo só depois, sempre falo, as dentistas pra mim, até remédio levaram na minha casa... (expressão de gratidão)

E: E depois da cirurgia na Santa Casa, como foi a recuperação?

SF: Foi uma cirurgia demorada, essa foi pior que a do coração, não podia comer direito, fiquei com sonda, fiz radioterapia, tudo essas coisas, as meninas iam na minha casa para fazer exercícios com a boca e com o braço, vários exercícios né, até hoje meu movimento não é igual, comer graças a Deus eu fui me arrumando, sou gulosa (rindo) e não passo fome, me viro, faço coisa bem cozidinha, não como coisa muito dura, vou levando...

E: As meninas que a senhora falou quem são?

SF: Essa é uma coisa do postinho ser Saúde da Família, as meninas vão em casa, saber como a gente tá, a dentista, a fisioterapeuta e a fonoaudióloga, psicóloga eu não precisei, tenho a cabeça muito boa, não preciso de psicóloga...

SF: Olha, eu falei pra você, eu mesmo que pego resultado de exame, eu não preocupo, quero resolver, a única coisa é que quero que seja logo, essa vez fiquei nervosa, quero resolver logo, fui prum lado fui pro outro né, que nem, muita gente desmaia, chora quando pega o resultado na mão, eu falei pro dentista lá do CEO, deu problema né, ele disse, é deu, a senhora vai precisar de um médico agora, eu falei tudo bem, o que tem que ser é, é isso aí... (reflexiva)

SF: Cada um tem uma natureza, não é tudo igual, eu também não vou condenar essas pessoas que até desmaia, a natureza dela é assim, eu tenho fé em Jesus, tenho fé em Deus, seja o que Deus quiser, cada cirurgia que eu faço, antes de ir pra mesa, eu falo, ai meu Jesus toma a mão do médico, sempre eu falo isso, não adianta chorar, ficar nervosa, é aquilo mesmo né, agora é como eu falei pra você, nós não somos todos iguais né, tem pessoa que tem uma natureza que nossa (expressão de estranheza), fica desesperada...

SF: Eu não sou de ficar amolando, quando posso me viro, mas graças a Deus toda vez que eu preciso, tenho muito apoio, e isso é (reflexiva), quando você tá boa, tudo bem, se vira, mas quando fica doente e precisa, se não tem apoio eu acho que você chora viu (reflexiva), se eu tivesse ficado sozinha, como eu ia fazer? A recuperação é difícil...

SF: E também tem o postinho que qualquer coisa eu corro lá (sorrindo), antes era o postinho da MM, eu não gostava muito de lá, nem do atendimento e nem do médico (expressão de insatisfação), médico estúpido, não gostei do médico de lá, mas no postinho não, nossa (expressão de satisfação), Dr. Y trata a gente que nem fala, vocês também uma beleza, as meninas também, todo mundo, lá é o tratamento, são muito atenciosos...

SF: Dr. Y foi muito bom pro meu marido (expressão de estar recordando o passado), agora eu tenho Unimed, antes não dava pros dois, o médico é quase um sacerdote né, a gente conversa com ele, se ele atende bem você, parece que até você sara, meu marido era que nem eu, falava igual papagaio...

E: É bom conversar...

SF: Ele era de conversar bastante, é como eu, gosto de conversar bastante...

SF: Também gosto de conversar com os amigos, quando vou na casa deles, esqueço da vida, gosto muito daqui, morei a maior parte da minha vida, to acostumada...

E: A senhora é um exemplo, admiro como enfrenta as situações...

SF: É. Eu não fiquei assim (expressão de tristeza), pra baixo...

E: Diante de sua experiência com os cuidados recebidos na rede de saúde, o que você gostaria de dizer para essa rede de saúde?

SF: Para as pessoas doentes, nunca ficar nervosa, confiar em Deus, ficou nervoso, sobe a pressão, atrapalha, chega na sala de cirurgia não pode fazer porque a pressão subiu, esquece, faz de conta que vai dar um passeio, vou no hospital dar um passeio, não fica nervosa, não se preocupa com nada, confia em Deus, e quando faz uma cirurgia nunca esquecer, Jesus, põe as tuas mãos nas mãos do médico (fecha os olhos e parece estar rezando), isso é muito importante viu, eu acho que isso é importante pra mim, porque como você sabe, ta de prova aí, eu sempre fui bem em toda cirurgia, não me sinto medrosa, não fico nervosa, tudo bem, nunca tive nada que né... (emocionada)

SF: Essa vez mesmo que minha boca infeccionou, seja o que Deus quiser, vou ficar bem, o médico falou se amanhã não tiver melhor volta aqui que eu vou internar a senhora, eu não ia gostar de ficar internada né, mas Graças a Deus no outro dia eu tava melhorzinha...

E: A senhora é forte né D. E...

SF: Não me preocupei, só quem tem um problema desse, a pessoa tem que saber isso, se você chorar, se preocupar, é o mesmo efeito, você vai passar por aquilo, não adianta ficar desesperada, então faça de conta que não é nada ué, é um passeio, qualquer coisa, dá qualquer coisa pra tua cabeça lá e vai...

SF: Os profissionais têm que ter paciência, porque como eu falo pra você, se é uma pessoa nervosa, o profissional não dá atenção, ela fica desesperada, o profissional tem que ter paciência e amor naquela pessoa, aquela pessoa não ta indo lá porque quer, é uma necessidade, olha, vou falar um negócio pra você, o Dr. X não é uma pessoa de conversar muito, mas é muito atencioso, então você se sente bem com a pessoa, agora se é um médico que nem olha na sua cara, você fala com ele e ele estúpido, fica mais doente, fica nervosa, daí fica doente, daí sua pressão sobe, descontrola, muda tudo...

E: Faz diferença né?

SF: Muda tudo...

SF: As enfermeiras também, se ela vai, às vezes até brincando né, o fulano não sei o que, você até esquece, é um grande alívio, um alívio, viu...

SF: Enfermeiro e médico tem que ser atencioso, tem que ter calma viu, o doente quando vai nesses lugares, como eu falo pra você, não é tudo que tem a calma que eu tenho também né, mas mesmo você com calma, se a pessoa ser estúpida com você...

E: Aí fica mais difícil né?

SF: Taí uma coisa, você, você é uma dentista, você é tão atenciosa, você é amiga dos seus pacientes, então, eu gosto de você e acho que todas elas gostam...

E: As coisas normalmente são mútuas né?

SF: A gente se sente a vontade, eu me sinto a vontade com você, se eu fosse lá no postinho e a L ou você tivesse atendido eu mal, eu ficaria mais nervosa né, sempre foram muito boas comigo...

SF: Então, primeiro a L deu um remedinho pra mim, logo ela viu que não melhorou que não tinha jeito, porque ela também entende né, ela já encaminhou eu pra lá...

SF: Eu acho que tanto o médico como as enfermeiras têm que ter paciência e tratar bem os pacientes viu, porque você se sente a vontade, até esquece que ta no médico né...

SF: Por exemplo, eu tava lá no hospital, sem poder falar, viesse uma enfermeira estúpida comigo, pensou? Mas não, eu chamava, ela vinha correndo lá, coitada, tinha que por um negócio aqui porque dava tosse né, ela já vinha correndo me atender, eu sempre tive sorte, graças a Deus, todas as vezes que fiquei internada fui bem atendida pelas enfermeiras...

SF: Eu acho que qualquer pessoa que lida com o público tem que ter paciência e tem que ser atencioso, ainda mais na saúde, e na saúde então já viu né...

E: Como a senhora mesmo falou a pessoa não está procurando porque quer e sim por uma necessidade...

SF: Ninguém vai no médico a toa, se ta internado o médico que internou, porque tem problema né, agora você vai lá estúpida, grosseira, não, porque se você é bem atendida você até tolera certas coisas...

SF: Como eu falei pra você, às vezes ficava até mais tarde pra por a sonda pra mim comer, como eles eram atenciosos eu não me preocupei, porque eu compreendo que elas também tem o trabalho delas correndo né...

SF: O que a gente acha é assim, se chama e elas tão lá conversando, não dá atenção, daí é diferente né, a gente sabe que eles tem o trabalho deles que é sempre corrido mas...

E: Todo mundo gosta de ser tratado com respeito...

SF: O que a gente não quer pra gente não poder querer pros outros né...

(silêncio)

E: Gostaria de saber se a senhora tem mais alguma coisa a dizer?

SF: Depois você acerta se eu falei alguma coisa errado, porque eu confio em você...

E: Toda essa entrevista, como eu lhe disse, será transcrita e eu vou trazer pra senhora ver se ta tudo certinho...

E: Gostaria de agradecer muito pela sua participação, a sua percepção vai contribuir muito para o nosso trabalho...

SF: É verdade, porque eu passei por isso né (balançando a cabeça reafirmando)...

SF: Ahhh(admirada pelo esquecimento), tem uma coisa que não falei pra você, posso falar agora?

E: Claro...

SF: Eu tinha até esquecido, olha isso, me perturbou muito...

SF: Quando eu tava com a sonda de alimentação, eu não sei como é que foi, de noite, se bati a mão, tirei a sonda, daí eu perguntei lá no postinho, eu não, foram perguntar pra mim lá, meu filho, não sei, diz que lá não dava pra colocar, não sei por que, então mandou que eu fosse no Hospital Escola, e lá uma enfermeira me atendeu, menina mas ela não tinha prática, mais que sacrifício que eu sofri (expressão de sofrimento)...

E: Sofreu muito?

SF: Ai eu não podia falar, eu gritava de dor (expressão de sofrimento)...

E: É um procedimento complicado?

SF: Nossa (expressão de sofrimento), como judiou de mim, eu chorava de dor, meu filho segurando minha mão (reproduz o gesto segurando a minha mão), eu chorando sem poder falar, desesperada...

SF: Esqueci dessa parte que foi muito difícil pra mim, até que ela viu que não conseguia mesmo né, ela falou pro meu filho que ia ligar pro médico, daí não sei se ela ligou, deve ter ligado pro médico, daí voltou lá uma outra enfermeira, eu fiz assim (balançando a cabeça negando) pra ela que eu não queria, eu não quero mais, daí ela muito atenciosa né, não D. E, não vai doer, nós vamos fazer assim, eu vou pondo e a senhora vai tomando um golinho de água, aí meu filho, vamos mãe, vamos tentar, eu não queria mais, foi muito horrível, doeu muito, então vamos tentar, eu ia tomando um golinho de água, foi pondo, aí conseguiu, aquela foi uma beleza, eu não sei se o médico mandou ela fazer de forma diferente com água, ou se foi a capacidade dela mesmo, isso eu não sei...

E: Então a senhora passou pelo Hospital Escola também...

SF: Eu não sei o que tava faltando lá no postinho, porque elas falaram que faz isso aí, porque a enfermeira, não lembro o nome, ela trabalhava na Santa Casa também, ela falou olha D. E não é difícil por a sonda...

SF: A parte pior eu esqueci de falar pra você (admirada)...

E: A senhora selecionou as boas lembranças, né?

SF: Prefiro as coisas boas, olha que coisa, esqueci disso aí, nossa eu chorei, nossa eu esqueço disso, nossa menina, como foi difícil, aí meu Deus como sofri...

SF: Você vê como cada profissional tem uma capacidade para fazer uma coisa, é verdade mesmo, a primeira, nossa, até que ela chamou outra, mas assim mesmo eu não queria mais fazer, mas eu precisava fazer né, a outra falava precisa D. E, como a senhora vai fazer, vamos experimentar, meu filho também, vamos mãe, quem sabe dá certo, aí concordei com a cabeça, foi pondo devagarzinho, fui tomando água, olha quando terminou dei Graças a Deus (suspiro de alívio)...

SF: Eu esqueço mas é bom lembrar né...

E: E falar também né...

SF: Bom, acho que já falei bastante né, você vê o que é interessante pra você, se precisar você pode vir conversar comigo de novo...

SF: Se você quiser trazer, pode trazer, eu confirmo, não tem nada demais, não falei nada de errado né, conversei demais né, se tiver errado também você tira, eu confio em você...

E: Na minha opinião, certo ou errado é relativo, depende da percepção de cada um. Muito obrigada mais uma vez, e eu volto com a transcrição.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PRIMEIRO E SEGUNDO SUJEITOS-VÉRTICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa.
Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, em 06/01/2011 (Parecer Nº. 001/2011).

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A experiência com a enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com câncer, no município de São Carlos, SP, no primeiro semestre de 2010”.

Você foi selecionado (a) por ser um trabalhador (a) na rede de cuidados à saúde do SUS de São Carlos, SP, e assim, relacionado (a) com o tema da pesquisa. A intenção deste estudo é conhecer como funciona e como se organiza o sistema público de saúde desta cidade quanto ao cuidado que oferece às pessoas com câncer, a partir do relato de alguém que já passou por essa experiência.

A idéia é entrevistá-lo (a) enquanto gravamos a entrevista, para que nos conte assuntos apontados pela entrevista realizada com uma pessoa que vivenciou a doença e transitou pela rede de cuidados à saúde do SUS de São Carlos em cruzamento com observações feitas nos lugares que essa passou por necessidade de tratamento.

Você tem total liberdade para aceitar ou não, sem ter que explicar o motivo e sem risco de qualquer prejuízo ou constrangimento. Caso aceite, não tem nada a ganhar de modo que sua participação será por livre e espontânea determinação e vontade e não se dará em troca de nenhum privilégio ou benefício, qualquer que seja. Além disso, poderá interromper sua participação quando quiser sem ter que dar explicações. Quanto à entrevista, só responderá o que desejar. Caso alguma pergunta desperte-lhe uma vontade de não responder, não será obrigado (a) fazê-lo. A hora e o local para a realização da entrevista serão de sua livre escolha e conveniência.

Vale ressaltar que não há previsão de despesa decorrente de sua participação, mas, caso aconteça, será custeada pelos pesquisadores responsáveis, no exato valor do custo, garantindo que você nada receberá nem terá gasto algum para participar da pesquisa.

As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, de forma individual, em local privativo. As perguntas que deverão direcionar a entrevista dependerão da análise feita

na entrevista com a pessoa que vivenciou a doença e nas observações feitas nos lugares relacionados com o tratamento, como explicado anteriormente.

O sigilo será absoluto, nos mesmos termos do segredo médico e seu nome será omitido em todo material da pesquisa.

Os problemas que podem ocorrer são: você se cansar durante a entrevista e haver algum vazamento acidental de informação. Caso se canse, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, a pesquisadora entenderá e aguardará para dar continuidade após pausa para descanso. Para evitar vazamento de informações, todas as medidas de segurança cabíveis estão sendo tomadas diretamente pela pesquisadora para que isso não aconteça.

A sua colaboração permitirá o desenvolvimento deste trabalho, cujo benefício poderá resultar em idéias sobre o sistema de saúde com a intenção de ajudar a melhorar seu funcionamento e organização. Você poderá conhecer o resultado final da pesquisa se assim o desejar. O mesmo será divulgado aos administradores e a quem trabalha no sistema de saúde, a outros estudiosos do assunto e publicado em congressos, revistas ou jornais científicos, sem que, em momento algum, qualquer participante seja identificado direta ou indiretamente.

Suas respostas à entrevista serão utilizadas exclusivamente para o interesse desta pesquisa e estarão sob a guarda e responsabilidade exclusiva da pesquisadora que a entrevistará.

Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas que surgirem.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone, o endereço da pesquisadora principal e o do Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou este trabalho, podendo tirar suas dúvidas agora ou a qualquer momento que desejar.

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

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676, CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Telefone: (16) 3351-8119. Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Além disso, está sendo orientado pelo prof. Bernardino Geraldo Alves Souto, do Departamento de Medicina da UFSCar.

São Carlos, ___ de _____ de 2010.

Assinatura do consentido (sujeito) da pesquisa.

(nome: _____)

RG: _____

Pesquisadora responsável:

Ana Paula Silva Villari, RG: 30.547.357-8 SSP/SP, CRO/SP 82.821

Aluna de Pós Graduação, lato-sensu – Modalidade Residência – do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, 2010.

Endereço: Rua São Joaquim, nº 1436, Centro, CEP 13560-300, São Carlos, SP. Telefone: (16) 9104-1864.

Endereço Eletrônico: nanavillari@hotmail.com

Professor orientador:

Bernardino Geraldo Alves Souto.

Departamento de Medicina da UFSCar.

Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676.

CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Telefone: (16) 3351-8340.

Endereço Eletrônico: bernardino@ufscar.br

APÊNDICE 3

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O PRIMEIRO SUJEITO-VÉRTICE

- Ao entrevistarmos uma pessoa com câncer em relação ao seu itinerário terapêutico no sistema de saúde, teve uma parte em que ela falou assim:

“No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência. Naquele tempo o SUS era diferente, né; nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo (...).”

A pessoa teve duas experiências diferentes com o sistema de saúde. Uma, no passado, quando teve câncer de mama, e outra mais recente, quando precisou de cuidados devido a um câncer na boca. Ao relacionar tais experiências entre si, percebeu que o sistema de saúde mudou. Assim e diante de suas expectativas, identificou uma limitação da qualidade de como funciona o sistema de saúde hoje, moroso. Ao que parece, a agilidade em resolver o problema do usuário foi muito importante para nossa entrevistada uma vez que ela vinculou esse atributo a um conceito de perfeição ao dizer que, por ser ágil, o sistema era “maravilhoso”. Desse modo, ela construiu uma noção de que o sistema de saúde vigente demanda aperfeiçoamento. Como você percebe a mudança de modelos assistenciais e a vivência dessas pessoas nesse contexto?

- Em outra parte disse assim:

“(...) eu não preocupo, quero resolver, a única coisa é que quero que seja logo. Dessa vez fiquei nervosa, quero resolver logo, fui prum lado... fui pro outro né (...).”

A pessoa explica que seu conceito de agilidade para o sistema de saúde é função da resolubilidade do mesmo e definiu-a como o foco de sua expectativa, ao ponto de deixar claro que a morosidade assistencial é significativamente angustiante.

É possível que essa angústia esteja superestimada pela percepção da pessoa sobre a gravidade da sua doença, o que pode intensificar seu desejo de uma solução de curto prazo, mas é real e, provavelmente, não derivada

somente dessa percepção. A desproporção entre a expectativa da pessoa e a capacidade de resposta do serviço pode gerar no demandante de cuidado uma frustração que pode ser percebida como uma deficiência do sistema de saúde, ainda que o mesmo seja eficiente. Nesse sentido, a assistência precisa incorporar e compreender a expectativa de seu usuário em relação ao processo de cuidado e adotar estratégias para o alívio do sofrimento derivado da desproporção entre um e outro. Como você percebe os caminhos percorridos, em busca por cuidado, relatados por essa pessoa e o significado disso para ela. Como o município estava/está se organizando para acolher essa demanda?

- Depois disse assim:

“Os profissionais têm que ter paciência, porque como eu falo pra você, se é uma pessoa nervosa, o profissional não dá atenção, ela fica desesperada, o profissional tem que ter paciência e amor naquela pessoa; aquela pessoa não tá indo lá porque quer: é uma necessidade. Olha, vou falar um negócio pra você, o Dr. X não é uma pessoa de conversar muito, mas é muito atencioso; então você se sente bem com a pessoa. Agora, se é um médico que nem olha na sua cara, você fala com ele e ele é estúpido, fica mais doente, fica nervosa, daí fica doente, daí sua pressão sobe, descontrola, muda tudo.”

Mesmo conhecendo as limitações do sistema, demonstrou valorizar a assistência humanizada e a sensação de sentir-se acolhida. Essa humanização e acolhimento influenciaram positivamente o desenrolar do tratamento e reforçaram a escolha feita pela entrevistada, o que ficou evidente quando ela concluiu que “muda tudo”.

A entrevistada também tornou-se paciente, em consequência da humanização do cuidado e mais compreensiva em relação ao novo modelo assistencial. Acatou, devido a isso, o modo como esse sistema passou a se organizar e encontrou alívio para sua angústia dentro desse sistema, ainda que o mesmo não seja perfeito ou ideal. Como você percebe a relação entre a humanização do cuidado e as deficiências percebidas no sistema?

- Depois disse assim:

“Quando eu tava com a sonda de alimentação, eu não sei como é que foi, de noite, se bati a mão, tirei a sonda, daí eu perguntei lá no postinho; eu não, foram perguntar pra mim lá, meu filho, não sei, diz que lá não dava pra colocar, não sei por que, então mandou que eu fosse no Hospital- Escola, e

lá uma enfermeira me atendeu. Menina... mas ela não tinha prática... que sacrifício que eu sofri (para recolocar a sonda).”

Só a postura pessoal de quem trabalha na assistência não é suficiente para a qualidade que se espera de um cuidado em saúde. É importante, também, qualificação técnica desse pessoal, como nos foi relatado. Como a gestão está/estava se organizando em relação à avaliação e qualificação dos profissionais do SUS?

APÊNDICE 4

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O PRIMEIRO SUJEITO-VÉRTICE

P: Ao entrevistarmos uma pessoa com câncer em relação ao seu itinerário terapêutico no sistema de saúde, teve uma parte em que ela falou assim:

“No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência. Naquele tempo o SUS era diferente, né; nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo (...).”

A pessoa teve duas experiências diferentes com o sistema de saúde. Uma, no passado, quando teve câncer de mama, e outra mais recente, quando precisou de cuidados devido a um câncer na boca. Ao relacionar tais experiências entre si, percebeu que o sistema de saúde mudou. Assim e diante de suas expectativas, identificou uma limitação da qualidade de como funciona o sistema de saúde hoje, moroso. Ao que parece, a agilidade em resolver o problema do usuário foi muito importante para nossa entrevistada uma vez que ela vinculou esse atributo a um conceito de perfeição ao dizer que, por ser ágil, o sistema era “maravilhoso”. Desse modo, ela construiu uma noção de que o sistema de saúde vigente demanda aperfeiçoamento. Como você percebe a mudança de modelos assistenciais e a vivência dessas pessoas nesse contexto?

E: Eu não tenho uma noção de que época ela ta falando, do tempo que ela ta falando isso aqui...quando ela procurou o SUS?

P: Entre a primeira vez e agora por volta de 30 anos...

E: Entendi...entendi... E ela ta em São Carlos?

P: Sim, ta em São Carlos

E: Se tem uma comparação, quer dizer pensar no passado, o pensar 30\40 anos atrás, é... primeiro tinha uma questão de acesso, o acesso não era universal, o sistema de saúde tinha uma demanda pequena, ele trabalhava, naquela oportunidade, e ainda há sinais de se trabalhar ainda, no atendimento de queixa-conduta, um atendimento centrado no profissional médico, olhar para hoje né, São Carlos né, essa é uma situação que se modificou, primeiro porque você tem hoje um acesso que é universal né, você tem as pessoas procurando o serviço de saúde independentemente delas terem carteira assinada né, alguma contribuição né, então você tem uma demanda maior...os serviços, a política de saúde que está sendo construída na nossa cidade, não é para ser mais moroso, não é isso, mas que você possa estar cuidando da pessoa como um todo, identificando suas necessidades de saúde né, não dá para não ser ágil

né, agora são patologias diferentes, uma questão da mama, tem uma coisa forte acho que em todos os municípios brasileiros, mas a questão odontológica como é o caso dela, são poucos os municípios brasileiros que oferecem um atendimento, uma assistência, uma atenção em saúde bucal, São Carlos é um município onde a questão de saúde bucal ela está mais a frente que em outros lugares mas, a capacidade de atendimento dela é pequena ainda, então você não consegue hoje, apesar de todas as unidades básicas de saúde, no modelo antigo e mesmo hoje com essa política da Estratégia Saúde da Família, você tem dentista com a equipe funcionando mas, você não consegue dar cuidado bucal no ciclo de vida inteiro, da criança até o idoso...então tem uma morosidade mesmo nessa questão específica. Mas no passado se ela procurasse uma assistência bucal lá há 40 anos atrás, ela não iria encontrar se não fosse privado, nem no sistema público vigente, você não tinha essa situação, você tem atendimento de urgência e emergência, fazer uma extração, um sangramento, um procedimento de risco, alguma coisa, mas não tinha nada, voltar atrás na questão odontológica, 40 anos se ela tivesse esse problema ela teria muita dificuldade né. A questão do câncer, não sendo boca né, a parte de cabeça e pescoço, essa situação ela teve a oferta foi maior e mais presente que a saúde bucal, a saúde bucal ainda hoje, o profissional dentista é ainda muito privada, né...

P: Então você vê essa situação como transitória, esse deficit?

E: Provavelmente, acho que com certeza né...a sociedade de alguma maneira ela precisa pensar, essa cidadã que está colocando, nós temos que cobrar mais, para que você possa ter de fato, uma assistência universal, integral e...

P: E num tempo razoável...

E: E num tempo razoável, se você tem uma patologia, não dá para você esperar, se você fez o diagnóstico, você tem que implementar a terapêutica

P: O tempo de 3 meses de espera relatado por essa pessoa, você acha que é devido ao tipo de câncer?

E: Então você tem uma situação, São Carlos se você voltar na Campanha do ano passado de Saúde Bucal, que eu lembro, nós identificamos 1200 alterações na boca, vamos chamar assim, o esforço da equipe era solucionar esses problemas né, você não tinha por exemplo, condições cirúrgicas dentro dos hospitais, seja ele a Santa Casa, o Hospital Escola né...que são públicos ou filantrópicos, uma condição de poder fazer um procedimento que tivesse por exemplo uma anestesia geral, nesse sentido né, acho que hoje você tem, hoje você tem...

P: Desses 1200 casos que foram identificados, você sabe quantos foram atendidos aqui e o tempo de espera?

E: Todos serão atendidos, mas vai ter um demora importante, vai ter uma demora pelo volume, você não tem uma equipe, quer dizer, hoje a situação talvez, a partir do momento que você conseguiu né, claro que alguns procedimentos você consegue fazer numa unidade básica de saúde, pode, no caso de uma situação mais complexa você faz isso dentro de um centro de especialidades, que tem todas as condições mas, não dá pra fazer se for o caso um procedimento mais extenso não sendo só anestesia local, não dá para ser lá, você pode até fazer, mas é muito risco, você precisa fazer um procedimento com critérios, precisa ter equipamentos para uma eventual emergência...

E: E ela fez aonde? Em Araraquara?

P: No CEME e na Santa Casa...

E: Ah...

P: Ela estava com consulta programada em Jaú e aqui, com espera de cerca de 3 meses nos dois serviços, ela optou por São Carlos, falando do atendimento, do vínculo com os profissionais e a proximidade...

E: Nós temos né, depois de muito investimento, não só de recursos financeiros mas, de entendimento, da própria Santa Casa, da necessidade de ela poder junto com a prefeitura e a secretaria municipal de saúde, ofertar o serviço de cirurgia odontológico que necessite de anestesia geral né, hoje você tem isso lá, isso é uma coisa do ano passado

P: E em relação à reabilitação, que também é mencionada por essa pessoa?

E: Então, aí entra uma outra situação, que hoje né ainda se a gente olhar para a questão do procedimento reparador de qualquer parte do corpo, vamos pensar assim, São Carlos é bastante frágil ainda, então você tem uma situação, não é uma questão só de São Carlos, é uma questão da própria especialidade se for pensar, de se trabalhar com o cirurgião-plástico, que ele não está, de fato, inserido ainda, ele está mais é frágil, faz procedimentos de baixa complexidade, procedimentos de média ou alta complexidade, digo situações mais expertises né, ele não faz para o SUS né, uma reconstrução de mama ele não faz, uma reconstrução de mamilo ele também não faz, faz, mas não faz né, é uma coisa que está em São Carlos...

P: Essa pessoa, depois da cirurgia, voltou em Jaú para saber da possibilidade de sua reabilitação e foi informada que lá ela só seria atendida se fosse um caso de câncer, como ela fez a cirurgia em São Carlos o andamento do tratamento seria lá também...

E: Então... o que tem de mais estranho, acho, é que se a gente vai ofertar um serviço, seja ele qual for né, mesmo que eu não tenha as condições plenas para fazer isso e enfim, no caso, não só fazer a ressecção, tirar essa lesão e fazer a reconstrução, eu preciso ou estar atrelado à algum serviço ou eu preciso fazer, não adianta eu fazer as coisas pela metade, nós temos que

chegar num momento né do sistema de saúde que você tenha início, meio e fim; não precisa estar as expertises e nem, dependendo do tipo de serviços, vai depender de uma série de outras coisas,mas precisa estar fazendo, não adianta fazer mastectomia e não fazer o resto, como vai por uma mama, a pessoa vai ter problema, cura o câncer mas ela precisa por uma mama, quem faz né, ou mesmo faz o diagnóstico de câncer mas não opera porque não..., porque fazer o diagnóstico então, pra que perder tempo então com isso se eu não resolvo, quer dizer eu preciso ter uma situação em que tenha esse início, meio e fim,que você possa estar cuidando integralmente, daquelas atrocidades, é um tumor...é um tumor, aonde é,é na face, vai tirar meia face, bom e aí a pessoa fica sem face...bom precisa reconstruir a face...

P: Se a gente não faz como podemos suprir essa necessidade né...

E: É, você faz uma amputação de um membro e aí fica sem o membro? Não, tem que por um outro membro, tem que ter um serviço que ele possa fazer a amputação do membro, por exemplo, e colocar uma prótese...

P: E estar preparado para reabilitar...

E: É, lógico, exatamente, que não precisa ser necessariamente em locu, no serviço que fez aquele procedimento cirúrgico, mas tenha, dentro dessa rede de atendimento, um serviço que faça isso, quer dizer não tem problema a UFSCar, por exemplo,dentro da sua oficina de reabilitação que ela tem, dá para operar, dá para dar andamento, que ela possa estar fazendo as órteses e as próteses de todos os pacientes que necessitem, mesmo que ele opere no Hospital Escola, na Santa Casa... acho que isso é uma fragilidade que a gente tem dentro do sistema de saúde público de maneira geral, dá para gente olhar pra nossa cidade né, que ela vem num processo de evolução mas você ainda não está cuidando integralmente dessas pessoas...

P: Você acha que no processo natural de um olhar integral, pensando nos profissionais acho que também há certa dificuldade pessoal que aumenta essa fragilidade se agente for pensar?

E: Com certeza acho isso também, e assim, talvez a gente também ache que a gente fez o nosso serviço, e pronto, eu tirei um tumor, eu arranquei a vesícula, eu tirei uma mama né, eu fiz uma ressecção de mandíbula, eu tirei um basocelular, enfim... então o profissional está sedimentado já, o profissional médico na verdade com todo o advento de tecnologias ele foi caminhando para uma especialidade para uma subespecialidade, você pega ortopedista que não usa mais estetoscópio né, como assim não usa mais, é não usa, oftalmologista também não, psiquiatra também não, mas quem usa estetoscópio, o pneumologista, o clínico, quer dizer chega a um certo absurdo, é uma caricatura. Você não precisa e nem vai ter condições de fazer diagnósticos, mas você pode construir hipóteses diagnósticas, você pode dar encaminhamentos, você pode detectar identificar uma necessidade de saúde naquele cidadão,

naquela pessoa que está procurando seu cuidado e você né... seu olho é azul, suas sobrancelhas tão ralinhas, quer dizer tem uma situação aqui e eu posso te dar um encaminhamento né, porque hoje na verdade está muito segmentado né, cada um cuidando de um pedacinho do corpo, ninguém está olhando para esse cidadão. O Sistema de Saúde hoje tem essa pretensão, essa ousadia, parece meio absurdo porque como eu que não olho para a pessoa para o indivíduo, mas é assim que foi construído... a gente precisa conseguir caminhar nesse sentido, não precisa saber tudo, nós não vamos conseguir fazer tudo mas conseguir fazer um olhar, quer dizer eu posso identificar uma pressão arterial alta, eu posso não saber que tipo de medicação mas eu estou vendo, tem uma situação clínica, está com dor, está com cefaléia, enfim, eu preciso de alguma maneira né, não preciso estar dominando todos anti-hipertensivos que eu ao sou mais isso, acho que ela vive um momento do sistema de saúde com pouca demanda aonde as pessoas que eram atendidas elas não, não era universal, quer dizer você precisaria ter uma carteira assinada, ou você era previdenciário ou você não tinha direito, você poderia ser um FUNRURAL, que era mais frágil, mas na verdade você era um indigente, um despossuído né...e caía no serviço, existia um serviço, identificou-se uma situação de patologia, e aí identifica, opera, tem que ser rápido mesmo, num outro momento, passado aí muito tempo, teoricamente essa pessoa com a evolução, deve estar melhor porque se estava bom lá trás, agora hoje você tem um outro mundo, muito mais gente né...

P: Talvez a questão que ela traz, além da comparação, é o que está faltando hoje, porque ele não deixa de valorizar algumas mudanças...

E: É também, mas a questão odontológica é uma questão particular dentro do Brasil né, eu conheço, mesmo cidades que você tem faculdades e cursos de odontologia, que aí sei lá tem 100/200 alunos e você têm 200 consultórios, que tem que ter, mas você tem uma ociosidade bastante grande, na verdade caminha para outros convênios ou particular na odontologia.

P: Em outra parte disse assim:

“(...) eu não preocupo, quero resolver, a única coisa é que quero que seja logo. Dessa vez fiquei nervosa, quero resolver logo, fui prum lado (...) fui pro outro né (...).”

A pessoa explica que seu conceito de agilidade para o sistema de saúde é função da resolubilidade do mesmo e definiu-a como o foco de sua expectativa, ao ponto de deixar claro que a morosidade assistencial é significativamente angustiante.

É possível que essa angústia esteja superestimada pela percepção da pessoa sobre a gravidade da sua doença, o que pode intensificar seu desejo de uma solução de curto prazo, mas é real e, provavelmente, não derivada somente dessa percepção. A desproporção entre a expectativa da

pessoa e a capacidade de resposta do serviço pode gerar no demandante de cuidado uma frustração que pode ser percebida como uma deficiência do sistema de saúde, ainda que o mesmo seja eficiente. Nesse sentido, a assistência precisa incorporar e compreender a expectativa de seu usuário em relação ao processo de cuidado e adotar estratégias para o alívio do sofrimento derivado da desproporção entre um e outro. Como você percebe os caminhos percorridos, em busca por cuidado, relatados por essa pessoa e o significado disso para ela. Como o município estava/está se organizando para acolher essa demanda?

E: É... acho que uma coisa que a gente precisa, acho que está faltando, não é só da nossa cidade, acho é uma questão nacional né, é apresentar para a sociedade de que serviços de saúde, de que sistema de saúde está proposto hoje né, qual é a proposta hoje governamental, acho que é isso né, é um sistema de saúde recente, que tem 20 anos né, o Sistema Único de Saúde né, que tem problemas né, mas que muitas coisas já tiveram, já tem um olhar resolutivo, pensar na questão dos transplantes hoje no Brasil é uma situação que avançou muito, pensar no procedimento de hemodiálise, que praticamente quase 100% é feito pelo SUS, os procedimentos cardiológicos que também são uma boa, está entre as classificadas de morbidades e mortalidades, você também oferece isso hoje já para a sociedade como um todo. Eu sinto que nem só, se você pegar as Unidades de Saúde da Família de São Carlos, de Araraquara, de Matão que é aqui perto, de Ibaté, elas têm diretrizes diferentes né, do ponto de vista dos profissionais em relação ao cumprimento da sua carga horária, do seu trabalho, é diferente, você tem lugares que o tempo é parcial e não integral né, você vai ter um profissional de manhã e outro a tarde, mesmo nessas cidades a figura do médico ela ainda é predominante né, tem uma fragilidade bastante grande em relação aos outros profissionais que integram esta equipe, ou estes profissionais que trabalham num determinado espaço físico, que tem a responsabilidade de cuidar das pessoas que estão adscritas ou não naquela unidade de saúde, e qual é o seu papel né, quer dizer eu penso né, o meu entendimento em relação ao que nós estamos construindo, é uma unidade de saúde que não é sozinha, ela faz parte de uma rede de cuidados, que tem a obrigação de identificar necessidades de saúde das pessoas e promover plano terapêutico, então, mas isso não é do médico, não é do médico, se a gente volta para o modelo anterior, centrado no médico, centrado no hospital né, 15-20 anos atrás, é uma situação, ainda a gente convive com os dois modelos, São Carlos convive com os dois modelos, ainda uma unidade que não tem um médico, o médico né, médicos bons são médicos com unidade, o médico da família...

P: A sociedade também ainda espera do médico né...

E: É, sim, como é que ela também, quer dizer ela está aprendendo com isso, ela também vai se virando com essa situação, é, mas porque, o cidadão, uma pessoa é, eu lembro dum, quer dizer, voltando para a equipe, o segurança, o porteiro, seja lá o nome que se de para essas pessoas, que está lá, ele também faz parte daquele espaço, e ele as vezes é o primeiro a ter contato com alguém que está procurando o serviço de saúde, ele já tem, ele consegue olhar, se a pessoa está de ambulância, se está sozinha ou não, se ela está com dificuldade ou não, se vai descer do carro ou não, ele já tem uma percepção e ele pode ajudar de alguma maneira, ajudar, apoiar né, chegar na recepção, as pessoas que estão lá, sejam elas agentes comunitários ou recepcionistas, é que tem lugar, tem na unidade de saúde da família não é o agente comunitário contrário a figura do recepcionista né, ou plantão sendo firmado, ele faz seu diagnóstico, ele tem o seu olhar, quer dizer uma pessoa que chega na unidade chutando, brigando, quebrando, é fácil de você perceber que alguma coisa está errada, mas alguém que está quietinho né, porque está com dor né, uma dor torácica, você não percebe, quer dizer os que estão quietinhos que nós temos que ter mais preocupação que as vezes eles estão mais frágeis né. Acho que essa situação que está sendo colocada, que acaba que angustia a paciente, a cidadã, ninguém está olhando para ela né, acho que o sistema de saúde proposto que a gente está brigando, que estamos nesse processo de construção, é que ele possa, de fato, a equipe possa fazer a identificação dessa necessidade...

P: Funcionando como um mediador do paciente na busca pelo cuidado?

E: É, porque chegou uma situação de um paciente sangrando, um paciente que foi atropelado, é fácil, quer dizer não que é fácil, você está vendo uma situação que, agora uma pessoa branca, pálida, com dor, quando você está com dor a gente mesmo se reconhece, você está com cara de dor, alguma coisa não está legal, então essa percepção pode ajudar, e as vezes você procura uma unidade, independentemente se você está com dor ou não, você tem uma necessidade, você pode conseguir falar ela para recepção, eu vim aqui por causa disso mas, ela pode não falar, porque ela tem medo, ela não sabe, ela tem vergonha, ela não quer se expor, então você ter uma capacidade de também identificar alguma necessidade que não é referida mas é percebida, então se você consegue, se você chega no lugar, alguém olha para você e olha no seu olho, e pois não, como eu posso ajudar, porque você veio aqui, olha está assim assado, ninguém é, todos vão entender se o médico naquele momento, se ele está numa sutura, se ele está numa urgência, acho que...

P: De compreender a situação...

E: De compreender a situação né, agora sem informação ninguém vai conseguir entender, sem entender qual é a lógica de funcionamento dessa unidade ela também vai ter dificuldade né...

P: Conseguir resolver ou direcionar o paciente para o serviço adequado também diminui consultas e gastos desnecessários...

E: Isso, talvez, então porque isso acontece? Pode ter uma situação que o cidadão quando foi passar com um profissional essa relação foi ruim né, veja a situação que a gente está aqui, se a gente estivesse num consultório, muito provavelmente, você médico e eu paciente, a gente estaria numa posição diferente, e aí já tem uma barreira, já tem serviços aonde o médico e o paciente sentam do lado mesmo, tem uma aproximação né, isso facilita também, é diferente você...

P: Buscando deixar o paciente mais a vontade para trazer suas necessidades...

E: Com certeza...

E: Você está com alguma situação que está incomodando, você precisa ter coragem para ir numa unidade e buscar, aí você chega lá e tem que dar um esporro, é uma situação, ou sei lá, quero uma consulta, vim fazer um check-up, mas aí na hora que você entra nesse consultório que você vai ter contato com esse profissional, não vai ser também num primeiro contato que você vai se sentir segura, pode ser que sim, pode ser que não, na maioria das vezes não porque você não conhece aquele cidadão, então precisa de um tempo para você construir esse vínculo, a construção de vínculo não é uma coisa mágica, no modelo anterior, nesse modelo assistencialista, era mais difícil, você não tinha, você trabalhava com programas sim mas, o modelo vigente, o Programa Saúde da Família ele tem uma outra característica muito importante, é que a gente possa conhecer as pessoas, que eu possa trabalhar nesse território, estar no território dessa minha população e ir construindo esse vínculo né, e ser uma referência, eu preciso ter isso, aonde a unidade de saúde que eu tenho vínculo, eu cidadão, ela é o meu ponto de partida e sempre o ponto de chegada, independentemente se eu vá te que fazer uma cirurgia, ou se eu vou para um outro ambulatório fazer um exame, mas eu sempre retorno para minha origem, é ali que eu sei, onde eu moro, como eu levo a minha vida, minhas informações estão lá, acho que isso é bom porque vai conhecendo as pessoas né, você conhece e vai construindo esse vínculo com as famílias, é mais, acho que a gente tem melhores resultados, quer dizer acho não, as pesquisas que têm sido feitas ultimamente mostram a satisfação de resolubilidade das unidades do Saúde Família...

P: Ela faz muitos elogios para USF que frequenta, e é sua referência mas coloca uma limitação, dizendo que quando precisa de exames, consultas com especialistas, enfim, quando envolve os outros níveis de atenção tudo é muito demorado...

E: Então, acho que ela tem razão né, quer dizer, nós temos fragilidades em alguns lugares e que isso pode de alguma maneira ela estar tendo essa visão mas a unidade que ela está ou as unidades de saúde não mais há a necessidade de se fazer o agendamento indo nos serviços, pode fazer pela própria unidade, então se o sistema está rodando, está funcionando, você tem uma situação mais tranquila, talvez o tempo médio de espera para algum tipo de exame possa estar longo, então você tem que estreitar, isso acontece né, São Carlos não tem problema na ressonância magnética, não tem problema na tomografia mas, tem problema no teste de Holter por exemplo, muitos problemas, não tem problema para fazer uma mamografia, não tem problema para fazer uma endoscopia, até que não está ruim mas o ultrassom já é um problema, colher exame de sangue não tem problema né, mas fazer, sei lá, uma biópsia tem mais problema...

P: Um incômodo meu... as vezes tenho a impressão que alguns profissionais têm um limite de resolução ou encaminhamento diferente no serviço público e no privado, me entende?

E: Entendi, no público parece que você quer ficar logo livre daquilo...

P: E no particular parece que você acaba procurando mais alternativas antes de encaminhar...

E: Então, mas acho que isso é uma situação como se organizou o serviço, exatamente isso, você tem situações que chegam a ser cômicas ou trágicas né, que é aonde eu sou um funcionário de uma prefeitura e eu prestei um concurso para ser clínico então eu vou para uma unidade para realizar atividades clínicas, mas eu sou endocrinologista né, eu tenho especialidade, aí eu fico a frente de um paciente com diabetes e esse paciente vai precisar de um endócrino e eu também sou endócrino, e o paciente acaba vindo pra mim mesmo num outro lugar de trabalho, então acho que é bem isso que você falou né, isso acontece, aqui eu sou clínico aqui eu não sou endócrino...

P: Essa situação, essa postura é cobrada pela organização dos serviços ou uma postura de cada profissional?

E: Então, acho que é um jogo né, esse jogo está sendo jogado nos serviços de saúde né, nessa questão médica, hoje eu estou lá para cumprir uma função, o funcionário público, talvez você esteja vestido com uma roupa de funcionário público e em outro lugar você não é, você está lá como um profissional privado, tem todos os meios de produção e tal, e aqui não, e você faz esse jogo que é, quer dizer nós não precisamos hoje no Brasil de servidores públicos que

façam só uma função né, se eu sou médico eu vou examinar esse paciente eu tenho capacidade de poder prescrever para ele um...

P: Quanto mais eu consigo resolver, melhor para o paciente, e para mim também, eu penso...

E: Então, se eu estou lá, como profissional de saúde, eu sou um servidor público, eu tenho que estar pensando no outro mais do que em mim né...

P: Com certeza, digo pra mim por conseguir desempenhar o meu trabalho...

E: Mas assim né, nesse momento eu estou lá, eu sou médico, eu fiz clínica, depois eu fiz endocrinologia, eu estou no serviço público, e eu sou clínico, eu só vou até onde os clínicos vão, independentemente do meu conhecimento, aí ela está pensando só nele, ele não está pensando no paciente, e aí ele olha e fala, o problema é seu, você precisa colher uma glicose de jejum, uma pós prandial, vai precisar disso daquilo, aí ele manda para o especialista. Então, essa situação acho que é um paradigma que precisa quebrar né...

E: Então ter que cumprir a função naquela que você fez esse pacto aí né, chega a ser né, tem uma situação que é verdade, não é uma estória ou foi inventado, é verdade, tem um caso de um paciente que procura uma unidade X, com uma questão, paciente diabético, precisava acertar a medicação, o cidadão atende tal, apesar de ser endócrino, como clínico ele encaminha para o Centro de Especialidades, no dia da consulta é o mesmo cara, que lá ele é endócrino né, quer dizer, você gastou duas consultas, o paciente correu risco porque se ele já tinha feito o diagnóstico que ele poderia estar precisando de uma adequação ou uma alteração de substância da medicação que você poderia ter feito e não fez né...

P: Poderia ter sido mais ágil...

E: Poderia. Então você poderia ter uma situação melhor, a partir do momento que você está lá para identificar necessidades de saúde e fazer o melhor plano terapêutico com as informações, as evidências que você tem... Então, acho que esse salto é importante, mas essa percepção é tanto do nosso lado que está faltando, nós profissionais de saúde, do lado de cá, e também da sociedade, que ela precisa conhecer esse Sistema, ter clareza sobre isso, do que nós estamos falando, do que ela tem direito né, de quais são tecnologias estão a disposição né, acho que essa é uma situação que está precisando ainda, nós ainda estamos jogando esse jogo né, e você tem essa coisa que dá muito raiva no gestor né ou num outro profissional que está tentando fazer...é...dar o seu melhor para aquele cidadão que está procurando o serviço, a gente tem esses dois modelos hoje na cidade convivendo né...estão vivendo juntos, e que por um lado, a sociedade gosta, porque ela quer ir no ortopedista, ela quer ir no ginecologista, ela quer ir no odontólogo né, eu quando estava numa unidade de saúde da família como preceptor né, a gente escutava isso né, como foi o atendimento lá D. Joana? Ah... foi tudo bem né, passei lá

no acolhimento, o dentista me atendeu identificou minha necessidade, viu que não era uma questão emergencial e fez o agendamento da consulta, mas o médico estava lá né, quer dizer...

P: Tem os dois lados né, o que a gente expõe e o que a pessoa espera...

E: É, acho que isso a gente ainda precisa melhorar...

P: Depois disse assim:

“Os profissionais têm que ter paciência, porque como eu falo pra você, se é uma pessoa nervosa, o profissional não dá atenção, ela fica desesperada, o profissional tem que ter paciência e amor naquela pessoa; aquela pessoa não tá indo lá porque quer: é uma necessidade. Olha, vou falar um negócio pra você, o Dr. VH não é uma pessoa de conversar muito, mas é muito atencioso; então você se sente bem com a pessoa. Agora, se é um médico que nem olha na sua cara, você fala com ele e ele é estúpido, fica mais doente, fica nervosa, daí fica doente, daí sua pressão sobe, descontrola, muda tudo.”

Mesmo conhecendo as limitações do sistema, demonstrou valorizar a assistência humanizada e a sensação de sentir-se acolhida. Essa humanização e acolhimento influenciaram positivamente o desenrolar do tratamento e reforçaram a escolha feita pela entrevistada, o que ficou evidente quando ela concluiu que “muda tudo”.

A entrevistada também tornou-se paciente, em consequência da humanização do cuidado e mais compreensiva em relação ao novo modelo assistencial. Acatou, devido a isso, o modo como esse sistema passou a se organizar e encontrou alívio para sua angústia dentro desse sistema, ainda que o mesmo não seja perfeito ou ideal. Como você percebe a relação entre a humanização do cuidado e as deficiências percebidas no sistema?

E: É interessante que ela, essa paciente fala de dois atendimentos diferentes né, e que isso de alguma maneira até se você tiver um atendimento mais duro, mais ríspido isso faz mais mal para você também, para entender, quer dizer esse movimento né da gente procurar o profissional da saúde, já é um movimento difícil, nós brasileiros, nós não gostamos muito disso, a gente releva, a gente não quer ir, vou tomar uma coisinha, um comprimido, um melhoral, uma água com açúcar, calminha, abana, eu não, eu vou amanhã né, eu vou melhorar...

P: Se eu pudesse, eu não iria...

E: Isso, se eu pudesse não iria, e aí a gente tem essa situação de só cuidar da saúde quando a gente está doente né, tem exceções evidentemente, claro, mas a maioria, o homem não gosta de ir ao médico porque ele é homem, ele é macho, ele não fica doente né, tem que trabalhar...

P: Tem uma questão cultural por trás né...

E: Tem a questão cultural muito importante também, a mulher tem o cuidado melhor em relação a isso né, na questão das patologias, do câncer né, ela tem um cuidado maior né, mas ela também, sim ela está em outro nível com certeza, mas o homem é mais resistente, se você chega num andar e fala olha queria uma consulta, ah não tem médico hoje, por exemplo né, ou queria uma consulta, ah só para daqui seis meses, né, então esse distanciamento, a pessoa chega num serviço de saúde, ela quer uma coisa, e você é muito fácil você falar eu não tenho essa coisa né...

P: Eu não tenho e não me importo...

E: E não tenho nenhuma atenção, ou eu até consigo esse procedimento, essa consulta, esse exame e tal, mas do outro lado, não há nenhuma reação de interesse, de atenção para com esse cidadão ou você tem uma postura, não sei, arrogante ou dispersa ou não olha para a pessoa ou até mal educado, eu vejo no seu trato, mostrando a sua insegurança talvez, ou tenha alguma situação, isso é péssimo né...

P: Mostrar preocupação na verdade com o outro né...

E: Olhar, então eu acho que isso não vai fazer bem, isso vai de alguma maneira também manter essa distância né do cidadão com o serviço de saúde né, ele não se sente acolhido, respeitado, enfim, acho que isso é o antes né, o modelo antigo igual está nessa questão, quer dizer na hora que ela vai numa unidade e ela fala, que ao mesmo tempo ela vai num lugar que ela está sentindo que, olha, tem iluminação, tem ventilação, tem uma cadeira, um banco, sentar, pessoas que são atenciosas, falam bom dia, pois não, foco, toca o telefone ela não atende, ela mantém aquele foco né, enfim, o Programa Saúde da Família trabalhando a questão da humanização e do acolhimento, isso dá uma condição diferente para a pessoa né, você chega num lugar, lembrando de uma situação que eu estava passeando em outro país com o meu cunhado junto, nós fomos juntos, nós acabamos de chegar e entramos num, chegamos lá em Portugal e fomos comer alguma coisa, e chegamos e dissemos assim: ó dois pastéis e tal, o cara do balcão virou e falou assim: bom dia meu senhor né, aí enfim, quer dizer, estranho né, perdão, bom dia né, pois não, o que eu posso né, é diferente né, então acho que essa é uma questão bastante forte né, também é uma coisa, a gente tem um monte de terminologia nova hoje, o modelo está mudando, mas na verdade nós fomos se perdendo um pouco talvez, essa questão mais, acho que de respeito né, porque você está num serviço de saúde, você é um profissional e está lá para atender as pessoas, não dá para você tratá-los mal, ele vai embora né, quer dizer, então, ah aquele lugar é humanizado, aquele lugar, então mas eu não consigo entender um atendimento de algum profissional de saúde né para alguém que

está com algum tipo de necessidade atender desse jeito mas, vamos, acho que nós perdemos um pouco disso ao longo do tempo e estamos tentando recuperar né...

P: Olhando pelo lado da gestão, essa atenção humanizada, de certa forma, não minimiza as reclamações relativas às deficiências do serviço? Como você vê isso?

E: Então, quer dizer se eu tenho um serviço que é para as pessoas, essas pessoas têm que fazer parte desse processo, ela tem o direito ou ela tem o dever de fazer uma avaliação desse serviço, não no sentido de, no sentido de melhorar mesmo né, acho que isso é muito importante, agora, nós profissionais de saúde também não nos acostumamos muito com isso né, e sempre num nível de...

P: Vendo a avaliação como algo ruim e não como uma tentativa de melhora.

E: É, isso, nós não temos essa cultura da questão da avaliação né...

E: Então, a sociedade precisa, a unidade é delas, a unidade é pública né, a gente precisa cuidar dela, nós enquanto profissionais e nós enquanto usuários, acho que é uma coisa importante, e tentar fazer um olhar, quer dizer, nós, a questão da crítica ela já é uma palavra um pouco...que pra nós num senso comum é uma coisa negativa, não, ela não é, você tem a crítica positiva e a crítica negativa né, então...

P: Como a gente as encara para melhorar né?

E: É. Então, ou como é como eu estou percebendo, sentindo aquela situação, e penso ou faço o planejamento para que isso possa, de alguma maneira, é....melhorar né....melhorar meu processo de trabalho...

P: Tentar fazer diferente.

E: É um movimento né, acho que a sociedade está participando mais disso já né, mas nós temos que estar preparado para a situação porque dependendo da nossa história profissional, da nossa formação, não vamos aceitar muito bem tudo isso né, porque eu estou sendo cobrado né, é, é verdade, a própria resolução que demorou bastante para acontecer, não sei se, do consentimento hoje né, quer dizer você precisa combinar com o paciente, ou contar para ele tudo o que vai acontecer, e é ele que tem que decidir né, não é mais a gente né, se voltar atrás há 30/40/50 anos né, nós profissionais universitários, dentistas, médicos, enfim, nós mandamos né...

E: A própria decisão recente do conselho federal de medicina, da questão de estar no código de ética novo, que é do consentimento, o paciente precisa, não adianta você fazer um diagnóstico, implementar um plano terapêutico, e o paciente não se sentir, ele pode não fazer nada disso né...

P: E virar as costas e ir embora...

E: Então isso acho que isso faz parte do cuidado na verdade né, ele é muito além de um diagnóstico, de um plano terapêutico só né, o paciente precisa estar, as vezes você não tem, você não consegue fazer um diagnóstico, você cria uma hipótese diagnóstica, você precisa implementar uma terapêutica para descartar aquela hipótese, então seu eu faço isso e não conto para o meu paciente e ele não tem uma resposta satisfatória e pra mim isso é muito importante, se eu não contei isso pra ele, ele não volta, o médico errou, porque quando é patognômico né, quando isto é aquilo, acabou né, se o diagnóstico é preciso né, e a terapêutica é a mesma, a medicação é essa, não tem erro, mas não é assim, talvez esses são problemas estruturados né, tudo certinho né, clínica perfeita, referentes familiar, pessoal e tal, tranqüilo tá, mas na vida real não é assim, é desestruturado, é outra coisa, os sinais e sintomas não são iguais, cada hipertenso é hipertenso, cada dente é um dente, cada boca é uma boca, a sensibilidade é individual, a resposta também é individual, então eu preciso, essa relação...

P: Enfrentar e conhecer cada paciente.

E: Faz toda a diferença, e assim, reforço uma situação, que eu acredito, é que isso é para a equipe, todos têm a sua função, todos, mas assim, o perceber uns podem ter né, não sei, mais feeling né, mais sentimento ou...

P: A percepção de cada um vai variar né?

E: Também né, não basta só olhar, tem que ver e enxergar, não basta só ouvir, tem que escutar né...

P: Como a gente vai trabalhando e melhorando a cada dia né...

E: Exatamente, esse é o processo, acho que é isso...

P: E finalmente disse assim:

“Quando eu tava com a sonda de alimentação, eu não sei como é que foi, de noite, se bati a mão, tirei a sonda, daí eu perguntei lá no postinho; eu não, foram perguntar pra mim lá, meu filho, não sei, diz que lá não dava pra colocar, não sei por que, então mandou que eu fosse no Hospital- Escola, e lá uma enfermeira me atendeu. Menina... mas ela não tinha prática... que sacrifício que eu sofri (para recolocar a sonda).”

Só a postura pessoal de quem trabalha na assistência não é suficiente para a qualidade que se espera de um cuidado em saúde. É importante, também, qualificação técnica desse pessoal, como nos foi relatado. Como a gestão está/estava se organizando em relação à avaliação e qualificação dos profissionais do SUS?

E: É, isso é uma coisa muito importante né, então, a gente tem problemas acho que de alguma maneira, se eu tenho um serviço que tem uma demanda e eu não tenho profissionais de saúde, é um cenário, vou pegar um outro cenário, eu tenho demanda, eu tenho um serviço e eu tenho

uma oferta de profissionais né, então são cenários diferentes né, a gestão também precisa olhar assim, do que vale a pena, quer dizer, eu ter um profissional que tem fragilidades, mas que também tem fortalezas, ou não ter o profissional né, então, você não vai conseguir nesse momento no sistema público como um todo, você, não dá para ficar, você não tem grandes, você tem necessidades de profissionais, seja porque não tem mesmo, seja porque no seu serviço não tem recursos para poder contratar profissionais, enfim, você pode ter uma série de coisas, mas é fundamental que você possa em cada serviço, seja ele hospitalar, na recepção ou no atendimento direto ao paciente, numa internação, enfim, que você possa estar fazendo a reflexão sobre o que está acontecendo ou falava-se de prática em serviço no passado né, na verdade é ver o que estou fazendo, tem que fazer uma avaliação do que estou fazendo para poder melhorar, o caso que ela aponta era colocar uma sonda nasogástrica, não é um procedimento, é um procedimento de baixa complexidade, eu entendo, que pode tranquilamente ser feito na unidade, por quem?, pelo profissional universitário, pela enfermeira, depende da situação né, claro, as vezes passar uma sonda nasogástrica pode ter algum tipo de dificuldade, algum problema, uma massa tumoral, enfim, mas geralmente não é difícil, tem uma técnica né para você fazer isso, é um procedimento médico?...ah...eu já tenho controvérsias sobre isso, eu não acho que seja um procedimento exclusivamente médico, claro que precisa saber anatomia, precisa saber o que você está fazendo, por onde você está passando a cânula tal, mas é um procedimento tranquilo, e essa unidade poderia de alguma maneira estar fazendo esse procedimento, agora se, mais importante que isso, bom, eu tenho uma realidade que eu procurei uma unidade, tinha problema numa sonda e..., aquela equipe precisa fazer a discussão disso...

P: Na unidade.

E: Na unidade, porque que a gente não passou?, nós podemos passar uma sonda?, qual a dificuldade que a gente tem?, tem algum impedimento ético, técnico?, qual é a situação?

P: Qual foi o problema?

E: Eu tenho sonda disponível?, porque eu posso não ter aquele equipamento né, aquele material para fazer o procedimento né, sim, mas como é que é isso?

E: Então, acho que cabe, cabe sempre um processo de reflexão, sempre uma situação que apareceu, seja ela boa ou ruim, se ela existiu ou não existiu, você vai ver isso depois da avaliação, no sentido de você poder manter essa situação rodando né, movimento...

P: Numa próxima vez...

E: Movimento vai aparecer um novo caso, como você vai ver essa situação. E lá no hospital quando aconteceu, quer dizer, aparentemente pela fala, você tem um lugar que você vai fazer

esse procedimento com certeza né, passar uma sonda, nasogástrica pelo jeito, e a pessoa que fez o procedimento, pelo relato, tem fragilidades no processo, no processamento, como fazer isso, alguém tem que estar vendo isso né, quer dizer, ela pode de alguma maneira, se você tem um serviço trabalhando em equipe, trabalhando pra cima, não penalizando aquele que não sabe e sim identificando uma fragilidade e fazendo um investimento para que você tenha um movimento de melhorar a qualidade, então ela ter, ela poder lá no ambiente de trabalho, colocar essa situação, que ela teve um caso hoje, um procedimento assim assado, e ela teve dificuldade para realizar, ela precisa treinar, ela precisa de uma outra situação, então ela tem que ter, o serviço tem que permitir...

P: Poderia ter sido trazido por ela também né...

E: Ela poderia ter trazido isso, a própria profissional, hoje eu tive uma dificuldade nesse sentido, eu não sabia que sonda eu passava, se era oito, se era dez, se era doze, se era assim, se era assado, tive dificuldade, se ela tinha desvio de septo, se ela não tem, como é que é, enfim, isso poderia estar acontecendo. Agora, a pessoa também, o paciente, ela tem que também participar desse processo e fazer uma crítica né, seja pessoalmente com a pessoa, reclamando, o acompanhante, ou fazendo uma questão formal, de que o procedimento teve problemas, ela teve algum tipo de dor, a situação, é um alerta, é uma sentinela, é uma sensação...

P: Aos poucos ir construindo...

E: Esse movimento é importante...

P: Além das limitações a questão cultural né, com as pessoas “abertas” é mais fácil...

E: A questão da punição né, quer dizer, eu não vou falar porque eu vou mostrar uma fragilidade e eu posso perder meu emprego, então, isso é verdade no mundo real, você tem essa situação né, mas você tem instituições, você tem serviços, você tem empresas que quando identificado uma situação dessa vão fazer um investimento né, é gente, pessoas, e veja, se você é um paciente, que precisa de um procedimento, e se você procura um serviço que nunca faz aquele procedimento, e se você procura, a mesma pessoa, vai num outro serviço que faz aquele serviço rotineiramente, a destreza, a habilidade é diferente, então, o primeiro serviço vai ter muita dificuldade para fazer aquilo, o outro não, então, determinados serviços, serviços de mais especialidades, maior complexidade, tipo fazer um “stentil”, mexer no coração tal, não dá para ter serviço em toda esquina né, porque você não vai ter profissionais, ou você não vai ter volume para manter o seu processo de, de destreza, de habilidades, de...

P: Por isso dividiram-se os serviços, mas pensando na articulação entre eles né...

E: Não é?

E: Então, acho que uma coisa bastante rica né, quer dizer, o cidadão pode de alguma maneira manifestar a sua crítica positiva ou negativa em relação ao que ele recebeu daquela instituição, não no sentido de penalizar, mas no sentido de poder colaborar na construção, na melhoria do processo, o profissional tem que ter a capacidade, a liberdade né, mas o serviço precisa fazer essa ação, essa reflexão, esse movimento no sentido de você estar melhorando né, o investimento nas pessoas ele é contínuo, ele é contínuo né...

P: Como você vê a saúde em São Carlos nesse contexto em comparação às outras cidades né,?

E: Nós fizemos uma pesquisa né, o professor Barba, o prefeito né, no início do ano passado, estava uma avaliação bastante grande, no rádio né, toda hora falando que foi mal atendido aqui e aí e acolá, e nós fizemos uma pesquisa, foi uma pesquisa de governo, para avaliar todo o governo municipal né, e ela mostrou situações que, porque deram uma nota boa para o Barba, não lembro, acho que oito né, e aí a pergunta era a seguinte: por que você deu oito para o Barba?, por que você deu essa nota para o prefeito ?, porque a saúde melhorou, a saúde era responsável pela nota, e ao mesmo tempo quando perguntado o que estava ruim na cidade, era a saúde né, então o prefeito entendeu que seria importante estar fazendo uma pesquisa para gente poder olhar para que, de fato, estava acontecendo com a saúde no município, e o resultado foi que, eu não vou lembrar exatamente, mas 76% das pessoas que procuraram o serviço de saúde, nos últimos 6 meses, tiveram seu problema resolvido, uma coisa bastante grande, 76%, quase 80%, de quem procurou o serviço e teve uma necessidade e seu problema foi resolvido né, a avaliação dos profissionais deram uma nota alta também, fez do pessoal administrativo, do nível médio e universitário, você tinha uma avaliação positiva, da equipe, do médico, do enfermeiro, da agente comunitária né, tinha problemas, na infra-estrutura das unidades, que nós sabíamos, que são pequenas, que não né, uma coisa bastante positiva, o clima das pessoas também era, porque se você conhece outros serviços de saúde de outros municípios e como você compararia essa situação, então as pessoas se conheciam e faziam uma avaliação melhor daqui do que de lá, então, aquilo que se falava tinha outros tons, tons políticos ou situações que realmente teve problemas né, mas isso não era a maioria...

P: A comparação nesse sentido é importante né?

E: E o município teve um ganho bastante grande nesse sentido...

P: Acho que é isso Arthur, muito obrigada pela sua colaboração.

E: Fechamos Ana Paula?

P: Acredito que sim.

E: Estou a sua disposição, se você não entender alguma coisa na hora de transcrever, precisar repetir alguma coisa ou alguma coisa a mais.

P: Muito obrigada.

APÊNDICE 5

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O SEGUNDO SUJEITO-VÉRTICE

- Ao entrevistarmos uma pessoa com câncer em relação ao seu itinerário terapêutico no sistema de saúde, teve uma parte em que ela falou assim:

“(...) daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME, com o Dr. X, que eu até já era paciente dele, já tinha feito uma cirurgia nas costas com ele... Daí fui lá com o Dr. X, ele falou que ia demorar uns três meses, eu fiquei apavorada né(...).”

Ou seja, uma pessoa que é cuidada no SUS por causa de um câncer comentou que foi encaminhada da USF para o CEME. Chegando lá ela foi informada pelo próprio médico que a atendeu que o acesso ao tratamento demoraria cerca de três meses. Essa demora deixou a pessoa apavorada. Como você percebe essa questão da demora e o significado disso para uma pessoa que tem câncer e deseja livrar-se dele o mais rápido possível?

- Em outra parte falou assim:

“No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência. Naquele tempo o SUS era diferente, né; nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo (...).”

A pessoa teve duas experiências diferentes com o sistema de saúde. Uma, no passado, quando teve câncer de mama, e outra mais recente, quando precisou de cuidados devido a um câncer na boca. Ao relacionar tais experiências entre si, percebeu que o sistema de saúde mudou. Assim e diante de suas expectativas, identificou uma limitação da qualidade de como funciona o sistema de saúde hoje, moroso. Ao que parece, a agilidade em resolver o problema do usuário foi muito importante para nossa entrevistada uma vez que ela vinculou esse atributo a um conceito de perfeição ao dizer que, por ser ágil, o sistema era “maravilhoso”. Desse modo, ela construiu uma noção de que o sistema de saúde vigente demanda aperfeiçoamento. Como você percebe a mudança de modelos assistenciais e a vivência dessas pessoas nesse contexto?

- Finalmente, a entrevistada sintetizou sua percepção sumária sobre o sistema de saúde vigente da seguinte maneira:

“Isso é bom, mas, ao mesmo tempo, hoje tem muita gente. Hoje eu tenho Unimed, porque assim, eu tenho vários problemas, né. Fiz cirurgia do coração, pressão, essas coisas tudo... então se você marca, tem que ir no postinho, o postinho tem que passar pra especialidade... até voltar demora muito. Com o Dr. Y o postinho é maravilhoso. Ele atende a gente que é uma beleza, mas, ele não é especialista em todos os caso, né. Então, quando precisa de especialista o postinho demora; se precisa de exame demora. Tanto é que quando fiz a cirurgia teve vários exames que fiz particular porque ia demorar muito e eu tava afobada e nervosa com a minha situação, né.”

Pelo visto, ela percebeu que o sistema público de saúde tem uma hierarquia institucional de fluxo lento, caracterizada pela diferença de resolubilidade entre os diversos níveis da atenção. Definiu a atenção básica como acolhedora, mas pouco resolutiva; muito dependente, pois, do restante da rede de cuidados e subordinada às deficiências desta. Identificou que, paralelamente a este sistema, há um recurso privado ao qual precisa recorrer para não sofrer desgastes relacionados às deficiências operacionais do sistema público, compreendendo que a agilidade do sistema privado, comparada à do sistema público, deriva do pequeno número de demandantes que ao mesmo recorrem. Ainda nessa comparação entre público e privado, valorizou a humanização no sistema público.

Nessa síntese, portanto, a entrevistada entendeu que, para que o SUS se torne mais ágil e resolutivo, precisa ampliar sua capacidade instalada; e que o não atendimento a essa demanda dá oportunidade de sobrevivência ao setor privado na área da saúde. Pelo visto, a tendência dela é favorável ao sistema público, mas os problemas estruturais e funcionais deste impelem-na a manter algum apego ao sistema privado.

Como você avalia isso e como a Regulação tem se organizado para acolher as pessoas e suas necessidades, levando em consideração esse relato?

APÊNDICE 6

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O SEGUNDO SUJEITO-VÉRTICE

P: Ao entrevistarmos uma pessoa com câncer em relação ao seu itinerário terapêutico no sistema de saúde, teve uma parte em que ela falou assim:

“(...) daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME, com o Dr. X, que eu até já era paciente dele, já tinha feito uma cirurgia nas costas com ele... Daí fui lá com o Dr. X, ele falou que ia demorar uns três meses, eu fiquei apavorada né(...).”

Ou seja, uma pessoa que é cuidada no SUS por causa de um câncer comentou que foi encaminhada da USF para o CEME. Chegando lá ela foi informada pelo próprio médico que a atendeu que o acesso ao tratamento demoraria cerca de três meses. Essa demora deixou a pessoa apavorada. Como você percebe essa questão da demora e o significado disso para uma pessoa que tem câncer e deseja livrar-se dele o mais rápido possível?

E: Eu acho que a questão da demora né, é..., a gente percebe que a demora é do profissional, eu acredito que a avaliação dele né, existem cânceres benignos e malignos, então ele sabe quem ele passa na frente, quem ele não passa né, eu acho que vai muito da avaliação e do tempo do profissional, e não do serviço em si, o que está correlacionado né, agora é lógico né se eu tenho um câncer ou benigno ou maligno eu também quero me livrar dele, ele é um câncer né...

P: Como a tuberculose antigamente né...

E: Isso...

P: Existe toda uma “carga” que acompanha a doença né...

E: Claro... então eu acho assim, a questão do relacionamento, do vínculo paciente e profissional é muito importante, até porque a avaliação numa vez eu fui atendida rápido por ele mesmo, e hoje o meu caso vai demorar, talvez se ele desse a oportunidade dela falar e ele conversasse com ela, talvez ele poderia explicar o porque dessa demora, não só por conta da fila, que tem vários pacientes, mas, eu espero que seja, pela gravidade do problema né...

P: Outra questão na fala dessa pessoa é que ela tinha uma crença que o fato de já ser paciente antiga desse médico agilizaria o acesso ao tratamento, mas, isso não aconteceu e a pessoa ficou decepcionada com a frustração dessa crença. O que você acha disso?

E: Então, na minha visão assim, a gente acha que ele vai atender porque ele já me conhece, sou paciente dele né, ou já tive um problema correlacionado né, mas muitas vezes não é

assim, a gente também não está lá, não posso julgar o que o profissional está pensando, mas eu avalio a questão do risco, eu acho que ele avalia a questão do risco né...

P: Acho que é o esperado né...

E: Com certeza, acredito que sim né...

P: Em outra parte falou assim:

“No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência. Naquele tempo o SUS era diferente, né; nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo (...).”

A pessoa teve duas experiências diferentes com o sistema de saúde. Uma, no passado, quando teve câncer de mama, e outra mais recente, quando precisou de cuidados devido a um câncer na boca. Ao relacionar tais experiências entre si, percebeu que o sistema de saúde mudou. Assim e diante de suas expectativas, identificou uma limitação da qualidade de como funciona o sistema de saúde hoje, moroso. Ao que parece, a agilidade em resolver o problema do usuário foi muito importante para nossa entrevistada uma vez que ela vinculou esse atributo a um conceito de perfeição ao dizer que, por ser ágil, o sistema era “maravilhoso”. Desse modo, ela construiu uma noção de que o sistema de saúde vigente demanda aperfeiçoamento. Como você percebe a mudança de modelos assistenciais e a vivência dessas pessoas nesse contexto?

E: Eu acho que a diferença, na minha percepção, é o caso dela, anterior um caso de mama e agora um câncer de boca né, eu acho que a avaliação de risco é que teve essa questão da agilidade ou não, não acredito que o sistema hoje seja mais moroso do que naquela época, muito pelo contrário, hoje nós temos mais tecnologia, mais formas de agilizar, muito mais profissionais do que antigamente né, eu acho que aí foi a questão da avaliação de risco, pode ser que o sistema tenha falhado, no acolhimento, na escuta né, na avaliação, mas cegamente a gente percebe isso...

P: Vocês têm um controle...

E: Lógico que sim...

P: E qual é a demanda para esse caso específico?

E: Não, não é uma demanda tão grande, na realidade hoje nós temos, eu acredito, na rede nós temos dentistas praticamente em todas as unidades, todos os PSFs, acho que exceto o Santa Angelina, tem dentistas...

P: Para fazer a detecção...

E: Isso, faz a detecção, temos o Centro de Especialidades Odontológicas, acho que hoje as pessoas tem mais acesso né, por isso os casos são pegos mais rapidamente né, não

necessitando, às vezes, de uma cirurgia tão invasiva né, tão grande, hoje a detecção é mais rápida do que antigamente, agora os casos de câncer estão crescendo no mundo inteiro, por conta do fumo né, do álcool né, isso tem aumentado muito, mas eu acho que a detecção precoce também tem ajudado...

P: Todos os casos detectados conseguem atendimento necessário?

E: Serão atendidos com certeza...

E: E hoje, às vezes, o profissional odontológico ele está tão ligado que às vezes uma ferida, uma lesão por conta do uso de uma dentadura, ele até acha que é um câncer, ele está mais voltado para isso, ele está mais atento, antigamente você nem tinha isso...

P: E quando a reabilitação se torna necessária, existe estrutura para isso, como o município está preparado?

E: O sistema né, ele tem referências, o que ele não tem aqui, ele tem garantido em outros lugares, geralmente os cânceres mais avançados, eles acabam sendo atendidos nos grandes hospitais né, que são referência, e que tem toda essa reabilitação garantida né, porque você não vai ter um serviço em cada município para reconstruir um nariz, por exemplo...

P: Não vai haver habilidade e quantidade para isso...

E: E nem quantidade suficiente de profissionais diferentes para isso, então, por isso que são garantidas as referências e o serviço gera esse dado, principalmente nessas altas complexidades, porque não dá né, de alguma forma mesmo que não tenha o atendimento aqui, ele tem garantido em outro lugar...

P: Finalmente, a entrevistada sintetizou sua percepção sumária sobre o sistema de saúde vigente da seguinte maneira:

“Isso é bom, mas, ao mesmo tempo, hoje tem muita gente. Hoje eu tenho Unimed, porque assim, eu tenho vários problemas, né. Fiz cirurgia do coração, pressão, essas coisas tudo... então se você marca, tem que ir no postinho, o postinho tem que passar pra especialidade... até voltar demora muito. Com o Dr. Y o postinho é maravilhoso. Ele atende a gente que é uma beleza, mas, ele não é especialista em todos os caso, né. Então, quando precisa de especialista o postinho demora; se precisa de exame demora. Tanto é que quando fiz a cirurgia teve vários exames que fiz particular porque ia demorar muito e eu tava afobada e nervosa com a minha situação, né.”

Pelo visto, ela percebeu que o sistema público de saúde tem uma hierarquia institucional de fluxo lento, caracterizada pela diferença de resolubilidade entre os diversos níveis da atenção. Definiu a atenção básica como acolhedora, mas pouco resolutiva; muito dependente, pois, do restante da rede de cuidados e subordinada às deficiências desta. Identificou que,

paralelamente a este sistema, há um recurso privado ao qual precisa recorrer para não sofrer desgastes relacionados às deficiências operacionais do sistema público, compreendendo que a agilidade do sistema privado, comparada à do sistema público, deriva do pequeno número de demandantes que ao mesmo recorrem. Ainda nessa comparação entre público e privado, valorizou a humanização no sistema público.

Nessa síntese, portanto, a entrevistada entendeu que, para que o SUS se torne mais ágil e resolutivo, precisa ampliar sua capacidade instalada; e que o não atendimento a essa demanda dá oportunidade de sobrevivência ao setor privado na área da saúde. Pelo visto, a tendência dela é favorável ao sistema público, mas os problemas estruturais e funcionais deste impele-na a manter algum apego ao sistema privado.

Como você avalia isso e como a Regulação tem se organizado para acolher as pessoas e suas necessidades, levando em consideração esse relato?

E: Na realidade eu concordo com ela quando ela diz que nós temos problemas estruturais e funcionais, e este problema não é a tecnologia, eu acho que é a baixa tecnologia, a questão do acolhimento, da avaliação de risco, hoje a Regulação né, como eu estou na Regulação, eu consigo dizer para você que em termos de diagnóstico, exames diagnóstico, a gente tem uma agilidade né, a gente consegue fazer um exame, mesmo uma ressonância magnética, um ultrassom, em dois, três dias, mesmo no ambulatório que o paciente não está correndo risco de vida né, porque urgência está nos hospitais e não nas unidades básicas né, mas dá para fazer uma avaliação né e ver a questão da gravidade, então mesmo que eu não tenha agenda eu consigo agendar um exame com o prestador, porque a gente tem uma parceria público e privado né muito grande, então a gente consegue, mas a gente vê que a avaliação né, que a escuta e a conversa entre os serviços é complicante, porque as pessoas não escutam, elas não fazem uma avaliação de risco, mesmo que elas o fazem, elas não conseguem passar a diante, porque ela poderia pegar o telefone, ligar para o profissional lá na Regulação, o profissional da Regulação também muitas vezes peca também, porque ele fala não tenho agenda, mas ele não falou para a chefia, ele não fez um contato direto com o serviço, então assim, a gente tem de todos os lados o problema né, eu não dou oportunidade para o paciente falar comigo, as vezes quando eu dou, eu não faço uma avaliação de risco correta, ou faço e não passo pra frente e quem está lá na frente no agendamento também não passa para o prestador e não troca uma idéia sobre um caso...

P: Eu achei interessante, em algum momento você disse que vocês da Regulação, também tem um contato com os pacientes...

E: Sim. Por que na realidade a regulação começa na porta de entrada, você que está com o paciente, você sabe melhor do que eu o que ele está passando né, eu faço uma avaliação terceirizada né, talvez existam coisas que eu não esteja vendo né, mas a gente tem que treinar os profissionais para a avaliação de risco né, e sabendo que tudo é possível, a gente faz essa conversa nas unidades, pelo menos uma vez por ano, os profissionais da Regulação vão até a unidade, isso é uma experiência de dois anos só né, muita dificuldade, muita conversa com o profissional médico né, da equipe raramente, as vezes na unidade de saúde da família você consegue conversar com ele e trocar essa idéia, falar que a regulação começa lá, e essa troca de informação entre um e outro né, porque o regulador ele regula o que está escrito, se você escreve as vezes ele nem confia no que você escreve porque ele já viu tanta barbaridade, que chegou pra mim...

P: E os protocolos?

E: Sim, existe um protocolo básico para você trabalhar, lógico nunca pode ser engessado porque..., não quer dizer que um profissional lá não vê, até porque a gente busca resolutividade, a gente busca resolutividade, a gente tem que dar um pouco de independência para ele, e se ele fizer uma boa justificativa né, um atendimento precoce é melhor para o paciente né...

P: A maioria dos casos devem se encaixar nesses protocolos, agora o que está fora existe abertura para conversas e certa autonomia do profissional...

E: Sim, sim...

E: E quanto ao sistema privado na realidade a gente sabe que hoje existem vários tipos de planos, não é bem assim, eu consigo uma consulta de urgência num profissional para dois dias né, uma urgência relativa, e no consultório dele você marcar no mínimo quinze dias, eu conheço um monte de gente que procura o sistema público para fazer atendimento com aquele profissional porque a agenda dele no privado é muito demorado né, e eles não tem acesso a tantos exames e a tantas facilidades como tem no sistema público né...

P: O sistema privado se divide né, os planos e o particular mesmo né, e para eles o que parece estar em primeiro lugar são os custos e consequentemente o lucro né...

E: Claro, o que o SUS não coloca, visualiza o bem estar do profissional e do paciente...

P: Mesmo no SUS é preciso pensar nos custos, mas não como foco principal né...

E: Não é o foco principal, ainda bem né...

P: Existem pessoas comprometidas com isso também né...

E: Ah existem, eu acho que a gente não pode julgar né numa linha reta de forma alguma, existem profissionais que se sobre-saem, muito pelo contrário, a gente que está aqui todos os

dias, eu sei que os problemas tem nome e endereço certos, sabe, aquele profissional que não conversa com o paciente, aquele profissional que não faz avaliação, aquele profissional que é o problema, existe muita gente boa, tanto é que o sistema está aí sobrevivendo, cada dia crescendo mais, por conta das pessoas que trabalham nele, porque existe muita gente que faz a diferença né, agora existe muita gente que dificulta né o sistema, que são os problemas do sistema, existe, com certeza existe porque a gente sabe que esses problemas tem nome e endereço certos, mas Graças a Deus existe muita gente boa...

P: Eu agradeço a sua abertura para essa entrevista, está sendo muito legal conhecer o lado da Regulação por algumas situações, não é um serviço com as portas fechadas, o que pode ser a impressão de alguns...

E: Não pode ser...

P: Você se demonstrou aberta para conversas...

E: Até porque se você não participa do processo, se você não escuta tanto o profissional de saúde como o próprio paciente, tem profissional que as vezes questiona porque que eu tenho que fazer um pedido, não é porque é assegurado, ele não sabe que a administração pública faz contratos, por meio de licitação, que tem que seguir a lei né, porque eu tenho dois contratos diferentes, pode ser um exame de patologia clínica, mas são exames diferentes né, de subgrupos diferentes, e que eu tenho contratos diferentes, e se ele pergunta e você explica, ele entende...

P: E por que não se pergunta mais?

E: Isso, talvez seja isso, pergunta mais...

P: Tenho a impressão que as pessoas às vezes tem medo de perguntar...

E: Talvez por causa da figura do profissional que estava antes né, acho que até um paradigma né todo grande em cima da saúde, de trabalhos não centrados em equipe, centrados em profissionais né, então acho que isso é muito difícil, e é um processo que por mais que você trabalhe nesse processo de comunicação, de interligação, de trabalho em equipe, é um processo longo, acho que eles vão mudar ao logo do tempo, eu não vou colher os frutos agora né...

P: É difícil mudar a cultura... será que vão notar que estou querendo melhorar ou estou expondo uma fragilidade e posso me prejudicar...

E: Sim, a gente vê a diferença, eu liguei esses dias para uma auxiliar, falei pra ela, olha, vem aqui e vamos dar uma conversada com os médicos porque eu estou notando que os seus pedidos, as suas solicitações estão sendo estranhas, tem alguma coisa estranha, e vocês, tanto os profissionais, não estão acreditando um no outro, você pede uma tomografia agora, você

coloca no sistema, aí você coloca um diagnóstico, eu nego por que eu não tenho vaga e não é uma urgência, aí uns dias depois você põe que é câncer, entendeu...

E: Talvez você esteja tentando burlar, ou você da primeira vez não avaliou ou não percebeu direito, então vamos conversar né, ela achou que é legal e mudou mesmo a postura...

P: Quando encontramos pessoas abertas parece que vamos mais confiantes né...

E: Claro, porque o gestor tem que transmitir confiança naquilo que ele faz...

E: Sempre é complicado, eu falei assim, ser bonzinho é fácil, ser gestor não é fácil, porque você vai dizer sim, vai dizer não, você vai chamar a atenção hoje, amanhã você vai dar os parabéns né, não é uma relação fácil né, é dificultosa, mas tem que ser aberta, não pode ser fechada, eu penso um monte de coisas, mas se eu não der liberdade para as pessoas pensarem diferente né...

P: Foi o que você falou a pouco, eu vou criticar, mas eu vou elogiar também...

E: Claro, claro, até porque às vezes eu também tenho que ser criticada, olha você está errada, eu acho que é isso...

P: Críticas construtivas...

E: Claro, acho que essa relação é muito importante...

P: Foi muito legal ouvir e conhecer um pouco a Regulação...

E: A Regulação é uma coisa nova dentro do Sistema né, você vê que no início, quando passou o Sistema, ele começou, ele não chega a ser novo, tem vinte e poucos anos né, ele não tinha essa coisa forte de auditoria, avaliação e controle, depois foi se implantando, tinha no papel, mas não tinha na verdade, na realidade, então foi se implantando, aí nesse meio todo veio a necessidade de regular, principalmente regular o acesso para que as pessoas pudessem chegar em tempo, então faces e visão diferente...

P: O acesso aumentou né...

E: O acesso aumentou, o número de atendimentos aumentou, e agente precisa ver quem está precisando mais mesmo né, nós não temos serviços suficiente para todo mundo, a gente sabe disso, na minha visão, até porque é mal utilizado né, se bem utilizado, você atendeu o paciente no risco, na especialidade, devolveu ele para unidade solicitante e ela vai controlar o paciente, dar continuidade naquilo, hoje você teria os serviços secundários e terciários mais vazios, podendo receber mais pacientes...

P: A mudança de visão...

E: É a visão do especialista né, é o modelo centrado no profissional especialista, e que isso ao longo do tempo, estamos trabalhando, há pouco tempo, na reversão desse modelo...

P: Como você vê São Carlos?

E: Ah, mudou muito, olha, eu estou aqui há quase onze anos, praticamente onze anos em São Carlos, eu vi o Sistema há onze anos atrás, e hoje é completamente diferente...

P: Na saúde é complicado...

E: Sempre vamos ter problemas, sempre vamos ter problemas, vamos ter insuficiências, de oferta, a procura muito grande, mas a gente tem que trabalhar a atenção básica mesmo, eu acho que esse é o foco, mudando o modelo, trabalhando mais na prevenção do que na doença né, e é difícil trabalhar nesses dois processos juntos, talvez para a unidade de saúde da família é fácil, porque ela já veio no modelo assim, mas para UBS que nasceu no, principalmente São Carlos que há doze anos atrás uma unidade básica de saúde trabalhava como pronto-atendimento, não tinha vínculo...

P: Essa mudança é difícil mesmo...

E: Se readequar no modelo que está aí, sendo que a formação dele é anterior, ele foi formado, ele teve uma formação voltada para o curativo, e agora ele tem que mudar, porque a geração nova vem num choque diferente, ou ele vai perder os pacientes, ou ele vai se adequar ao que a população, porque a população hoje está mais exigente também, você ouve, você quer que o profissional que te atende, te atende de uma forma melhor, com melhor qualidade, que te fale de prevenção, e se você continuar com a sua postura antiga de trinta anos atrás, vai procurar outro, entendeu, então a própria situação, a situação atual vai mudando os profissionais...

P: Ainda bem né, estamos aqui para melhorar né...

E: Ainda bem, com certeza...

P: Acho que é isso...

E: Se você precisar de mais alguma coisa, estou à disposição...

P: Mais uma vez muito obrigada.