

VIVIAN MARIA CALDERAN

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO DE  
UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE O  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CUIDAR

Campinas

2011





UNICAMP

---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO DE  
UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE O  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CUIDAR

VIVIAN MARIA CALDERAN

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção de título de Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área de concentração em Interdisciplinaridade e Reabilitação. Sob orientação da Profa. Dra. Zélia Zilda Lourenço De Camargo Bittencourt.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

C127p Calderan, Vivian Maria, 1983 -  
Percepções de profissionais e população de uma  
instituição de saúde pública sobre o Sistema Único de  
Saúde e o cuidar. / Vivian Maria Calderan. -- Campinas,  
SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Zelia Zilda Lourenço de Camargo  
Bittencourt  
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade  
Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção a saúde. 3.  
Pesquisa qualitativa. 4. Políticas públicas. I.  
Bittencourt, Zelia Zilda Lourenço de Camargo. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Perceptions of professionals and population of an public health institution about Brazilian Unified Health System and caring

**Palavra-chave em inglês:**

Unified Health System

Health care

Qualitative research

Public policy

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt [Orientador]

Maria de Fátima de Campos Françaço

Cristiane Paulin Simon

**Data da defesa:** 06-12-2011

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

# Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

Vivian Maria Calderan

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt**

## Membros:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima de Campos Françaço

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Paulin Simon

Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 06/12/2011**

## DEDICATÓRIA

---

Aos profissionais de saúde e usuários do Ambulatório, pela co-autoria destes escritos e pelo compartilhar de suas experiências.

## AGRADECIMENTOS

---

À Deus, pelo seu sopro de vida e de amor.

À Zélia, minha orientadora, pelo acolhimento, por guiar e permitir a busca e construção do meu próprio caminho.

Aos professores de curso de Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, pelo compartilhar enriquecedor de seus saberes.

Aos meus pais, Francisco e Ineida, e meu irmão André, pelo amor e união de uma família.

Ao Éder, meu namorado, pelo amar e desejar da vida. Acredito no brilho das estrelas por encontrá-lo no teu olhar.

À Silvia Luciana Toledo, mais que analista, companheira no despertar dos cheiros, sabores e cores da vida.

Aos meus amigos e colegas de aula, pelas alegrias e as dores vividas juntos a cada etapa desta trajetória.

A todos os meus amigos que acompanharam direta e indiretamente esta passagem. Muito obrigada pela doce amizade.

A todos os participantes, profissionais e população, que puderam tornar realidade esse desejo.

*JEITO DE MATO*

Paula Fernandes e Maurício Santini

De onde é que vem esses olhos tão tristes?  
Vem da campina onde o sol se deita  
Do regalo de terra que o teu dorso ajeita  
E dorme serena, no sereno sonha  
De onde é que salta essa voz tão risonha?  
Da chuva que teima, mas o céu rejeita  
Do mato, do medo, da perda tristonha  
Mas, que o sol resgata, arde e deleita  
Há uma estrada de pedra que passa na fazenda  
É teu destino, é tua senda, onde nascem tuas canções  
As tempestades do tempo que marcam tua história  
Fogo que queima na memória e acende os corações  
Sim, dos teus pés na terra nascem flores  
A tua voz macia aplaca as dores  
E espalha cores vivas pelo ar  
(...)  
Sim, dos teus olhos saem cachoeiras  
Sete lagoas, mel e brincadeiras  
Espumas ondas, águas do teu mar



## RESUMO

---

Refletir a prática profissional no campo da saúde sugere um amplo olhar sobre a construção de conhecimento desta área, aliada a uma perspectiva histórica do contexto espaço-temporal vivenciado pelo ser humano. No Brasil, a reforma sanitária consagrada na Constituição de 1988 foi um grande esforço de mudança na esfera das políticas públicas no campo da saúde, cujas ideias encontram-se inscritas no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo foi compreender as percepções dos profissionais de saúde e dos pais ou responsáveis de crianças atendidas em uma instituição de saúde pública, sobre o Sistema Único de Saúde e o cuidar em saúde. O estudo contou com trinta sujeitos sendo quinze profissionais da área da saúde e quinze pais e/ou responsáveis por crianças em atendimento em um ambulatório de saúde, de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo. A investigação teve orientação metodológica qualitativa, com entrevistas individuais semi-estruturadas, gravadas com autorização voluntária dos sujeitos. Para análise dos dados, realizaram-se leituras flutuantes sobre o material transcrito, que posteriormente foram agrupados em categorias e submetidos à análise de conteúdo a partir da identificação dos fenômenos expressos. Os achados evidenciam que o contato com os envolvidos na relação profissional-população possibilita constatar as dissonâncias e complementaridades dos discursos que cercam esta relação. Para os profissionais de saúde, o SUS é percebido através da prática cotidiana estruturada em ações clínicas e de realidades conflituosas: há um distanciamento entre os princípios do SUS e as práticas do dia-a-dia, decorrentes da formação profissional, dos recursos disponíveis e planejamento organizacional. Para os pais e responsáveis, o SUS proporcionou grandes avanços para a assistência à saúde com o acesso universal a tratamentos e medicação e na qualidade dos atendimentos, porém percebem também as dificuldades do SUS quanto à falta de recursos, de profissionais e de organização. Para estes, a demanda em saúde é vista de uma forma ampliada através de suas histórias de vidas e de seu meio social. O SUS é considerado um serviço de saúde para as populações carentes tanto na percepção dos profissionais como dos pais e/ou responsáveis. O cuidar é considerado pelos entrevistados como uma atenção à saúde nas suas mais diversas práticas, e intrínseco à relação entre os envolvidos, através das experiências, sentimentos e afetividade. As barreiras no cuidar foram expressas através da dependência, falta de informação e de respeito e à prevalência de parâmetros médicos. A reflexão dessas percepções expande a discussão sobre o processo de consolidação do SUS e o olhar para a atenção ampliada em saúde. Atenta-se para a importância e necessidade de compreensão do encontro das singularidades do humano nas ações em saúde, de seu contexto social e das políticas públicas frente à complexidade a ser abrangida pela atenção à saúde no SUS e, conseqüentemente, para a qualidade do cuidar.

## ABSTRACT

---

Reflect professional practice in the field of health suggests a broad look at the construction of knowledge in this area with an historical perspective of spatio-temporal context experienced by humans. In Brazil, health reform enshrined in the Constitution of 1988 was a great deal of change in the sphere of public policies in the field of health, whose ideas are entered in the Sistema Único de Saúde (SUS). The objective of this study was to understand the perceptions of health professionals and parents or guardians of children assisted in an institution of public health about SUS and health care. The study was attended by thirty subject being fifteen health professionals and fifteen fathers and/or responsible for children in care in a Mental Health Clinic localized in a midsize city on the State of São Paulo. The methodological orientation was qualitative research with semi-structured one-on-one interviews, recorded with voluntary consent of the subjects. For data analysis, floating readings were held about the material transcribed which were subsequently grouped into categories and submitted to content analysis from identification of phenomena cast. The findings showed that the contact with the subjects of this relationship leads to conclude the dissonances and complementarities of the surrounding speeches. For health professionals, SUS is perceived through the everyday clinical practice in structured actions and conflicting realities: there is a distancing between the principles of the SUS and the practices, because of vocational training, available resources and organizational planning. For parents and guardians, SUS has provided major breakthroughs for health care with universal access to treatment and medication and quality of attendances, although they also realize the difficulties of SUS as lack of resources, professionals and organization. For these, the demand on health is seen as a magnified through their stories of life and its social environment. The SUS is considered a health care for poor populations in both perception of professionals as parents and/or guardians. The care is considered by respondents as an attention to health in its various facets, and the intrinsic relationship between those involved, through the experiences, feelings and affection. Barriers in care were expressed through the dependency, lack of information and respect and the prevalence of medical parameters. The reflection of these perceptions extends the discussion about the process of consolidation of SUS and look at a enlarged attention in health. There is importance understanding the meeting of singularities of human actions on health, their social context and public policies to conquer complexity to be covered by the practices in SUS and, consequently, for the quality of care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

---

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados.....	37
Tabela 2. Caracterização dos pais e/ou responsáveis entrevistados.....	38

## LISTA DE SIGLAS

---

CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRP.....	Conselho Regional de Psicologia
FUNDAP.....	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF.....	Programa de Saúde da Família
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UNICAMP.....	Universidade Estadual de Campinas

# SUMÁRIO

---

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xi
LISTA DE SIGLAS.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. <i>Revisão da Literatura</i> .....	19
2. OBJETIVO.....	24
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	25
3.1. <i>A Entrevista</i> .....	25
3.2. <i>Local do estudo</i> .....	26
3.3. <i>Sujeitos</i> .....	27
3.4. <i>Coleta e análise dos dados</i> .....	28
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	36
4.1. <i>Caracterização dos Entrevistados</i> .....	36
4.2. <i>Dados Qualitativos</i> .....	39
4.2.1. <i>Sistema Único de Saúde</i> .....	39
4.2.1.1. O SUS e suas realidades conflituosas – Profissionais de saúde.....	39
4.2.1.2. A prática profissional no SUS – Profissionais de saúde.....	43
4.2.1.3. O processo de consolidação do SUS – Profissionais de saúde.....	47
4.2.1.4. As experiências com o SUS – Pais e responsáveis.....	50
4.2.1.5. A clínica ampliada – Pais e responsáveis.....	53
4.2.1.6. O SUS para pobres – Profissionais de saúde, pais e responsáveis.....	57
4.2.1.7. O SUS pobre para pobres –Profissionais de saúde, pais e responsáveis.....	60
4.2.2. <i>Cuidar em saúde</i> .....	63
4.2.2.1. O cuidar e as práticas em saúde – Profissionais de saúde, pais e responsáveis.....	63

4.2.2.2. O olhar ao outro na relação de cuidar – Profissionais de saúde, pais e responsáveis..	66
4.2.2.3. As barreiras no cuidar – Profissionais de saúde, pais e responsáveis....	72
5. CONCLUSÃO .....	79
6. REFERÊNCIAS .....	85
7. ANEXOS.....	91
ANEXO 1.....	92
ANEXO 2.....	94
ANEXO 3.....	95
ANEXO 4.....	96

*DA MINHA ALDEIA*

Alberto Caeiro (heterônimo de Fernando Pessoa)

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no Universo...  
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer  
Porque eu sou do tamanho do que vejo  
E não do tamanho da minha altura...  
(...)

# 1. INTRODUÇÃO

---

Como falar de saúde sem nos remetermos ao cuidar? Essa é a minha questão.

O desejo de aprofundar esse tema é algo latente, desde minha formação em psicologia, ou até mesmo mais anterior. Com esta investigação realizada durante o Mestrado, concomitante período do começo de minha experiência profissional na saúde pública, foi possível iniciar o encontro com tal inquietação: o cuidado em saúde visto através da relação entre os homens. Retomo Ribble, referenciada por Melaine Klein (1), ao falar sobre a necessidade desde o início da vida do bebê de sentir-se “cuidado maternalmente”: este cuidado, um “apego crescente, que é tão indefinível ainda que tão essencial”.

Apesar dos vícios que estas palavras possam ter, devido aos lugares que ora posso ocupar de psicóloga, de estudante, de profissional de saúde, de trabalhadora do SUS, a escrita se atreve a falar a todos e sobre todos os envolvidos no cuidado em saúde, a todos os trabalhadores da área de saúde e a população assistida que diariamente constroem juntos o cuidar da espécie humana.

As significações emergentes do campo da saúde ocasionam implicações no modo de ser do homem, e conseqüentemente nas relações sociais e no trabalho e produção do coletivo social (2). Uma complexa rede de fatores biológicos, políticos, econômicos e socioculturais podem ser considerados influentes no campo da saúde, além de determinações advindas do próprio homem, conferindo um papel ativo à subjetividade e aos produtos das representações do ser humano.

Refletir a prática profissional no campo da saúde sugere um amplo olhar quanto à construção de conhecimento desta área aliada a uma perspectiva histórica do contexto espaço-temporal vivenciado pelo ser humano. Donnangelo e Pereira (3) contribuem com a análise das relações entre a medicina e a organização das sociedades apreendendo o caráter histórico e social no campo da saúde.



A conceituação, a produção e a prática da saúde continuam a se pautar nos marcos da atuação médica, fundada na doença e na evitação da doença (2). No cuidado aos doentes, no campo da saúde, vigora mais a lógica médica da enfermidade do que a sociológica dos sujeitos. A prática em saúde atrelada a um modelo biomédico está estruturada em ações diagnósticas, curativas, preventivas e paliativas, propondo um saber detentor ao médico. Deseja-se encontrar um procedimento para a cura da doença, isto é, retornar o organismo a um funcionamento normal do qual ele encontra-se afastado temporariamente. E o considerado normal quando delimitado pelo conhecimento da fisiologia, apresenta os padrões referentes às funções normais dos órgãos vitais. O sujeito demandante da prática em saúde acaba sendo resumido a um sintoma desvinculado de significados, da sua própria história. A doença pode ser vista sob uma variação normativa da vida, atentando-se para que ela não siga a mesma norma que a fisiologia, ou seja, que ela seja relacionada à vida e não à saúde (4).

Dessa forma, a atenção em saúde não está limitada ao tratamento da enfermidade, devendo-se considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive (5). Sontag (6), ao discorrer sobre algumas doenças, analisa o papel do estigma incorporado a estas. O câncer, a tuberculose e a AIDS ao serem consideradas doenças desviantes de um desenvolvimento normal têm suas origens atribuídas ao próprio sujeito que as detém. Através das metáforas que vão sendo construídas frente as doenças, estabelece-se uma diferenciação do indivíduo doente para com a sociedade, que imputa culpabilidade a este pelo mal que carrega. A autora atenta para a necessidade de recolher estas metáforas e se libertar, pois os conceitos de um ideal de saúde e de bem-estar se encontram muito interligados à noção clássica de equilíbrio. A idéia de desenvolvimento normal do ser humano segue o padrão de indivíduos possuidores de uma vida sem deficiências e doenças. Quem foge deste estabelecido fica à margem da sociedade.

Pensar nas organizações dos serviços de saúde significa refletir em um campo constituído por sujeitos sociais, e conseqüentemente, por relações, disputas e interesses sociais (7). As instituições tendem mais ao controle da produção e reprodução social de um modelo que confere maior importância às relações entre funções, papéis e técnicas do que de busca pela participação efetiva de todos os agentes no processo de fazer saúde (7). A

prática nesta área tende a um distanciamento de participação social e de promoção de saúde, mesmo quando se depara com conceitos que expressem a importância do papel dos indivíduos para a construção da sociedade saudável, como preconizado pela carta de Ottawa (8). Nas políticas públicas sociais percebe-se a necessidade de renovação de modelos de gestão mais flexíveis e participativos, estreitando a relação entre o Estado e a sociedade (9).

No Brasil, a reforma sanitária foi um grande marco de mudança na esfera das políticas públicas no campo da saúde consagrada na Constituição de 1988. Com ideias inscritas no Sistema Único de Saúde (SUS), que dispõe princípios e diretrizes, enfatiza a saúde como um direito de todos, a integralidade e equidade da atenção, a descentralização, o funcionamento dos serviços em rede hierarquizada e regionalizada e a gestão participativa (10). Dessa forma, propõe a garantia universal de direito e acesso aos serviços de saúde, sob um olhar integral de atenção ao sujeito, possibilitando a participação deste, e de todos os envolvidos, no processo de acompanhamento das práticas do modelo de assistência à saúde.

Campos (11), através da concepção de Paidéia oferece um olhar para o desenvolvimento integral do ser humano. Conceito buscado na antiga Grécia, vinculado a um sistema de formação integral do ser humano, abrange o cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, considerando as necessidades coletivas e individuais. Na área da saúde, o autor propõe a busca de condições para maior autonomia e autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades, em uma co-gestão dos envolvidos pelo entrelaçar de saúde e cidadania.

Estas reflexões trazem uma contribuição ao debate sobre os limites das concepções dominantes de saúde: as dinâmicas institucionais sobre as concepções sociais de saúde-doença e a relatividade da verdade científica da medicina (2). Repensar a prática não tem como único foco a busca por atendimento de excelência quanto ao diagnóstico, a terapêutica e suas condições humanas. Esta questão abrange as visões de mundo, do homem e das relações sociais. O profissional de saúde quando apenas atento à doença, perde de vista o doente e todo o processo de inter-relação sócio-cultural e psicossocial que permeia a doença. Campos (12), ao referir-se à saúde coletiva, reflete sobre a tendência em

hipervalorizar a determinação social dos processos relacionados à saúde-doença, desqualificando aspectos subjetivos e biológicos. Não se propõe a superação do modelo biomédico sem a contribuição da prática clínica com aportes da epidemiologia e das ciências sociais: *nem somente com o biológico e o subjetivo se pode pensar modelos e políticas de atenção integral à saúde. A clínica tem muito a ser criticada, mas tem também muito a dizer* (12).

Ao observar as percepções que se estabelecem sobre o cuidar em saúde, focalizando a dinâmica do encontro e seu contexto institucional, atentam-se aos desejos frente a este cuidado em saúde, suas interfaces e influências na produção de saúde. Como as percepções levantadas permeiam o encontro entre o profissional e o usuário? Aprofundando ainda mais, pensar nos desejos e expectativas desse encontro para podermos ampliar a discussão do cuidar na saúde.

## 1.1.REVISÃO DA LITERATURA

Paul (13) aborda, na concepção de saúde, tanto os estados de bem-estar como de vivência à patologia, o conceito de autenticidade na relação do homem com sua saúde:

uma pessoa está em boa saúde no bem-estar, na doença ou na morte quando ela é autêntica em sua relação com ela mesma, com os outros e com o mundo que a envolve. Por outro lado, ela está doente – mesmo no estado de saúde aparente e a mais manifesta – quando essas mesmas relações constitutivas do ser se invertem e são inautênticas (13).

O autor delicadamente nos fala da existência humana como forma não-isolada. Ela é social, e ao reconhecer o outro, e através deste, ocorre a nossa própria construção:

reconhecer no outro suas próprias competências e seu próprio saber, como ato de parceria, supõe ao mesmo tempo reconhecer-se, reconhecer o outro em sua singularidade, mas também, de maneira mais indutiva, determinar o projeto e definir o contrato - tácito ou efetivo - que liga as partes. Esse processo visa aceitar o outro em sua diferença como ator autônomo e não como caso a normalizar (13).

À relação profissional e população, Campos (14) propõe a reflexão quanto ao cuidado sob uma narrativa de encontros vistos por uma dimensão não técnica. O que é esse encontro? Quais propostas norteiam esse encontro? A autora propõe uma estreita vinculação entre os protagonistas desta relação, a prática em saúde e a gestão, esta última vista como suporte para a emersão da subjetividade deste encontro e sua reflexão.

Coelho e Fonseca (15) ao abordar a ética na prática de saúde descrevem o cuidar como influente na interação entre as dimensões constitutivas dos indivíduos envolvidos. A relação do cuidar pode se tornar fortalecedora de outras relações no processo da existência humana. O cuidar atrelado à realidade de seus sujeitos pode ser observado através de *“comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”*.

A interação profissional-cliente, assim caracterizado por Soar Filho (16), é entendida como uma co-construção mediada contextualmente por fatores emocionais dos envolvidos. Traduzido em mútua participação ativa, o termo interação refere-se a um processo ocorrido entre dois agentes, para além da ação de um sujeito sobre outro.

Através da visão psicanalítica e do humanismo médico, Martins (17) traz importantes considerações quanto ao modo de atuação de profissionais da saúde, citando o olhar para o outro, assim como o reconhecimento sobre si, como norteadores para a prática. A autenticidade e alteridade, dessa forma, podem ser consideradas como estruturantes da relação interpessoal e de cuidado no campo da saúde.

Para Campos (18), a relação entre profissional de saúde e população assistida é observada por meio de uma clínica ampliada e compartilhada e uma gestão democrática. Esta clínica propõe a ampliação da produção de saúde, inicialmente atribuída a práticas curativas, preventivas e paliativas, para a focalização no usuário do serviço como sujeito,

constituído de uma história de vida, contribuindo para sua autonomia. Compartilhada, por se tratar da construção conjunta das várias especialidades de saúde e de uma co-responsabilização do clínico e do usuário quanto à terapêutica de cada caso. Dessa forma, o assistido é visto como participante do processo do cuidar na saúde em uma co-gestão junto aos profissionais da área.

Nas práticas em saúde, conhecer as percepções e significados dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, para promover maior adesão de tratamentos dos pacientes e compreender profundamente certos sentimentos, pensamentos e comportamentos dos pacientes, seus familiares e dos profissionais de saúde (19).

Minayo (20) apresenta uma visão etiológica das doenças, a partir de uma perspectiva popular, em confronto com os modelos biomédicos. A base das concepções populares é a sua própria inserção no mundo, mas se projeta de forma específica, contribuindo tanto para definir como para questionar as políticas e os serviços oficiais de saúde. Diante deste olhar, a autora refere que para a população, saúde-doença abrange um significado de *relações* que se expressam no corpo e no sistema de saúde e o serviço de saúde é percebido como alheio ao contexto sócio-cultural e história pessoal da população assistida.

As percepções sobre o cuidar têm sido crescente interesse de estudos na área de saúde (21, 22, 23). Caprara e Rodrigues (24) apresentam em revisão da literatura sobre a relação médico-paciente dados de pesquisa qualitativa e quantitativa no estado do Ceará. A relação entre profissional de saúde e população pode ser observada em pesquisas qualitativas (25, 26, 27), pesquisa descritiva exploratória (28), pesquisa reflexiva e descritiva (29) e pesquisas que abrangem esta relação em dimensões micro e macro contextual (30 e 31).

As compreensões referentes à prática profissional e as funções a esta denominadas sinalizam as necessidades e interesses dos envolvidos. Ao pressupor um estudo da interação profissional-assistido, configura-se a existência de um contexto. É por meio deste que se estabelecem limites, possibilidades e determinantes quanto aos papéis e funções dos

envolvidos (14). Estudos que privilegiaram as determinações, as relações de produção e os avanços das forças produtivas no domínio médico-social possibilitaram um repensar do modelo hegemônico médico, considerando o “encontro assistencial” e a subjetividade de profissionais e usuários como categorias de análise (2). Nunes (32) faz um traçado sobre os estudos referentes à história da saúde pública no Brasil e, dessa forma, traz uma reflexão das relações de poder, as atitudes médicas frente aos cuidados da população e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Os interesses que permeiam uma instituição, no caso de saúde, teriam como referência a finalidade da gestão e do trabalho em atender os usuários e melhorar suas condições de saúde e da prática profissional. No entanto, o que se encontra é a influência do conceito de qualidade total a diversos setores como saúde e educacional (33). O termo qualidade total, atrelado as inovações mercantis neoliberais, promovem novas formas de organização do trabalho expressando métodos e estratégias de controle de qualidade do setor produtivo (33). A busca pela padronização de procedimentos médicos acaba objetivando uma produtividade e eficiência atreladas à satisfação de necessidades referentes à linha de produção e não à produção de saúde. Na área da saúde, a preocupação com a avaliação de resultados influencia os serviços de saúde, seus objetivos, sua forma de organização e concepções, à semelhança das organizações mercantis (33).

Pensar na qualidade da produção de saúde, nos remete à qualidade como igualdade de acesso a todos e, nesse contexto, incorporada à realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos (34). Olhar o sujeito e agregar qualidade como referência para necessidades básicas de desenvolvimento e realização do ser humano propõe um viés frente ao modelo biomédico e de controle do trabalho. Sinaliza, dessa forma, o encontro a uma prática contextualizada e atenta ao singular do sujeito, tendo ambos, profissional e assistido, como detentores do processo de saúde.

Estudos sobre a representação do SUS favorecem um repensar sobre o contexto público da prática em saúde, as formas de organização dos serviços e as relações de produção em saúde (35, 36, 37 e 38). Nesse sentido, Benevides e Passos (39) apresentam as esferas do SUS e a implementação da Política Nacional de Humanização como contribuintes no repensar da produção em saúde. Há a necessidade de reposicionamento de

sujeitos implicados nas práticas de saúde. A humanização é vista como estratégia de interferência na prática em saúde levando em conta sujeitos sociais capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. O investimento deve focalizar a concepção de homem, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde.

O relato da experiência de inversão de um modelo tecno-assistencial de saúde para um modelo com diretriz operacional de acolhimento foi apresentado por Franco et al (40). O serviço mudou seu modelo assistencial por meio da reorganização do processo de trabalho, com base em diretrizes do SUS, que possibilitaram a cada profissional um novo reposicionamento frente à sua prática a partir dos seus micro-espços de trabalho e poder. A proposta de acolhimento contempla o serviço de saúde estruturado de forma usuário-centrada: atendendo a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde garante-se a acessibilidade universal; reorganizando o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para equipe multiprofissional de acolhimento; e qualificando a relação trabalhador-usuário, pautada em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A produção de saúde como favorecimento da autonomia do sujeito possibilita maior capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sua realidade (41). Percebe-se que esta compreensão pode ser estendida ao processo saúde/enfermidade do próprio assistido possibilitando uma reflexão sobre a relação de cuidar e o funcionamento do modelo de assistência pública à saúde.

## 2. OBJETIVO

---

A compreensão da produção de saúde implica olhar os diversos discursos atrelados a este campo, como as políticas públicas, as práticas desenvolvidas, as organizações institucionais e, principalmente, os grupos que interagem no cotidiano dos serviços de saúde: os profissionais de saúde e a população assistida.

Esta investigação teve como objetivo compreender as percepções dos profissionais de saúde mental e dos pais ou responsáveis de crianças atendidas em um ambulatório de saúde pública sobre o Sistema Único de Saúde e sobre o cuidar em saúde.

Através do olhar trazido pelo ser humano, principal ator, deseja-se dar um sentido às ações e reflexões quanto à prática em saúde e os modelos de assistência a saúde. Ao observar as formas como profissional e população concebem o cuidar em saúde e suas relações, criam-se possibilidades de ampliar a discussão quanto à promoção, prevenção e novos horizontes na construção de conhecimento em saúde, auxiliando na formação profissional e reflexão das políticas públicas nesta área. Este estudo justificou-se pela intenção de aprofundar essa temática e pela atualidade dessas discussões na área de saúde.



### 3. MATERIAL E MÉTODOS

---

Nesta investigação de orientação metodológica qualitativa buscou-se a apreensão das percepções e dos significados expressos pelos participantes da pesquisa sobre os temas propostos.

Segundo Turato (19), em pesquisas qualitativas, o significado tem função estruturante: em torno dos sentidos atribuídos, as pessoas organizam de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa: Parecer CEP N° 145/2010 (ANEXO 1).

#### 3.1.A ENTREVISTA

Na metodologia qualitativa há a possibilidade de se incorporar o significado às ações, relações e estruturas sociais (42). A entrevista é vista como um instrumento investigativo em busca de um conhecimento, de um suposto saber frente a um determinado objeto, o *querer-dizer* das estruturas para os sujeitos (18).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semidirigida, com questões norteadoras enfocando temas que envolviam o significado do SUS e do cuidado em saúde. As entrevistas foram realizadas individualmente tanto com os profissionais de saúde (ANEXO 2) como com os pais e/ou responsáveis (ANEXO 3) e gravadas com o consentimento dos sujeitos, sendo que todo material foi transcrito pela própria pesquisadora.

### 3.2.LOCAL DO ESTUDO

A investigação foi realizada em um serviço público de saúde, especificamente um Ambulatório de Saúde Mental com gestão municipal, de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Destinado a atendimentos de atenção de média complexidade e designado como clínica de especialidades, o serviço atua com equipe de profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmacologia e assistência social, totalizando aproximadamente trinta e quatro profissionais, entre o setor administrativo e o setor de especialidades.

O Ambulatório encontra-se em funcionamento desde o ano de 1990 e realiza atendimentos a crianças, adolescentes, adultos e idosos. As demandas provêm de encaminhamentos de serviços públicos da área de saúde, educação, assistência social entre outros, de órgãos não-governamentais e de profissionais da área.

O setor de atendimento infantil, local de atuação profissional da pesquisadora e foco desta investigação, possibilita que esta escolha, de uma pessoa já imersa neste lócus e conhecida dos entrevistados, poderia viabilizar maior disponibilidade e participação na pesquisa, assim como abertura de diálogos durante as entrevistas. Considerando a pesquisadora como parte da realidade, esta pesquisa é uma versão possível do tema que se propõe a estudar. A realidade é um todo dinâmico, em desenvolvimento e parte de um todo maior (2).

As queixas do setor infantil são relativas ao desenvolvimento infantil, dificuldades de aprendizagem, dificuldades emocionais, familiares e/ou sociais. Os atendimentos ambulatoriais, individuais e em grupo, têm frequência semanal, sendo que em alguns casos ocorrem concomitantemente nas áreas de fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional. Aos pais e/ou responsáveis pelas crianças assistidas, são oferecidos, mediante necessidades específicas, orientações quanto ao desenvolvimento do processo terapêutico, além da possibilidade de participação em atendimento terapêutico individual, quando necessário.

### 3.3. SUJEITOS

Na metodologia qualitativa, a amostragem proposital é utilizada pela escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes (43). Neste sentido, foram sujeitos da investigação pessoas que vivenciavam o cuidado em um serviço público de saúde: profissionais de saúde e a população vinculada ao Ambulatório, no caso, pais ou responsáveis pelo público infantil atendido no local. Os participantes desta investigação são parte do funcionamento desta instituição, assim como nas amostras propositas, buscamos apreender e entender a realidade através dos atores imersos nesta (44).

No momento da investigação, o setor infantil do Ambulatório de Saúde Mental contava com um quadro de quinze profissionais, que foram convidados na totalidade, abrangendo as especialidades de psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. A coordenadora do Ambulatório também foi convidada a participar da pesquisa.

Pais e responsáveis pelo público infantil em atendimento psicológico junto a esta pesquisadora foram convidados a participar da investigação. De forma intencional, foram realizadas entrevistas até atingir o número de quinze participantes para possibilitar um pareamento com o número dos profissionais entrevistados, priorizando-se os que se encontravam em acompanhamento por maior período de tempo para facilitar o *rapport*.

Todos os sujeitos concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, sendo lhes entregues cópia do termo de consentimento livre e esclarecido lido antes da realização das entrevistas (ANEXO 4).

A investigação contou, portanto, com 15 profissionais de saúde e 15 pais e responsáveis, cujos relatos foram designados com nomes fictícios e diferenciados quanto a profissão, quando profissionais, e quanto ao parentesco da população infantil, quando pais e/ou responsáveis, resguardando assim a identidade dos entrevistados como contrato estabelecido à sua participação.

### 3.4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa qualitativa na atenção a saúde (45) focaliza o desenvolvimento de conceitos que auxiliam na compreensão de determinado fenômeno social em um cenário natural, buscando-se a ênfase adequada em seus significados, experiências e olhar dos participantes. Dessa forma, o próprio contato transcrito no ato da entrevista já fornece material para análise.

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Saúde Mental, em salas de atendimentos, lugar familiar aos entrevistados, seja por se constituir espaço de trabalho para os profissionais, ou local de atendimento, para os pais e responsáveis. Penso que as salas de atendimentos, embora considerado lugares reservados para a realização da pesquisa poderiam suscitar nos entrevistados as relações que assumem no decorrer de seu cotidiano neste local. Dessa forma, atentou-se para tais fatores como aspectos que poderiam proporcionar dados frente às percepções levantadas não somente através de relatos, mas também no modo como se realizou a entrevista.

O convite à participação da investigação foi feito a todos os profissionais, sem que houvesse recusas. Somente um profissional não participou da entrevista por conflitos de horários, uma vez que havia um cronograma a ser cumprido pela pesquisadora. Um dos participantes solicitou que a entrevista não fosse gravada em áudio, sendo seu pedido acatado. Também não houve recusa dos pais e ou responsáveis, sendo que estes mostraram receber o convite com considerável disposição.

Como salienta Bógus (44), a entrevista proporciona vantagens quando comparadas a outras técnicas: a captação imediata e corrente da informação desejada, sobre os mais variados temas e com qualquer tipo de entrevistado. As entrevistas realizadas adquiriram diversos significados. Além do olhar direcionado ao objeto pesquisado, os relatos perpassam o espaço da fala e da construção da própria história. Soares (46) reflete a impossibilidade de separar o passado do presente, assim sendo, depara-se sempre com o

pensamento atual sobre o passado. A (re) construção do passado é seletiva: faz-se a partir do presente, e não se pauta pela descrição, mas também pela interpretação.

É importante considerar, ao analisar os dados, o contexto histórico desde a origem deste Ambulatório. Percebe-se que as histórias do Ambulatório e dos profissionais se entrelaçam sendo possível conhecer aspectos do início e da estruturação do setor infantil no Ambulatório de Saúde Mental. Refletir sobre esse lugar do qual emergem as falas auxilia na compreensão do contexto em que a pesquisa foi realizada. Dessa forma, é deste lócus singular que convergem as percepções dos personagens que constroem e são construídos no entrelaçar de suas histórias.

*a gente tem a parte histórica... aqui em Limeira... tinha um médico que... um psiquiatra... que defendia a idéia de ter uma equipe mínima de saúde mental na cidade... mas assim... começaram sem muito recurso... então tinha UMA psicóloga... UM psiquiatra... tinha uma terapeuta ocupacional... (...) o concurso quando existiu, existiu pra... realmente vamos dizer... efetivar a saúde mental no município... (...) em noventa e seis... foi o primeiro concurso para psicólogo, para fono para T.O. ... (Silvana, psicóloga)*

*foi montado com a turma que entrou no concurso em noventa e seis... (...) e quando foi chamado... entrou essa turma que tinha essa visão...que gostava da área infantil... e foi colocado o infantil dentro do ambulatório... (Bernarda, terapeuta ocupacional)*

Bueno (47) aborda a entrevista como um encontro entre dois interlocutores, que carregam diferenciadas funções de múltiplas significações. Dessa maneira, se estabelece uma relação de assimetria entre estes integrantes. É um encontro de pessoas: entre subjetividades e entre pontos de vista. A assimetria se estabelece inerentemente pois há diferentes objetivos dos interlocutores e heterogeneidade na produção verbal.

O entrevistador é visto como detentor de um suposto saber sobre a técnica e o entrevistado, sobre a queixa, a demanda, o que se deseja investigar. Ao longo das entrevistas, foi observada a incerteza dos participantes sobre o próprio dito e sobre a investigação. As falas demonstravam dúvidas e suposições frente o saber que a

pesquisadora se propunha investigar. Tal fato pode ser observado em algumas falas dos profissionais:

*eu não sei se eu respondi o que você queria saber... se eu respondi de verdade o que você queria saber...* (Paloma, fonoaudióloga)

*só se você quiser... falar alguma coisa que fugiu da sua expectativa...* (Deise, terapeuta ocupacional)

As entrevistas também suscitaram incertezas para os pais e/ou responsáveis, como observado no diálogo que segue frente, a um campo que pouco a pouco foi sendo construído pelos envolvidos. No decorrer da entrevista, Rosana aparentava nervosismo frente ao gravador, questionando se ele estava de fato gravando e ouvindo a sua voz.

*- tá batendo ou não?* (Rosana, mãe) (entrevistada busca saber se daria para ouvir suas respostas na gravação)

*- tá preocupada se dá para ouvir? dá para ouvir tudo...* (Vivian, pesquisadora)

Em alguns relatos dos pais e/ou responsáveis percebe-se a ausência de críticas e reclamações sobre o sistema público de saúde. A entrevistadora também se encontra na posição de profissional de saúde atuante no serviço demandado por esta população. Embora a familiaridade da população com a pesquisadora pudesse possibilitar um setting acolhedor para a entrevista, coloca-se a questão: tudo pode ser dito ao profissional de saúde que se supõe deter o saber frente à demanda do outro?

*daqui do serviço para mim... não tenho que reclamar... até agora tá tudo bom...* (Mariana, tia)

*somos muito bem tratados... então não podemos reclamar não...* (Lidiane, avó)

*na parte da saúde tá muito bom né... nem pode reclamá... por que tem lugar que tá pior né... (Doralice, mãe)*

Bueno (47) seguindo um olhar foucaultiano sobre a entrevista atribui ao entrevistador ora um viés coercivo de deter o controle, ora um viés de possibilidades, criativo de abrir espaços para a fala.

Penso que as incertezas também se constituíram fonte de possíveis temores afinal era uma profissional realizando uma pesquisa dentro do seu local de trabalho. A investigação que se realiza pode proporcionar e provocar questões para os entrevistados. Alguns entrevistados, ao final da entrevista, apresentam falas de surpresa quanto à temática SUS e suscitaram questionamentos. Através da entrevista, diálogos são reabertos, proporcionam a desmistificação de suposições de saber e o encontro de percepções e significados, assim como também ocasionam provocações frente aos próprios saberes e posições que o sujeito assume no mundo.

*eu fiquei surpresa com essa fala do SUS... eu estava esperando assim... perguntas mais ligadas assim... ao meu trabalho... de psicóloga mesmo ... uma coisa mais direta ... porque né? O que rola? O que acontece? (Isadora, psicóloga)*

A metodologia qualitativa produz efeitos, anteriormente não assinalados, devido à confluência única do contexto e dos sujeitos envolvidos, interlocutor e pesquisador. Após o término da gravação, alguns profissionais relataram a reflexão proporcionada pelas perguntas, levando-os a pensar sobre suas ações e crenças. Algumas reflexões se tornaram explícitas no decorrer da entrevista, assim como o interesse pelo tema da pesquisa e pela própria participação.

*eu acho que falta muito isso aqui para gente... sabe... conhecer mesmo políticas de saúde... (...) legal... gostei... (Isadora, psicóloga)*

*você pegou uma área complicada... você pegou uma área extensa... tem muita coisa para se falar ainda... e você pode fazer a diferença... (Bianca, fonoaudióloga)*

Há necessidade de encontrar espaço para fala, e este sendo acolhedor ocasiona diferentes formas de subjetivação e efeitos sobre o sujeito (47). Uma entrevista qualitativa remete ao sujeito a oportunidade de reflexão sobre a sua fala.

*um pouco assim que eu lembro que a gente nem para pensar... (...) a gente só correndo assim no meu caso atrás dos outros e esquece de você... no meu caso... esqueço de mim... agora não... agora vou cuidar um pouco de mim mais... (Mariana, tia)*

*ai... eu não vou saber responder essa daí... assim... cuidar de saúde é fazer o que? É fazer um exercício... é se alimentar direito... por ai a fora... e eu não faço nada disso ((risos))... (Cristiane, mãe)*

No decorrer das entrevistas a compreensão da temática pelos sujeitos constituiu-se em espaço de participação ao desejarem ouvir a própria voz após o término da gravação. No relato a seguir, a entrevistada torce para que sua fala tenha ficado bonita na gravação.

*Tomara que dê certo... tomara que minha voz ficou bonita ai... (Rosana, mãe)*

Após o término da entrevista de Rosana, a pesquisadora retornou parte do áudio para que esta pudesse ouvir a própria voz. Ela gostou. Achou bonita a voz. A entrevista proporcionou um espaço para falar, para ser ouvida e também para se escutar.

O entrevistador assume diferentes funções, da autoridade à alteridade (47). É nessa produção de saberes, expressa através dos discursos, que se pode encontrar o que se deseja falar pelo entrevistado, convergindo sentimentos e sensações que antes pareciam não encontrar uma vazão. Nos relatos percebe-se o tom de desabafo ao adentrar em questionamentos sobre a própria prática profissional e as demandas da instituição.



*... você vai enxergando muita coisa... e se você for brigar... a briga é extensa... e eu não sei se a gente ganha... então no fim você acaba assim... se sentindo muito impotente... tem vezes que você até desanima... por que você fala... podia fazer tanta coisa... e de repente eu to aqui... presa nessa salinha... (...) então é muita coisa que a gente pensa, mas acaba ficando quieta... (Bianca, fonoaudióloga)*

*... a gente vai por que acredita... tem garra... e... não vou abandonar... uma coisa que eu acredito entendeu... (...) se cortarem eu vou ser voluntária... (Deise, terapeuta ocupacional) (a entrevistada refere-se a um projeto do qual participa e sobre a possibilidade deste ser cancelado)*

Para os pais e responsáveis, a entrevista se entremeia a suas histórias de vidas: a possibilidade de contar o seu lado da história, um espaço para falar mais, uma forma de se constituir sujeito no discurso. Para Freud (48) uma palavra adquire significado ao ligar-se a uma apresentação de objeto, considerado como um complexo de associações visuais, acústicas, táteis, cinestésias e outras. Ao se enumerar as impressões sensoriais de um objeto, pressupõe-se a possibilidade de haver grande número de outras impressões na mesma cadeia de associações, de representações e significações.

*... uma coisa assim que marcou muito foi quando eu assinei... que ela (sobrinha K) assinou também sabe... ela chorou muito a K... dava a impressão assim que eu tava arrancando o maior tesouro dela... até que eu sou tia... sou madrinha dela... sou madrinha da C... de batismo... mas ela chorou muito... muito... sabe... aquilo lá marcou... para mim... lembro... nossa... doeu até minha alma... (Mariana, tia) (Relato referente à concessão da guarda tutelar das suas sobrinhas)*

*... eu não queria que o meu neto passasse... fosse sofrê como eu sofri... e as vez sofro até hoje... por que... eu contei para você... eu fui abandonada quando eu era criança... quem me criou foi o mundo... (Lidiane, avó)*

*e agora eu to morando de favor... só Deus sabe... o que eu tô passando... . que eu já consegui uma casa da prefeitura... mas enquanto não ficá pronto não tem jeito de eu ir embora... meus filhos... um tá jogado na rua... outro tá na casa da minha mãe... o pequenininho tá comigo... e isso me dói por que eu não me sinto feliz de vê... (Sabrina, mãe)*

A possibilidade de construção do saber sobre a própria doença não referencia apenas ao sintoma, propõe ao ser humano falar de sua saúde para que a queixa não apenas seja sanada, mas re-significada. Ao sujeito busca-se ampliar espaços para transformação e produção saúde. O sintoma traz em si vários sentidos, que lhe são emprestados, e em cada caso pode ser diferente, segundo a história de vida de cada pessoa (6). A doença assume outros significados ao paciente que esbarra no intento de se curar, o sintoma é visto como substituto, como representante simbólico (49).

*Nessa época eu comecei a ficar muito doente... (...) uma síndrome do pânico que eu não conseguia sair de casa sozinha... não consegui trabalhar também... fiquei quase um ano assim... alguém precisava me acompanhar ou tinha que levar eu... né... médico psicólogo precisava vir junto... (Barbara, mãe) (Momento em que o filho foi encaminhado para alguns serviços de saúde em decorrência da queixa de dificuldade de interação social)*

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas pela própria pesquisadora. A partir do material coletado, realizaram-se leituras exaustivas, de modo a se buscar maior compreensão e familiaridade com os dados e formular temáticas a partir da identificação dos fenômenos expressos. Sobre esse corpus realizou-se análise de conteúdo qualitativa com a interlocução da literatura no campo da saúde pública. Na análise de conteúdo, na modalidade temática, busca-se realizar uma leitura compreensiva do conjunto do material, seguida de sua categorização e interpretação (45).

Na análise qualitativa de um texto, as categorias não se pautam em quantificações de suas ocorrências, as inferências decorrem da identificação de fenômenos clínicos, psicológicos e sociais associados às falas dos entrevistados e, possivelmente, generalizáveis

a outros contextos (19). No entanto, se reconhece neste estudo, que se buscou também observar a ocorrência dos temas que ora surgiam em suas semelhanças e ora com disparidades. É necessário também, confrontar os discursos, as percepções e as falas, como o são na realidade, não para os relativizar “... *mas ao contrário, para fazer aparecer, pelo simples efeito da justaposição, o que resulta do confronto de visões de mundo diferentes ou antagônicas*” (50).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram realizadas quinze entrevistas com profissionais de saúde, sendo que catorze eram funcionários atuantes do setor infantil e uma coordenadora do Ambulatório.

Na tabela 1 pode-se observar que somente um profissional entrevistado era do sexo masculino e as idades variaram de 25 a 50 anos com média de 39 anos e mediana de 41 anos. A maior concentração de profissionais era de psicólogos (53,4%), seguidos por fonoaudiólogos (26,6%) e terapeutas ocupacionais (20,0%). Dos sujeitos entrevistados, três concluíram a formação Superior antes de 1988, período que precedeu à Constituição Federal, que instituiu o SUS. Os demais profissionais, concluíram a formação após esta data e atuam na área de saúde desde o início da vida profissional.

Foram também entrevistados 15 pais e/ou responsáveis por um público infantil do Ambulatório.

Na tabela 2 pode-se observar que somente dois entrevistados dentre a amostra de pais e/ou responsáveis eram do sexo masculino, com idade variando de 22 a 71 anos, média de idade de 42 anos e mediana de 41 anos. A maior concentração entre os sujeitos responsáveis pelas crianças em atendimento eram mães (60,0%), seguidos de avós (20,0%) e os demais (20,0%), consistiam em um pai, um padrasto e uma tia. Dentre os entrevistados, 46,7% tinham profissão regular e se encontravam em atividade empregatícia, 26,7% eram aposentados e 26,7% exerciam atividades no lar. Referente à escolaridade, 53,3% referiram ter ensino fundamental incompleto, 40,0% o ensino médio completo e uma entrevistada era analfabeta (6,7%). Dos entrevistados, 60% possuíam renda familiar abaixo ou igual a três salários mínimos.

TABELA 1. Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados.

Sexo	Idade	Profissão	Ano de Formação	Tempo de atuação Saúde	Tempo de atuação Ambulatório
Feminino	44a	Psicóloga	1992	13 anos	11 anos
Feminino	40a	Psicóloga	1994	12 anos	11 anos
Feminino	42a	Fonoaudióloga	1990	18 anos	14 anos
Feminino	25a	Psicóloga	2007	8 meses	8 meses
Feminino	37a	Psicóloga	1995	14 anos	14 anos
Feminino	27a	Fonoaudióloga	2007	1 ano	1 meses
Feminino	49a	Psicóloga	1986	15 anos	14 anos
Feminino	48a	Ter. ocupacional	1985	24 anos	14 anos
Feminino	42a	Psicóloga	1991	18 anos	11 anos
Feminino	37a	Fonoaudióloga	1994	15 anos	7 anos
Masculino	29a	Psicólogo	2004	9 meses	1 semana
Feminino	50a	Ter. ocupacional	1980	30 anos	15 anos
Feminino	40a	Ter. ocupacional	1995	15 anos	14 anos
Feminino	41a	Fonoaudióloga	1994	6 anos	6 anos
Feminino	45a	Psicóloga	1989	21 anos	15 anos

A família é vista como um lugar de construção de sentidos e expressão de sentimentos, nicho afetivo e de relações necessárias à socialização do indivíduo. Há a responsabilidade, em sua dinâmica, por prover proteção, necessidades básicas e socialização. Como forma de mediação, a dinâmica familiar possibilita o intercâmbio simbólico entre gerações, culturas e trocas entre esfera pública e privada. Dessa forma, a família por ser provedora de cuidados e necessidades básicas do ser humano para o seu desenvolvimento e alcance de sua autonomia, pode ser considerada como representante da unidade básica de atenção à saúde e da assistência social (51).

TABELA 2. Caracterização dos pais e/ou responsáveis entrevistados.

Sexo	Idade	Vínculo	Profissão	Escolaridade	<sup>1</sup> Renda
Feminino	46a	Mãe adotiva	Cozinheira	fund. incompleto	3 sm
Feminino	48a	Tia	Do lar	fund. incompleto	-
Feminino	36a	Mãe	Cuidadora idoso	fund. incompleto	1 ½ sm
Feminino	60a	Avó mat.	Aposentada	fund. incompleto	1 sm
Feminino	56a	Avó mat.	Aposentada	fund. incompleto	3 ½ sm
Feminino	32a	Mãe	Téc. de enferm.	médio completo	3 sm
Feminino	36a	Mãe	Auxiliar geral	médio completo	3 ½ sm
Feminino	22a	Mãe	Doméstica	fund. incompleto	1 sm
Masculino	40a	Pai	Op. de máquinas	médio completo	2 ½ sm
Masculino	41a	Padrasto	Aposentado	médio completo	4 sm
Feminino	41a	Mãe	Do lar	médio completo	2 ½ sm
Feminino	26a	Mãe	Do lar	fund. completo	1 ½ sm
Feminino	44a	Mãe	Agente escolar	médio completo	3 ½ sm
Feminino	33a	Mãe	Do lar	fund. incompleto	1 sm
Feminino	71a	Avó paterna	Aposentada	analfabeta	-

Pensando nas práticas em saúde, neste caso, de um setor infantil, há uma forte vinculação entre a demanda emergente deste público com a história e dinâmica familiar, pois é através da fala da família que se conhece a queixa inicial. Atualmente, a organização familiar não necessariamente reflete um modelo ideal nuclear, frente à crescente modificação de sua estrutura (51). Seus cuidadores não mais correspondem apenas a pais biológicos, se ampliando a tios, avôs, padrastos, vizinhos e amigos como pode ser observado na Tabela 2.

<sup>1</sup> Valores apresentados em salários mínimos (sm) nacionais (52).

## 4.2.DADOS QUALITATIVOS

Para a apresentação dos dados, optou-se por agrupar os achados em duas grandes categorias correspondendo aos núcleos temáticos enfocados nas entrevistas, a saber, salientando as percepções dos entrevistados, sendo subdivididos em itens referentes aos fenômenos expressos: Sistema Único de Saúde e cuidar em saúde.

### 4.2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Sistema Único de Saúde, o cuidado à saúde é de acesso universal e se encontra ordenado em níveis de atenção (básica, de média complexidade e de alta complexidade) de forma a alcançar a integralidade das ações. Todo cidadão é igual perante o SUS e as diferenças dos grupos populacionais são reconhecidas e trabalhadas mediante a necessidade destes (53).

#### 4.2.1.1. O SUS E SUAS REALIDADES CONFLITUOSAS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Para os profissionais de saúde, as percepções sobre os princípios da universalidade, integralidade e da equidade propostos pelo SUS se encontram atrelados ao modelo assistencial de saúde pública:

*significa que é um sistema igual... para todo mundo... né... saúde... igual para todo mundo... (Isadora, psicóloga)*

*uma oportunidade de todo mundo ter acesso a todo tipo de tratamento... (Paloma, fonoaudióloga)*

*significa a integralidade... a universalidade... e principalmente a questão do acolhimento... (Cíntia, psicóloga)*

O direito à saúde no Brasil, visto como conquista política da sociedade, culminando com a criação de um sistema de serviços para ofertar à população brasileira todas as ações assistenciais em saúde, é enfatizado pelos profissionais de saúde, como se podem observar nos excertos a seguir:

*o benefício de todo cidadão para usar o... como se diz... toda a área de saúde... (Deise, terapeuta ocupacional)*

*uma conquista da população... (Anali, psicóloga)*

Ao longo das entrevistas com os profissionais, foi possível perceber que falar sobre o SUS é adentrar em um campo de realidades conflituosas: aspectos positivos versus negativos do modelo; e, principalmente, vivências no cotidiano da prática dos profissionais e do serviço público versus os princípios e diretrizes do SUS. Na organização do SUS, seus princípios e diretrizes são percebidos na própria atuação dos profissionais de saúde. Como aspectos positivos observam-se a vinculação dos princípios de equidade e universalidade do SUS no fazer em saúde em sua prática profissional.

*assim sempre tendo como norteador os princípios assim... a questão de tratar as pessoas como... uma maneira igual de... respeitar a singularidade das pessoas... de dar um tratamento digno mesmo... (...) questão da equidade... (...) da universalidade... também... de acesso a todos... (Anali, psicóloga)*

A percepção do SUS traz aspectos positivos vinculados ao modelo considerado humanitário, igualitário e ideológico. Esses aspectos, porém, não se apresentam na



realidade vivenciada, não garantem a funcionalidade proposta e desejada à assistência a saúde, conforme os relatos:

*a proposta do SUS não é a que a gente vive... (Silvana, psicóloga)*

*ai eu tenho uma divisão do que muito eu imagino enquanto teoria enquanto prática... (...) mas acho que na prática não funciona tanto assim... são algumas peculiaridades que o SUS impõe que acho que tem a ver com a questão de tentar primar para que todos tenham acesso mas que acaba sendo um atendimento de baixa qualidade... por que você não consegue atender... eficazmente nem o que você está atendendo... (Débora, psicóloga)*

*era para ser um atendimento realmente... humanitário... (...) o objetivo é bom... a ideologia do SUS é bom... agora a politicagem que tem por trás é que eu acho que atrapalha... então assim... tem os desvios de verbas... (Mirassol, terapeuta ocupacional)*

Observa-se em alguns relatos que os profissionais de saúde apontam aspectos negativos ao SUS, como a falta de recursos, a burocracia do modelo de saúde, o acesso desigual e a falta de profissionais para atender a população:

*falta muita coisa também... falta material... (...) podia ser menos burocrático... a pessoa chega aqui não pode marcar uma consulta não pode marcar uma triagem... a pessoa chega aqui sete horas da manhã e escuta... “ah não tenho mais vaga... a senhora ou espera até meio-dia ou volta amanhã...” (Bianca, fonoaudióloga)*

*acho que nem todas as pessoas... assim... tem acesso ao SUS da mesma forma... quer queira quer não a gente tá aqui em São Paulo... a gente tem assim os principais hospitais do Brasil... aquelas pessoas que estão lá no Amapá... ai tem uns tratamentos que não tem lá... (Anali, psicóloga)*

*nós não temos o número de profissionais que deveria para que toda população fosse atendida... e isso é muito complicado...* (Maria, fonoaudióloga)

A perspectiva do SUS no campo de atuação dos profissionais trouxe o posicionamento de discordância de alguns interlocutores frente aos aspectos negativos vinculados a este modelo de saúde.

*eu não concordo com o serviço do SUS... podia ser menos burocrático...* (Bianca, fonoaudióloga)

*a visão do SUS é atender quantidade... eu assim... peço por isso... porque prezo a qualidade...* (Bernarda, terapeuta ocupacional)

*no Ambulatório eu sou cobrada em termos de produção... (...) por conta disso acaba sendo um atendimento atrás do outro... acho que você não tem muito tempo de se preparar para ir de um atendimento...* (Débora, psicóloga)

Oliveira et al (54) revelam que os conceitos expressos por profissionais atuantes no serviço público sobre a política de saúde refletem conhecimento parcial dos princípios do SUS, e também uma lógica de apropriação do sistema de saúde, construído e reconstruído pelas representações sociais dos grupos que com ele interagem:

A dimensão das atitudes, presente na representação, revela dois posicionamentos distintos: um negativo referido às dificuldades enfrentadas para a implantação do SUS e para a sua execução; e outro positivo relativo aos direitos assegurados pelo novo sistema. Considera-se que a construção de uma representação implica a incorporação de diversos elementos, tais como conhecimentos relativos aos objetivos do SUS, aos seus princípios e à sua dinâmica interna, mas também implica um posicionamento diante dele, aceitando-o ou não. A dimensão das atividades exerce um papel fundamental de atribuir legitimidade aos esforços de consolidação do SUS, tanto em nível político-institucional quanto em nível da participação popular e profissional nesse processo (54).

O relato seguinte revela como a organização e o funcionamento do serviço pode influir negativamente na prática do profissional de saúde. No caso, a entrevistada refere-se à falta de recursos dentro do contexto público de serviço a saúde.

*Falta material... se não tenho recurso para isso então eu não faço... (...) eu não me recuso a atender o paciente... eu converso com ele... explico por que mas eu não faço procedimento... (Bianca, fonoaudióloga)*

#### 4.2.1.2. A PRÁTICA PROFISSIONAL NO SUS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Campos (14) reflete a necessidade de não se dissociar a questão clínica e as formas de organização do trabalho e de gestão, afirmando que há ausência de suporte e de arcabouço conceitual para a saúde coletiva realizar aporte aos profissionais. A autora sustenta uma gestão compromissada ao oferecer suporte, criar instâncias de análise para as equipes, sendo produtora de processos de subjetivação. Considera ainda a gestão como produtora de passagens, com um olhar aguçado na intensidade do trabalho em saúde na rede pública, suas experiências e singularidades do encontro entre profissional e população.

Aspectos organizacionais e estruturais do SUS são observados nas práticas dos profissionais entrevistados. Os relatos abaixo apresentam a estruturação e coordenação do serviço público como reguladores das ações de suas práticas profissionais.

*acho que não depende só de mim... né... depende de como o serviço está estruturado... (Silvana, psicóloga)*

*aqui eu tenho liberdade de atuação... (...) também dependo da chefia de procurar... ter uma abertura em relação às propostas... (Deise, terapeuta ocupacional)*

Ao se pensar nas formas de organização dos serviços de saúde, há de se considerar a singularidade de cada história de vida e, em especial, na história da implantação do Ambulatório de Saúde Mental onde foi realizada esta investigação. Há de se refletir sobre as histórias individuais que se inscrevem e no seu coletivo para possibilitar compreensões.

Dentre os quinze entrevistados que atuavam no Ambulatório no setor infantil, dez começaram suas atividades juntamente com a estruturação da área de Saúde Mental no município.

O Ambulatório foi se moldando a partir de ideias e esforços de profissionais sobre o serviço de saúde mental no município e nesse encontro, perspectivas e desejos foram se estruturando, culminando em práticas de saúde. Essa história foi lembrada por alguns profissionais como já anteriormente relatado, podendo ser observado no seguinte discurso:

*na verdade quando a gente... ah... os chamados desse concurso (ano de 1996)... quando a gente chegou não tinha sala para atender... não tinha espaço... nem espaço físico... mas eu acredito... até acredito... não sei... da política tal... mas eu acho que era uma exigência que fazia... (...) mas eu acho que pela população tal precisaria de um serviço de saúde mental... né... na cidade... (...) levou um tempo... pra gente ser reconhecido... ser olhado... atendíamos muitas vezes no corredor... que não tinha sala... tinham chamado treze profissionais e tinha uma sala para atendimento... (Silvana, psicóloga)*

Testa (55) ao discutir o planejamento em saúde propõe a compreensão da configuração do campo em que se estabelecem as práticas, campo este constituído por disputas sociais, dado os diferentes sujeitos sociais e seus interesses envolvidos naquele lócus. Assim, todo sujeito imerso em um processo organizacional, possui algum tipo de poder de intervir nessa realidade.

Conhecer a construção e a inserção dos profissionais no Ambulatório traz outros olhares para se compreender o funcionamento institucional e as práticas ali realizadas. A história contada através dos relatos dos profissionais do Ambulatório demonstra que muitos deles entraram para estruturar o serviço e estes pontuam a ausência de apoio e recursos. Os profissionais, dessa forma, se apropriaram do espaço por terem que construí-lo: trouxeram e

trazem material particular, brinquedos, mesas, cadeiras, móveis para organizar o espaço físico e o planejamento de suas ações.

*falta material... eu trago do meu consultório... ou então eu compro...* (Bianca, fonoaudióloga)

Para os profissionais de saúde, a prática profissional sob a perspectiva do SUS circunda uma atuação clínica de atendimento em saúde. Os interlocutores desses discursos são marcados por sua formação profissional, constituída em ações clínicas e terapêuticas e sintetizam, dessa forma, uma visão do SUS referenciando a própria prática profissional, a atuações clínicas da própria especialidade.

As intervenções da prática profissional parecem se alicerçar em parâmetros de conduta clínica e contexto privado de assistência a saúde. Alguns profissionais com experiência no mercado privado de assistência a saúde, como consultórios particulares, percebem que entre as práticas desenvolvidas em ambiente público e privado existem poucas diferenciações:

*não vejo diferença assim... meu trabalho em consultório particular não seria diferente do que é feito aqui...* (Tábata, psicóloga)

*aqui é um serviço público e a gente consegue fugir desse sistema que eu estava falando... a gente tem o dia e hora marcado... então todos os atendimentos nossos é com horário... então a gente faz a mesma coisa que faz num consultório particular...* (Mirassol, terapeuta ocupacional)

*a minha visão do que seria o ideal do SUS é como a gente atende em consultório particular... tá... do jeito que a gente atende particular eu acho que teria que ser o SUS...* (Bernarda, terapeuta ocupacional)

Para Fleury (56) parece ser natural pensar que o serviço público tenha condições precárias de atendimento. A segmentação de serviços privados a saúde aparenta ser valorizada e vista como referência de assistência à saúde, ainda mais com a visão de um SUS responsável apenas pela assistência à saúde (56).

Testa (55) atribui aspectos institucionais e de agrupamento de pessoas com interesses comuns à noção de organização. As compreensões referentes à prática profissional e as funções a esta denominadas sinalizam as necessidades e interesses dos envolvidos. Interesses estes que são permeados por uma instituição, no caso de saúde, e dentro de um contexto de políticas públicas.

Para a psicologia, o trabalho em instituições de saúde pública se tornou um desafio devido a dificuldades na adequação e no modelo de trabalho proposto e do tipo de clientela atendida (57).

O Conselho Regional de Psicologia - CRP da 6ª Região realizou um levantamento a respeito da prática do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde (58). Assinalou-se a predominância de atividades psicológicas de ordem clínica e atendimentos individualizados: psicoterapias e psicodiagnósticos. Levantaram-se os seguintes aspectos relativos à formação profissional do psicólogo: prevalência de disciplinas voltadas para a atuação clínica na formação, visão abstrata e a-histórica sobre o homem e predominância do modelo médico como referência na atuação em saúde.

A referência clínica do modelo médico de atuação é vista como uma tendência a ser seguida e é prolongada durante a vida profissional por diversos motivos inclusive a formação profissional. Oliveira et al. (59) ressaltam que a ausência de inovações teóricas aplicadas efetivamente no setor de saúde pública recai sobre os profissionais, que acabam por se isolar em suas salas, e frente à necessidade de responder a uma demanda crescente optam por realizar o que tradicionalmente se espera deles: o trabalho clínico.

Acrescenta-se, neste item, a possibilidade da ausência de maiores conhecimentos de políticas públicas em saúde ocasionando uma prática alicerçada na formação profissional.

Em literatura sobre os avanços e desafios do SUS (60) pontua-se que os profissionais de saúde ainda não têm sido formados com os conhecimentos, habilidades e

valores referentes aos serviços públicos. Há dificuldades na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde devido mudanças do processo produtivo e aspectos relativos ao mercado de trabalho e à organização dos serviços. Incrementa também sobre influência do processo educacional, com a desarticulação ensino-serviço e a desintegração de aspectos biológico-social, individual-coletivo. No relato a seguir, Isadora pontua sobre essa ausência teórica.

*a gente não tendo a teoria do SUS... eu fico pensando que cada um faz aquilo que acha que é possível fazer... (Isadora, psicóloga)*

#### 4.2.1.3. O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nos relatos dos profissionais entrevistados notou-se pouca vinculação com a criação do SUS e as inferências deste na própria prática profissional: de quinze entrevistados, onze relataram ausência de alterações. Muitos entrevistados entraram no mercado de trabalho após a criação do SUS e começaram a atuar já dentro do contexto do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

*eu nunca estudei na verdade... assim políticas públicas... então eu nunca me interessei muito por isso... (Isadora, psicóloga)*

*peguei numa fase que a coisa já estava implantada né... então eu não tenho muito conhecimento... (Silvana, psicóloga)*

*eu acho que não interfere... (...) eu acho que é mais o mandato da prefeitura e referente assim o trabalho interno dos profissionais... e não uma diretriz do SUS... né... então eu separo muito essa parte... (Mirassol, terapeuta ocupacional)*

As grades curriculares nos ensinos superiores das áreas de ciências humanas e da saúde aos poucos vêm abrangendo as políticas públicas de saúde, mas mesmo assim, profissionais formados em épocas anteriores detêm pouco conhecimento nesta área (61). Esses são fatores que corroboram com o entendimento de uma prática em saúde sob a ótica da formação do próprio profissional.

Em Silva e Da Ros (61) buscou-se compreender o papel do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família (PSF), atentando-se para sua formação acadêmica em relação ao Programa. Sob a ótica dos atores envolvidos, estudantes, professores e profissionais, observou-se que a atuação do fisioterapeuta no PSF pauta-se em atividades curativas e de prevenção de doenças. Alguns entrevistados, professores do curso de fisioterapia, desconhecem conceitos do SUS, o que se reflete no ensino e na formação dos alunos do curso. Concluem a necessidade de reflexões frente a ênfase biomédica ainda presente na formação profissional.

A atuação prática dos profissionais entrevistados parece estar bastante voltada aos padrões do modelo biomédico, um olhar clínico de saber particular. A função de coordenação trouxe maior contato com os princípios e diretrizes do SUS, segundo a entrevistada, pautando-se, atualmente sua prática profissional nesses parâmetros. A possibilidade de mudança funcional dentro do Ambulatório proporcionou um repensar frente à implantação do SUS, a prática profissional e o atendimento à saúde da população.

*atuando com coordenação aqui sim... né... atuando... eu acho que quando a gente trabalha na clínica... aqui no Ambulatório é uma coisa... atuando na coordenação é outra... então eu tenho que verificar tudo... tenho que estar atenta a tudo... quem é esse cliente que nos chega... (Cíntia, psicóloga)*

Alguns relatos enfatizaram a percepção de mudanças, tornando a prática profissional como tratamento e fonte de informação acessível para a população após a criação do SUS. Estes profissionais concluíram a graduação após o ano de 1988 e perceberam alterações na sua prática profissional como conseqüências da implantação do SUS. Talvez esta formação mais recente possibilite uma maior familiaridade com o tema.



*acredito que sim... (...) acredito que tornou-se (atendimento em psicologia) um acesso que antes não existia nesse sentido... tornou-se acessível... (Débora, psicóloga)*

*a implantação do SUS é bem anterior ao meu início profissional... (...) eu acho assim que muda... porque na verdade... não tem como se pensar numa psicologia fora do SUS... o SUS tem muito a trazer para a psicologia e assim em termos de abrangência... mas a psicologia também tem muito a trazer para o SUS mesmo entendeu... até por aqui assim... eu acho que essa questão mesmo de prevenção... de melhoria... da qualidade de vida... (...) evitar... prevenir a prevalência de transtornos mentais... de... ene problemas... (Anali, psicóloga)*

Criado na Constituição Federal de 1988, o SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990. Sua implantação, desde então, é um processo contínuo de construção e desenvolvimento de seus princípios e diretrizes em todo o território do Brasil (60).

O fato do SUS estar em construção pode sugerir uma discordância das percepções dos profissionais frente a este *SUS real* e ao *SUS ideal*. É possível inferir que estas visões sejam consequentes de um modelo que se encontra em processo de consolidação, buscando uma atuação regionalizada e uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde. As seguintes falas assinalam a visão sobre esse processo:

*mas eu acho que é uma coisa que precisa ser aperfeiçoada... que ainda tem muito para melhorar... (Anali, psicóloga)*

*Sistema Único de Saúde é o melhor sistema de governo... de atendimento a saúde que existe... mas precisa ser feito... alguns encaixes mais adequados né... mas que ainda estão caminhando para isso... ele é novo né... novinho... (...) é uma transformação... mas isso vai anos.. (Cíntia, psicóloga)*

#### 4.2.1.4. AS EXPERIÊNCIAS COM O SUS – PAIS E RESPONSÁVEIS

Para os pais e responsáveis, as percepções frente ao SUS são apresentadas através das próprias experiências junto aos serviços de saúde. O argumento se estabelece pelo vivenciado, apropriando-se da realidade em que os entrevistados estão inseridos e constroem diariamente.

*eu falo por mim que fiz os exames... tá sendo bem atendido...*  
(Mariana, tia)

*parentes meus que precisou do SUS... colegas que precisaram... tem muitos exemplos...* (Valter, pai)

*para mim significa tudo... porque é só ele (SUS) que eu uso...*  
(Morana, avó)

Merleau-Ponty (62) pontua que todo conhecimento, até mesmo o científico, é adquirido através de um ponto de vista particular ou mesmo de alguma experiência do mundo. Sugere ainda que a ciência é construída sobre o mundo diretamente experimentado, e se quisermos chegar a uma avaliação precisa do seu significado e alcance, devemos começar por despertar a experiência. Através do diálogo, quando se parte das percepções sobre a imersão do sujeito no mundo, a fala surge como um movimento significativo e intencional num campo de articulação de diversos sentidos (63).

Dentre as experiências mencionadas pela população, o SUS foi reverenciado através de vários aspectos: o acesso a todo tipo de tratamento, o acolhimento e a capacitação dos profissionais de saúde. O modelo de acesso universal proposto pelo SUS, com qualidade e integralidade na assistência e no cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção é apresentado nos excertos seguintes:

*agora tudo o que a gente procura no SUS já encontra... (...) seja aqui no posto de saúde... já precisei de Santa Casa... sempre fui bem atendida... (Morana, avó)*

*às vezes que eu precisei para a B. foi tudo rápido... (...) na mesma semana já marcou a consulta... já fez o exame... (...) já examinou... ele (médico) passou os remédios... marcou retorno de novo... (Amanda, mãe)*

*são excelentes profissionais né... (...) em todos os postos... a maioria já tem pediatra... (Roberta, mãe)*

Para a maioria da população entrevistada, a criação do SUS acarretou muitas mudanças no atendimento na área de saúde, como o acesso universal a exames clínicos, medicamentos e tratamentos médicos, a alteração na lógica da organização dos serviços de saúde e a rapidez no agendamento de consultas. Tais percepções estão atreladas aos princípios da universalidade, integralidade e da equidade propostos pelo SUS.

*mudou... agora tem remédio de graça... tem exames... (Amanda, mãe)*

*nossa mudou muito... (...) você já vem no lugar certo... (Jussara, avó)*

*antigamente só via reclamação... (...) era filas... demorava uma hora duas horas para ser atendido... (...) hoje tá sendo bem atendido...você chega logo é atendido... (Valter, pai)*

*antigamente muitas pessoas necessitavam de médico e não tinham condições... (...) e com o SUS... muitas pessoas utilizam né... (Cleusa, mãe)*

Pesquisa realizada pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP (63) aponta que pessoas que tiveram alguma experiência com o SUS têm uma percepção

geral mais positiva sobre o sistema de saúde, o acesso e a qualidade dos serviços. Revelou também que a valorização do sistema de saúde é influenciada pelo poder aquisitivo do entrevistado apontando que a percepção da qualidade do SUS cai sistematicamente à medida que aumenta o nível de rendimento do mesmo.

Na presente investigação percebe-se, no caso dos pais e/ou responsáveis entrevistados, além das percepções positivas do SUS, aspectos negativos como a ausência de determinados procedimentos médicos, o descaso e a demora no cuidar e a burocracia para se marcar consultas e receber encaminhamentos:

*da parte médica tá meio difícil... (...) o SUS diz que não existe cobertura dessa cirurgia... (Lidiane, avó)*

*muito ruim... muito demorado... (...) meu caso mesmo foi descuido deles... (...) eu ia lá sempre lá... com as perna inchada e ninguém nunca descobriu o que era... reclamava que não conseguia mais andar... (...) agora que eu fui descobrir já era tarde... o rim não tava funcionando mais... (Sabrina, mãe)*

*a burocracia ser muito grande... por que você vai num médico... tem que passar encaminhamento depois... você tem... que marcar outro médico... (Roberta, mãe)*

Nos relatos tanto da população de pais e/ou responsáveis como de profissionais entrevistados, a falta de recursos materiais e humanos e a forma de organização dos serviços parecem ser responsáveis pela lentidão dos atendimentos e pela desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Em pesquisa nacional de opinião a respeito do SUS, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, as percepções negativas estão fortemente associadas ao tempo de espera pelo atendimento e pelas filas (64).

#### 4.2.1.5. A CLÍNICA AMPLIADA – PAIS E RESPONSÁVEIS

Para Minayo (20), compreender as concepções populares é compreender a própria inserção dos sujeitos no mundo. Sob esta ótica, a apreensão do processo saúde-doença abrange um significado de *relações* que se expressam entre o sistema de saúde e seus envolvidos. As percepções devem compreender o contexto sócio-cultural e a história pessoal da população assistida para possibilitar questionamentos das políticas e dos serviços de saúde.

No discurso da população nota-se que muitas das queixas apresentadas pelas crianças em atendimento foram observadas inicialmente por outros núcleos sociais (escolas, conselhos tutelares). A demanda pelo Ambulatório ocorre mediante encaminhamento, por se caracterizar como serviço de atenção secundária à saúde, e frente a estas demandas, várias visões são levantadas:

*então na verdade foi a escola né... (...) ela (professora) começou a ver... algumas dificuldades... nele assim de entrosamento... ele (filho) não conversava com as crianças então ela pediu que procurasse... (...) fiquei pensando “será que meu filho precisa... mesmo disso daí...” esperei um pouco daí a escola insistiu... daí eu fui... (Barbara, mãe)*

O encaminhamento dessas crianças para o Ambulatório nos traz questionamentos sobre a pertinência das queixas: será que as dificuldades apresentadas não são consideradas ou observadas como demandas pela própria população? Ou o encaminhamento através de outros setores torna possível o acesso à população frente a sua demanda, como explicitado no relato a seguir:

*além de falar errado eu percebi que tava escrevendo errado também... ai eu vim procurar... eu conversei com a professora... expliquei para ela e ela encaminhou para cá... (Cristiane, mãe)*

Elias (65) e Almeida (66), ao se referirem à participação social, propõem que a população seja olhada como sujeito e não objeto do processo, atentando para sua heterogeneidade e singularidade, sendo possível a adequação e universalização dos sistemas de saúde. Dessa forma, buscar olhar para a demanda que a população traz ao serviço de saúde é também se ater para o caminho por ela percorrido em setores sociais e de saúde.

A perspectiva de uma clínica ampliada no SUS implica na abordagem do usuário para além da doença, na construção de um vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (53). Percebe-se a necessidade de contextualizar esse encontro entre a população e o serviço de saúde para a significação e construção de produção em saúde.

A população diante dos serviços públicos de saúde não deve ser definida apenas como cliente, mas como cidadãos de direitos, inclusive o direito de participação. A participação da comunidade na formulação de estratégias de democratização do SUS dá-se por iniciativas, criatividade e gestão participativa (60). Para Fleury (56), mostrar a população brasileira que essa política pública é dela, com o entendimento do Sistema como público e necessário para todos os cidadãos impulsiona a população assumir o SUS como uma conquista. A fala de Renato suscita esse desejo da população de ser ouvida e de também se apropriar do SUS como um serviço necessário e de direito do cidadão brasileiro.

*esse pessoal que tá envolvido na área da saúde... o que eles teriam que fazer mais? Pesquisa pros usuários... o que tá acontecendo... se eles tão sendo bem atendidos... (...) e o povo também teria que tá dando as sugestões né... de mudança.... (...) tem muito pouco isso... (...) o médico no postinho... ele tem dez consultas... ele vai fazer as dez consultas dele... “já fiz a minha parte...” entendeu... e não vai além disso...pergunta pá pessoa como que a pessoa tá se sentindo... se ela foi bem atendida... (...) eu acho que falta isso... (Renato, padrasto)*

Nos relatos da população, buscou-se conhecer e compreender sugestões frente o atendimento das suas queixas. Visando maior benefício para o atendimento foram

mencionadas a rapidez e maior articulação nos encaminhamentos entre os setores e órgãos públicos, maior período de tempo previsto aos atendimentos, ampliação do quadro de funcionários na área de saúde e reajuste na remuneração salarial dos funcionários em saúde.

*quando vê que a criança já tá na escola... como tem assistente social... é pra ela já ter um caminho (encaminhamento) para elas... para a professora passar o problema e a mãe já vê o caso... e daí procurar ajuda para daí encaminhar as crianças por exemplo prum serviço igual esse... (Rosana, mãe)*

*deveria ser mais tempo... eu acho que é muito pouco o tempo de atendimento... e assim uma vez só por semana... poderia ser duas vezes por semana... que aí o resultado seria mais rápido né... (...) se fosse uma hora por dia... seria bem melhor... (Consuelo, mãe)*

*se não tem médico... procurar pôr mais médico... se tem médico e eles não recebem de acordo com a profissão deles... melhorar o salário deles... (Renato, padrasto)*

Outros fatores que decorrem da situação social da família foram observados. A queixa se amplia de um olhar de prática clínica e estruturação organizacional para o contexto social na assistência em saúde conforme os relatos:

*precisava melhorar assim condições de gasto... buscar ajuda assim no passe (transporte) mas eu achei muito... eu desisti... eu cheguei a ir... ver certinho sabe... conversar com a assistente... você vai na prefeitura... aí até então... volta passar pelo médico de novo... para comprovar que tá vindo... (...) pelo menos um desconto... pelo menos a metade (do valor da passagem) assim... dá para a gente... o ônibus... que eu acho mais difícil é isso aí... daqui do serviço para mim... não tenho que reclamar... até agora tá tudo bom... bem atendida... tudo... tô contente nessa parte não tem que reclamar só elogiar... (Mariana, tia)*

As profundas desigualdades sociais vivenciadas no século 20 alertam para a preocupação governamental com a questão social e as demandas da população. As políticas

públicas, junto ao surgimento da crise econômica e fiscal de Estados de bem-estar, como estratégia buscam as redes primárias de atuação em saúde e assistência social e a família como principais promotores quanto ao cuidado do ser humano (51).

Nesse sentido, as políticas públicas têm como finalidade de ser uma resposta do Estado às demandas que emergem da sociedade e do seu próprio interior. No caso da área da saúde, percebe-se a necessidade da reestruturação da concepção da prática voltada a uma visão integral do sujeito, abarcando sua história de vida e suas relações sociais e que esta seja compreendida respeitando suas formas de organização frente a crescente modificação das dinâmicas familiares, como observado nesta pesquisa.

Em documento do CONASS (60) reflete-se sobre as dificuldades frente a um SUS universal e a necessidade de se atentar a dois aspectos fundamentais para o alcance desta universalidade: o sistema de valores da sociedade sobre os quais se estruturará o desenvolvimento brasileiro e o volume e a composição do gasto em Saúde. É necessário, dessa forma, a construção e definição de valores junto à sociedade brasileira frente o seu desenvolvimento nos campos da saúde, social e econômico (53).

Outros aspectos referentes à queixa foram abordados e, dessa forma, foi possível refletir sobre a compreensão dos entrevistados frente à demanda de atendimento. Observa-se a interligação das sugestões para a melhoria dos atendimentos e a demanda da criança segundo a percepção dos cuidadores sobre valores morais:

*eu quero uma atividade que mexa com a cabeça dela (filha)... que ela aprendesse mais o que é certo o que é errado... por que às vez ela é teimosa... ela é meio bobinha... que nem na escola... a professora faz a lição ela cruza o braço e não quer fazer...  
(Amanda, mãe)*

No relato acima exposto, observou-se que o processo saúde-doença é também visto como normalização do desenvolvimento humano, uma prática em saúde alicerçada a um modelo estritamente biomédico, valendo-se de meios que proporcionem a cura da doença, o retornar o organismo a um funcionamento considerado normal. Conforme Canguilhem (4), o considerado normal em saúde, é delimitado pela referência aos padrões da fisiologia e das



funções dos órgãos vitais. A doença é olhada sob uma variação normativa da vida, mas é necessário que se atente para que ela não siga a mesma norma que a fisiologia, ou seja, que ela possa ser relacionada à vida, e todo o contexto que esta se encontra imerso (4).

Através dos relatos, a concepção de saúde se amplia para uma visão de caráter social, constituída pelo contexto histórico vivenciado, pelas histórias de vida da população, das políticas públicas, do funcionamento das instituições de saúde e das práticas profissionais. Campos (14) ao refletir sobre o cuidar em saúde, refere a estreita vinculação entre os protagonistas desta relação, a prática em saúde e a gestão. No relato a seguir, a demanda observada pela mãe é interligada as histórias das pessoas desta família e as percepções frente as relações da prática em saúde.

*se tivesse mais atividades assim que pudesse a mãe interagir com a filha junto eu acho que talvez ia ser até melhor... acho que o que ela (filha) tem é medo... carência... não tô conseguindo passar o que ela espera... eu pelo menos fui criada tenho dez irmãos não sou assim acostumada... tanto... aquele relacionamento emocional muito junto... (Roberta, mãe)*

#### 4.2.1.6. O SUS PARA POBRES – PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS E RESPONSÁVEIS

Para a maioria dos profissionais de saúde e dos pais e responsáveis, o Sistema Único de Saúde foi considerado como um sistema público de saúde destinado a assistência de pessoas com poucos recursos financeiros, provenientes das classes econômicas mais desfavorecidas.

*acho que seria dar acesso a população de baixa renda... (Débora, psicóloga)*

*para quem não tem oportunidade de ter convênio particular...*  
(Deise, terapeuta ocupacional)

*o SUS para mim é uma ajuda... à família carente né...* (Rosana, mãe)

*é uma ajuda para quem não tem condições de tá pagando médico...*  
(Cleusa, mãe)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD Saúde de 2003 (67) realizou coleta de informações de mais de 133 mil domicílios no país, entrevistando 384,8 mil pessoas. Os dados do PNAD reproduzem a visão observada nos discursos dos entrevistados, profissionais e pais e responsáveis: um modelo de saúde pública para uso dos mais desfavorecidos da população. Estima-se que 65,5% da população não possua plano de saúde e 34,5% da população brasileira usufruía de planos de saúde privados, individuais ou coletivos, ou ainda planos de assistência ao servidor público. A busca por atendimento em postos de saúde e ambulatórios de hospitais públicos foi mais freqüente entre a população com menor rendimento enquanto, inversamente, os consultórios particulares e os ambulatórios de clínicas foram mais aludidos por aqueles com rendimento mais alto.

As percepções dos entrevistados sobre o SUS como um serviço para usuários com rendimentos econômicos pouco favorecidos, de fato, condizem com a realidade da população brasileira como descrito no PNAD, vivenciada por todos nós.

Os indicadores sociais do IBGE (68) podem servir de parâmetro para o melhor conhecimento da realidade brasileira. A mensuração de pobreza na população brasileira pode ter como base a mediana de rendimento mensal familiar. Considerando esta mediana como um patamar mínimo, todos os que se encontram com rendimentos abaixo de 60% da mediana vivenciam uma situação de pobreza. Dessa forma, em 2009, no Brasil, a mediana do rendimento familiar *per capita* da população brasileira era de R\$ 465,00 e, nessa ótica, 28,2% dos arranjos familiares estavam abaixo deste limite (68).

Os dados do IBGE (68) também apresentam na percepção das famílias entrevistadas o grau de dificuldade para chegar até o fim de cada mês frente ao rendimento salarial. Estas informações são de grande importância, pois apresentam sob a ótica da população medidas relativas ao próprio bem-estar e rendimento. Nestes indicadores do IBGE, mais de 75% das famílias abordadas alegaram ter algum nível de dificuldade. Das famílias com um nível alto de dificuldade, 64,2% viviam com até três salários mínimos de renda mensal, o que demonstra, de fato, que aquelas com menores níveis de renda são as que mais alegaram ou que tiveram maior percepção das dificuldades em chegar ao fim do mês com tal patamar de renda.

Considerando-se que dentre os pais e responsáveis entrevistados nesta investigação, 26,7% possuem um rendimento familiar superior a três salários mínimos e 60% um rendimento igual ou inferior a três salários mínimos, estes podem ser representantes, conforme os indicadores do IBGE (68), de uma parcela da população que vivencia dificuldades frente às condições de renda. Este mesmo grupo de pessoas são usuários do SUS. Percebe-se, portanto, nesta pesquisa, que as percepções observadas sobre o SUS como direcionado a população desfavorecida economicamente são fortemente alicerçadas por essa parcela da população representada nas entrevistas.

Observaram-se ainda nos relatos de pais e/ou responsáveis, que utilizar os serviços públicos de saúde parece reforçar uma posição de inferioridade social motivada por necessidades financeiras, caso contrário, não haveria a busca pelo serviço público:

*não tenho plano nenhum... por que o que eu ganho não é capaz de pagar... (Morana, avó)*

*eu procurei usar o mínimo do SUS... usei mais o SUS mesmo para as minhas meninas quando eu já tava sem plano médico... (...) estou sem plano hoje... mas se eu tivesse condições eu teria plano de saúde... eu não dependeria do SUS... (Renato, padrasto)*

A relação entre o SUS e pessoas de baixa renda foi também observada por Silva e Das Ros (61), em pesquisa realizada com professores e alunos do curso de fisioterapia e até

por profissionais da rede. Os achados levam a refletir por que as ações de saúde do SUS são tidas como concessão aos pobres, atentando-se para a contra mão das premissas do SUS que pregam equidade/universalidade. Os autores concluem que há necessidade de inserção de atividades na grade curricular aproximando os alunos da realidade no campo de saúde pública e a capacitação dos professores de ensino superior, já que muitos não foram originalmente capacitados para proporcionar tais práticas aos alunos. O trabalho busca despertar as possibilidades na formação dos profissionais de saúde, no caso, de fisioterapia, para maior aproximação e conhecimento sobre o SUS.

#### 4.2.1.7. O SUS POBRE PARA POBRES – PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS E RESPONSÁVEIS

Pelo princípio da universalidade todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS sem restrição alguma, de nenhuma forma e em nenhuma circunstância (60). Embora haja o conhecimento deste princípio, há questionamentos quanto ao acesso ao serviço de pessoas consideradas mais favorecidas financeiramente como no relato de um profissional:

*you know that the patient has conditions of having a treatment outside... of a treatment of a convention... (...) is population you cannot deny service... it is a right of his but he is not aware that he is taking the place of another person... of a person who really needs... (Bianca, fonoaudióloga)*

Conforme Goffman (69), o estigma produz o efeito de reduzir a pessoa a determinado sintoma, no caso a doença, e, nos relatos, observa-se que aqueles que têm acesso aos serviços de saúde carregam um estigma de serem dependentes do SUS.

*who is the SUS is for those who do not even have the condition to pay... then... person who is poorer... she is even more humble... (Jussara, avó)*

O atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, porém percebe-se que o estigma não está na pessoa e sim na relação entre os indivíduos, no outro que estigmatiza, denotando uma visão de inferioridade ao SUS, seus serviços e, conseqüentemente, aos seus usuários.

Esta visão de inferioridade frente ao SUS e aos usuários do SUS transfere ao atendimento uma função assistencialista, a sensação de ser um favor aos mais desfavorecidos. Dessa forma, o direito e apropriação sobre a qualidade da prática em saúde pública ficam distantes de participação popular, de sentimentos de exigências e reclamações frente ao serviço. Um dos entrevistados relata não ter reclamações do SUS, porém optou por pagar um plano médico para realizar procedimentos que não conseguiu através do serviço público e outro questiona a aquisição econômica como limitante frente ao poder de reivindicação:

*o SUS... sabe não tem assim o que reclamar... (...) foi muita demora... e eu comecei a pagar um plano de saúde... (Jussara, avó)*

*nesse caso quem sofre é a população... principalmente a de baixa renda... porque aquele que tem renda ele tem aonde recorrer... (Renato, padraço)*

Para Fleury (56), é fundamental superar a ideia de que é natural que o serviço público seja ruim e a decorrente aceitação de condições precárias de atendimento. O acesso e acolhimento com qualidade são desafios para o SUS, pois “a banalização da precariedade traz consigo a banalização da injustiça social, porque a precariedade leva a sofrimento, a horas de espera na madrugada”. O cidadão deve ter segurança de que será atendido quando precisar e o poder público deve se sentir responsabilizado pelo atendimento qualificando profissionais de acolhimento e organizando processos.

Frente à avaliação positiva da qualidade do serviço público realizado, este fica comparado a um serviço privado de assistência a saúde. Os direitos dos usuários da saúde estão especificados na Carta dos Direitos dos usuários da saúde elaborada pelo Ministério

da Saúde (70). De acordo com o primeiro princípio da carta, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. O segundo e terceiro princípios esclarecem sobre o direito a um tratamento adequado para seu problema de saúde. Porém, conforme relato a seguir, um atendimento adequado a saúde não parece ser considerado como direito:

*meu irmão... ficou assim internado e foi super bem atendido...  
nossa... parecia assim (assistência médica) particular... (Mariana,  
tia)*

Bravo (71), ao analisar a trajetória da Política de Saúde no Brasil, pontua que na década de 60 o setor saúde precisava assumir características capitalistas desenvolvendo simultaneamente um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade, proporcionando a capitalização da medicina e uma prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com atendimentos diferenciados dependendo da clientela. Após este período, o movimento da Reforma Sanitária veio reforçar a necessidade da universalização do sistema de saúde brasileiro, culminando em 1988 com a Constituição Federal. Porém, o que se percebe é que a universalização instituída constitucionalmente não é a que se verifica na realidade brasileira:

o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (71).

Com o decrescente financiamento para a área de saúde, o papel do Estado focaliza-se para o atendimento dos segmentos mais pobres da população, e a perspectiva de acesso universal cada vez mais distanciada da constituição. O acesso que se estabelece não é por

direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (71).

Segundo Santos (72) o contexto político influenciou o processo de construção do SUS: aos sub-financiamentos, adveio a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma intensa terceirização privatizante. O crescimento de uma demanda espontânea orientada aos bens e serviços de maior custo do SUS, em benefício dos consumidores de planos e seguros privados de saúde, aprofunda a fragmentação do atendimento, *tornando o SUS complementar ao mercado, refém do “modelo da oferta” e mais “pobre para os pobres”*.

#### 4.2.2. CUIDAR EM SAÚDE

O cuidar é considerado pelos entrevistados como uma atenção à saúde através de diversas práticas e também intrínseco à relação entre os indivíduos envolvidos. Percebe-se a compreensão de uma relação de troca, na qual se devem estar atento ao encontro de suas singularidades. Os entrevistados abordam também sobre as dificuldades desta relação devido à complexidade das práticas em saúde, refletindo, conseqüentemente, sobre a qualidade do cuidado.

##### 4.2.2.1. O CUIDAR E AS PRÁTICAS EM SAÚDE – PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS E RESPONSÁVEIS

Para os profissionais entrevistados, as percepções do cuidar em saúde representam uma forte interlocução com a própria prática profissional. Dessa forma, o cuidar pode ser

visto nos relatos por meio de ações, procedimentos e técnicas da própria atuação da prática profissional.

*então você vê qual o diagnóstico... você faz uma avaliação... você faz um atendimento... (...) daí você tá fazendo o cuidado... daí você tá fazendo uma prevenção... (Mirassol, terapeuta ocupacional)*

*acolher... penso que é... ah... auxiliar... orientar... ouvir... ah... tratar... (Isadora, psicóloga)*

Nas ações e práticas relatadas, as percepções circundam também práticas preventivas, como segue o relato. A atuação na atenção secundária de saúde, constituindo as práticas do Ambulatório, não traz a percepção de um cuidar visto só como paliativo, mas também como preventivo.

*cuidar para mim é prevenção mesmo... existem várias formas de prevenção... né... uma delas que eu acho muito interessante de que é o cuidado com saúde... é a realização de palestras... (Maria, fonoaudióloga)*

Outros profissionais entrevistados referiram o cuidar em saúde como uma prática de auto-cuidado entre trabalhadores da área de saúde, necessária para a realização de um serviço adequado frente a população.

*eu acho que o cuidado... começa pelos próprios profissionais... (...) o cuidado de achar que você pode atender tudo... e às vezes você não pode... (Bianca, fonoaudióloga)*

*o cuidar de si... (...) para poder estar bem para atender os outros também... cuidar dos outros né... (Tábata, psicóloga)*

Para os pais e responsáveis entrevistados, as percepções sobre o cuidar encontravam-se relacionadas às práticas e ações em saúde, abrangendo práticas preventivas



e paliativas. O SUS é referência direta quanto ao cuidar a saúde como observado no relato de Rosana.

*cuidar da saúde é se alimentando bem... entendeu... dormindo bem... e se tiver algum problema de saúde procurar algum profissional... um médico... (Valter, pai)*

*a primeira coisa é a gente correr para o SUS... (...) a gente corre com ele pra cuidá... (Rosana, mãe)*

A atenção à saúde é compreendida como todos aqueles aspectos que envolvem o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças (53). Atualmente, a legislação brasileira amplia o conceito de saúde considerando seus vários fatores determinantes e condicionantes: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (53). Dessa forma, há a necessidade do desenvolvimento de ações conjuntas entre os setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, diretamente.

A educação em saúde é vista também como prática de cuidado, uma vez que esta potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, respondendo às necessidades da população (53). Dessa forma, a educação contribui para a autonomia das pessoas no seu cuidado e através dos profissionais e dos gestores, proporciona a atenção em saúde de acordo com as necessidades de seus indivíduos.

*não adianta só atender... 'informamos a...' não adianta... a pessoa tem que ser conscientizado do por que está acontecendo aquilo... (...) ir educando... educando a população... (Bianca, fonoaudióloga)*

Cuidar da saúde é ter direito a um tratamento de saúde adequado, digno, referenciando os princípios e objetivos instituídos no SUS (53). O relato abaixo expõe um posicionamento

contrário à lógica da inferioridade, da impossibilidade de reclamar, da falta de saber sobre a própria enfermidade:

*tem que procurar o médico... é... se vê que não tá sendo bem atendido... tem que abrir a boca e falar... (...) 'você não é um coitado... é um paciente... é um ser humano... você tem que ser tratado como você merece... como um ser humano'... (Jussara, avó)*

Buss (73) constata o potencial das ações de promoção da saúde como estratégia de empowerment individual e coletivo. Buss (74) reflete ainda que promoção de saúde e qualidade de vida expandem o conceito de saúde para além da evitação de doenças e prolongamento da vida. O proporcionar meios e situações para ampliar a qualidade da vida, a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, padrão este de valores socialmente definidos, também podem ser considerados como um cuidado a saúde. Nessa perspectiva, a intervenção em saúde refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

#### *4.2.2.2. O OLHAR AO OUTRO NA RELAÇÃO DE CUIDAR – PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS E RESPONSÁVEIS*

O cuidar em saúde sob a perspectiva dos profissionais pode ser visto como um encontro, pautado no olhar ao outro, para além de sua queixa, observando e acolhendo as suas necessidades e constituindo, desta forma, uma relação, uma interação.

*então você realmente está disposto a ver qual é a necessidade da pessoa... (...) o que é que você pode fazer pela aquela criança... (Mirassol, terapeuta ocupacional)*

*particularmente eu vejo assim o cuidado que eu tenho que ter com o paciente... com a família né... ah... antes de mais nada... ouvir por que ele tá aqui... (Joana, fonoaudióloga)*

Para Boff (75), o cuidar inclui necessariamente o envolvimento afetivo com o outro: “cuidar é mais que um ato, é uma atitude”, representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Dentro da perspectiva interacional, o cuidar em saúde encontra-se atrelado a parâmetros do SUS como a igualdade da atenção à saúde, sem privilégios e preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um (53).

*eu acho que o principal assim é você respeitar a singularidade das pessoas... é você ouvir... é você dá atenção... é você assim orientar... (Anali, psicóloga)*

*cuidar em saúde é ver uma pessoa como todo... tanto psíquico físico... (...) a gente tem que ver que ele é um todo... então assim... (...) tem mais além da queixa... (Bernarda, terapeuta ocupacional)*

O cuidar visto como prática profissional constitui-se em uma relação, do profissional e de quem se recebe a ação, a quem se pratica o cuidar. Considerando a prática profissional mediada por um saber específico e necessário para um saber-fazer estruturado, percebe-se que a atuação do profissional de saúde vai além da operacionalização, por se constituir em prática voltada para outro ser humano. Percebe-se que este sintoma reflete algo mais, ele é inserido dentro de um contexto vivenciado por um sujeito constituído e constituinte de uma história de vida sendo ainda complexo e difícil de abarcar, como o exposto pelas falas dos profissionais.

*...e o cuidar tem o caso que você quer colocar no colo e levar embora... (...) o social da criança tá muito complicado... então a pessoa que tá cuidando dessa criança não tem aquele*

*envolvimento... então é difícil sim... cuidar também é difícil...*  
(Bianca, fonoaudióloga)

A prática no Ambulatório, envolta por muitas ações clínicas, entra em um conflito com a demanda que se amplia para além de questões sociais. Percebe-se, como anteriormente exposto, demandas na área da saúde fortemente alicerçadas à história de um sujeito social. O cuidar se torna difícil, como fala Bianca, por se deparar com o mais além da queixa. A atuação clínica encontra limitações em seus parâmetros biomédicos. As queixas se ampliam a questões sociais e, uma mediação inicial da atenção primária em saúde e da articulação de outros setores públicos poderiam proporcionar uma menor dependência de serviços de maior complexidade de saúde, como a atenção secundária e terciária (5).

Para os pais e responsáveis entrevistados, o cuidar em saúde também suscitam expectativas frente as práticas em saúde e as condutas dos profissionais, que desembocam no desejo da população de ser olhada, de ser compreendida, de ser escutada frente a sua demanda.

*nem escutou você falar... nem te examinou... isso para mim não é cuidado... (...) eu acho que é ter um atendimento... que você possa conversar com o médico... ele te examinar... sabe... isso é cuidar...*  
(Consuelo, mãe)

Martins (17) ao pontuar sobre ao modo de atuação de profissionais da saúde, propõe o olhar para o outro, assim como do profissional sobre si, como condutores da prática. A relação entre o profissional e população tem base na autenticidade e alteridade da interação entre os sujeitos no cuidado no campo da saúde.

*a gente se preocupa... às vezes perde noite de sono... pra cuidar com carinho com amor... (...) às vezes precisa de uma pessoa também para cuidar da gente... (Rosana, mãe)*

A relação entre o profissional de saúde e a população é referenciada através das ações daquele para com esta, tornando interligado o seu modo de agir a práticas e procedimentos técnicos. As experiências são base para análise e suporte da compreensão do vínculo social e profissional estabelecido na relação de cuidar como se apresentam nos relatos:

*tem uns que conversa mais e dá mais liberdade... que eu acho que isso é muito bom para a gente... (...) dá mais atenção... pelo menos olhasse na gente... (Mariana, tia)*

*aqui eu encontrei uma coisa muito bonita... (...) respeito elas (profissionais) e elas me respeitam... e principalmente o carinho que elas têm... com meu filho... com meu sobrinho... e com a minha pessoa mesmo... né... elas vê no olhar da gente como... como a gente tá... como a gente num tá... (Rosana, mãe)*

*eu acho que é uma responsabilidade muito séria... que dizê você (profissional) tem que tá preparado... você tem que gostar... (...) tudo o que você for fazer... você tem que ter amor naquilo que você vai fazer... se você não tiver amor... não adianta... (Jussara, avó)*

*conversar... o profissional tem que conversar... (...) daí você tem confiança no médico... (Consuelo, mãe)*

*o médico deveria ser mais atencioso... (...) eles deveriam ter mais... um pouco de cuidado... ter mais paciência já que eles tão lá para atender a gente... (Cristiane, mãe)*

O respeito ao cidadão é um direito, assegurado pelos princípios do SUS, e para o entendimento da população nos relatos acima, a relação se estabelece pelo olhar, pela atenção, pela escuta, pela conversa: o amor e carinho vistos como constituintes da prática profissional.

O acolhimento, em suas várias definições, expressa um “estar com” e um “estar perto de”, implicando um estar em relação com algo ou alguém. O acolhimento como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS propõe uma tecnologia do

encontro, um regime voltado aos afetos, construído a cada encontro e mediante os encontros, a constituição de redes de relações potencializadoras nos processos de produção de saúde (53). Cuidar em saúde é estabelecer relações de cuidar entre a população e o profissional de saúde.

*acolher bem a pessoa... escutar... respeitar a pessoa...* (Fernanda, psicóloga)

*tem que ter um acolhimento... (...) então eu vejo que pessoas procuram o serviço e só um acolhimento bastaria...* (Silvana, psicóloga)

As percepções dos profissionais entrevistados remontam a relação de cuidar como constituinte de um encontro entre sujeitos, com diferentes demandas frente a este encontro, e a formação de um vínculo, de afetividade e de troca de experiências.

*eu penso que uma relação... ela se dá quando existe desejo de dois... então assim... quando existe o desejo de alguém ser cuidado e o desejo de alguém cuidar...* (Isadora, psicóloga)

Como se pode notar, para os entrevistados, profissionais e pais e/ou responsáveis, o cuidar em saúde é observado como uma relação, uma interação entre os envolvidos. A relação, dessa forma, também é vista como um cuidado em saúde, auxiliando na qualidade deste:

*eu acho que só de a gente ter um bom atendimento ajuda a gente a sarar...* (Morana, avó)

Neste trecho, Morana expõe sua percepção de uma adequada atenção a saúde: a importância do contato entre o profissional e a população, a importância do encontro visto sob a forma de atendimento.

Pierre Bourdieu (76) sugere o conceito de *habitus* como uma matriz cultural que se reflete nas escolhas feitas pelos sujeitos, diferenciando-os devido às formas próprias de compreender e viver a vida. O indivíduo se constitui através das e nas experiências práticas, no agir de seu cotidiano. Este é constituído de um capital social e cultural (77), como redes de relacionamentos, valores, tradições e saberes próprios, em constante transformação e incorporado pelo *habitus*. Ao contrário de uma contraposição entre o conhecimento médico e a demanda, a atuação em saúde deveria possibilitar a tentativa de se aproximar estas realidades, compreendendo as diferenças entre indivíduos, produzindo saúde, através da significação de suas ações.

*eu acho que é uma troca entendeu... é uma relação de troca... por vezes eu acho que ela é um pouco difícil assim porque tem... como todas as relações... têm as incompatibilidades... alguns pontos de vista diferentes... tem as próprias demandas da instituição... (...) você aprende muito também... as pessoas também agregam muito a sua pessoa... (...) é uma troca e um aprendizado... (Anali, psicóloga)*

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, estabelecendo trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e produção de sujeitos (53). A relação entre o profissional e a população é vista, pelo excerto que segue, como de afetividade, de amizade:

*de amizade entre o paciente e um médico... (...) então um procurar entender o outro... (Amanda, mãe)*

Nos relatos expostos sobre o Cuidar em saúde, percebem-se as afinidades das falas dos entrevistados, embora sob perspectivas e lugares diferentes, ora profissionais, ora pais e/ou responsáveis. Tais percepções relacionam-se à promoção da saúde, dentro das mais diversas ações e práticas no campo da saúde, assim como o olhar de um cuidar imerso dentro de uma relação, uma interação entre seus envolvidos. Para os profissionais de saúde e pais e responsáveis entrevistados, as percepções da relação de cuidar estão atreladas e são constituintes do cuidar em saúde e da prática profissional.

#### 4.2.2.3. AS BARREIRAS NO CUIDAR – PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS E RESPONSÁVEIS

Algumas barreiras foram observadas pelos entrevistados na relação entre o profissional de saúde e a população: a dependência nessa relação, a falta de informação, a falta de respeito e a prevalência de parâmetros biomédicos.

Percebe-se em alguns casos que a terapêutica não alcança benefícios, a técnica fica destituída de sentidos e suas ações descontextualizadas de seus personagens. Os relatos seguintes apresentam questionamentos quando a relação entre o profissional e a população se transforma em uma dependência deste último para com o primeiro:

*nem sempre ela (população) tá doente... (...) às vezes ela só quer uma atenção... ela só quer alguém que olhe para ela... que ouça ela... (...) tem pacientes aqui que eu conheço há muitos anos... a queixa não muda... é a mesma... será que o remédio não fez efeito? Será que a terapia não fez efeito? Ou é a pessoa que não quer? por que não melhora? Ai... a gente começa a se questionar... por que esse paciente não tem evolução? Ai que você começa a pensar por um outro lado... entendeu? Então... essa relação... eles acabam ficando dependentes... da gente... (Bianca, fonoaudióloga)*

*quê olhar se tem para esse paciente? por que ele vem aqui reclamar das dores dele? Ah... porque aqui é quem cuida... então... mas que cuidado tá sendo dado se ele continua vindo todo dia? (Silvana, psicóloga)*

O modelo médico fica evidente na tentativa de se mediar o discurso clínico com o discurso da queixa, da demanda, de quem busca o serviço. O saber clínico tende a ser o discurso vigente na condução da terapêutica aplicada. A prática em saúde advém de um modelo biomédico voltado para ações diagnósticas, curativas, preventivas e paliativas, propondo um saber detentor do médico e o sujeito visto como objeto. O sujeito demandante do serviço acaba, muitas vezes, sendo resumido a um sintoma desvinculado de significados atrelados a este.



É, neste momento, frente a uma terapêutica que não proporciona os efeitos desejados, que se estabelecem questionamentos quanto à relação de cuidar, vista como uma relação de dependência do paciente com o profissional, ou até mesmo para com a instituição. Para Foucault, pensar em práticas, dentro de uma instituição, remonta a disciplina que distribui os indivíduos no espaço, cabendo a cada sujeito um lugar específico (7). As localizações são funcionais, e cabe a cada lugar ocupado a tentativa de vigiar e de manter a forma de funcionamento da instituição. Na disciplina correta estabelecem-se os recursos para o bom adestramento do indivíduo, ou seja, os sujeitos são objetos de uma ação e detêm instrumentos que colaboram com seu próprio adestramento e para manutenção deste posicionamento. Assim, mantêm-se uma organização de práticas, muitas vezes descontextualizada da história de vida dos pacientes, por ser esta a maneira de obter o controle quanto à prática em saúde, ficando ao outro, população, as recusas de não se adequarem ao funcionamento da Instituição, ou até mesmo, a dependência desta rotina mantida pelas práticas.

A relação deve ser vista, conforme Soar Filho (16), como uma inter-ação, ou seja, uma mútua participativa ação ocorrido entre os dois envolvidos, para além de uma ação de um sujeito sobre outro. Campos (18) ressalta a gestão democrática por meio de uma clínica ampliada e compartilhada ao focalizar no usuário a busca de sua autonomia, sendo este visto como participante do processo do cuidar na saúde em uma co-gestão junto aos profissionais da área de saúde.

Os relatos dos profissionais de saúde referenciam a falta de informação da população frente ao trabalho realizado. Acirole (77) aborda a prática do controle social no SUS como espaço de defesa do interesse público nas políticas de saúde. Há, dessa forma, necessidade de apropriação de conhecimento e acúmulo de poder para se constituir uma relação dialógica e pedagógica no cuidado médico-paciente e proporcionar a socialização dos conhecimentos sobre os determinantes do estado de saúde e da organização dos serviços e da política de saúde.

*eu acho essa relação complicada... por quê? Porque a população não conhece o nosso trabalho e também não conhece o SUS... eles*

*acham que o SUS é só o tratar... (...) às vezes eu sinto que a população sente um pouco de medo... de chegar no profissional... (...) vergonha... até de procurar o atendimento... (Maria, fonoaudióloga)*

A clínica ampliada tem como proposta que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de auxiliar as pessoas, não apenas perante as enfermidades, mas a se transformar, como autônomo e participativo na produção de saúde (53). Porém, alguns relatos da população usuária entrevistada apresentam o temor e a necessidade de baixar a cabeça frente ao profissional de saúde.

*ele (paciente) tem vergonha de chegar e falar sabe... ele acha que ele é o coitado e não é... (Jussara, avó)*

*a gente tem que aprender a também abaixar a cabeça... (Amanda, mãe)*

A atenção em saúde busca valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão. É necessário também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde (53). Percebe-se, no relato seguinte, que a partir dos encontros e da comunicação que vão se estabelecendo entre o profissional e a população a relação se torna acreditada, assim como a prática em saúde contextualizada.

*eu acho difícil... (...) então ao passo que você vai conversando com as mães que você vai demonstrando o seu trabalho... eles passam a acreditar em você... mas a relação inicial não... a relação inicial é desacreditada... em função acho muito de discurso... de prefeitura é... ainda não acredita no trabalho da gente... não acredita que é um trabalho sério e que possa realmente estar ajudando a população... (Mirassol, terapeuta ocupacional)*

Observou-se que alguns relatos abordam a falta de respeito e o sentimento de desprezo do profissional frente à população como aspectos dificultadores dessa relação e as conseqüências destes atos:

*ainda não é o ideal... (...) tem bastante profissional que não tem respeito pela população... (Bernarda, terapeuta ocupacional)*

*elas (profissionais) não deveriam desfazer tanto da gente... principalmente eu mesmo que tenho esse problema de saúde HIV... eu sinto tudo lugar que eu vô todo mundo me despreza... (Sabrina, mãe)*

*aquele desânimo que o profissional nem olha na sua cara... e daí você sai pior do que cê veio... (Mariana, tia)*

No relato abaixo, a relação de cuidar entre profissional e população deve ser permeada pelo respeito e educação, valor universal nas relações entre os seres humanos:

*eu acho que é respeitar né... (...) educação e respeito cabe em todo lugar... (Lidiane, avó)*

Pensar em produção de saúde é voltar-se para elementos que superem a adoção das normas de mercado para os serviços públicos assim como certos parâmetros do modelo biomédico propondo atuação com igualdade de acesso a todos e incorporado ao contexto que esta ocorre, a realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos (33). Buscar um olhar voltado a agregar o *habitus* e qualidade como referência para necessidades básicas do desenvolvimento e realização do sujeito, propondo um viés além do mercantil da qualidade e do controle do trabalho para uma prática contextualizada e atenta ao singular do sujeito, tendo ambos os lados, profissional e assistido, como detentores do processo de saúde.

Os relatos de alguns profissionais de saúde trazem a diferenciação das práticas médicas e das práticas dos outros profissionais de saúde que constituem o serviço do Ambulatório:

*e como a coisa não é imediata (processo terapêutico)... né... como é no tratamento médico... né... tomou um remédio sarou... ou supõe que se sabe né... acaba passando por uma certa descrença...*  
(Fernanda, psicóloga)

*a nossa área... a terapia... nós vemos o paciente toda a semana... é diferente da área médica... que chega 'ah... remédio não tá fazendo efeito... então vamos trocar...' faz outra receita e 'tchau'...*  
(Bianca, fonoaudióloga)

Para alguns entrevistados da população assistida, essa diferenciação da área médica e da terapêutica é percebida pelo encontro que se estabelece com o profissional e o desejo que se estende dessa proximidade na relação para todos os profissionais da área da saúde, médicos, dentistas, psicólogos:

*eu acho que é essa relação que deveria ser construída... em qualquer especialidade... não só no psicólogo como no psiquiatra... qualquer especialidade... igual antigamente... antigamente o médico fazia parte da família da gente...* (Consuelo, mãe)

*eu queria... na verdade... que todo o profissional que seja um dentista... um médico... um pediatra... tudo... principalmente da rede pública... que fossem mais... é... mais humano...* (Rosana, mãe)

Para Foucault (7), os espaços político e administrativo da instituição se articulam com o espaço terapêutico, na distribuição de postos e organização da produção. A fala adiante reproduz a percepção da vigência do modelo biomédico no funcionamento dos serviços realizados no Ambulatório e a necessidade de um repensar no olhar do profissional frente à população, e, conseqüentemente na relação que se estabelece entre eles. A forma de

funcionamento da prática dos profissionais está bastante voltada aos padrões do modelo biomédico, um olhar clínico que muitas vezes isola o indivíduo de seu meio social.

*eu vejo ainda que nós ficamos no modelo clínico... (...) (os profissionais) possam ver o paciente de uma outra forma... (...) que a gente mude todo processo de atendimento do Ambulatório... né... sendo muito mais psicossocial... (Cíntia, psicóloga)*

O objetivo primário dos serviços de saúde é a produção de saúde, porém agrega-se um valor de qualidade mercantil ao serviço de saúde pública, influenciado pelo conceito de qualidade total (33). Este estabelece um caráter seletivo quanto aos interesses dos envolvidos quando visto pela ótica do contexto neoliberal. Sua forma de organização se entrelaça a procedimentos e conceitos de gestão do trabalho mercantil, embora vivenciada por uma política democrática. A entrevistada Roberta pontua suas percepções sobre a relação entre o profissional e a população, trazendo questionamentos sobre o modelo do atendimento, especificamente, o tempo transcorrido neste.

*então a relação é muito boa só que o problema é como eu disse é o tempo (de atendimento)... é muito corrido o tempo... (...) devia ser mais tempo sabe... para formar um ciclo maior de afetividade... (Roberta, mãe)*

*CLUBE DA ESQUINA II*

Lô Borges, Márcio Borges e Milton Nascimento

Porque se chamava moço  
Também se chamava estrada  
Viagem de ventania  
Nem se lembra se olhou pra trás  
Ao primeiro passo, asso, asso  
Asso, asso, asso, asso, asso, asso  
Porque se chamavam homens  
Também se chamavam sonhos  
E sonhos não envelhecem  
Em meio a tantos gases lacrimogênicos  
Ficam calmos, calmos  
Calmos, calmos, calmos  
E lá se vai mais um dia  
E basta contar compasso  
E basta contar consigo  
Que a chama não tem pavio  
De tudo se faz canção  
E o coração na curva  
De um rio, rio, rio, rio, rio  
E lá se vai...  
E lá se vai...  
E o rio de asfalto e gente  
Entorna pelas ladeiras  
Entope o meio-fio  
Esquina mais de um milhão  
Quero ver então a gente, gente  
Gente, gente, gente, gente, gente

## 5. CONCLUSÃO

---

Este estudo proporcionou várias reflexões que contribuíram para a compreensão das percepções dos profissionais de saúde e usuários de um ambulatório de saúde mental que compartilharam suas experiências sobre o Sistema Único de Saúde, e o cuidar em saúde, suscitando, dessa forma, espaços para o repensar a prática em saúde.

Estudos sobre a prática em saúde focalizando a relação profissional e população tem sido relevantes neste campo para se refletir sobre a qualidade na atenção. Os achados desta investigação demonstraram que os envolvidos nesta relação nos fazem constatar as dissonâncias e complementaridades dos discursos que a cercam.

- Para os profissionais de saúde, falar sobre o SUS foi se deparar com a prática do próprio cotidiano e as vivências de realidades conflituosas. Nas suas percepções, os princípios do SUS se encontram atrelados ao modelo público de saúde estabelecido, considerado humanitário, igualitário, referenciado por diversos países, contudo parecem distantes da realidade das práticas do dia-a-dia. Observa-se, portanto, a imagem de um SUS real e um SUS ideal, pelas próprias dificuldades vivenciadas quanto à falta de recursos, à burocracia do modelo, à cobrança por quantidade de produção, ao acesso desigual nas diversas partes do país e pela carência de profissionais para o atendimento direto à população.

- Os profissionais de saúde entrevistados percebem que atuam em uma realidade conflituosa pelo próprio desconhecimento e distanciamento das políticas públicas decorrente da formação profissional: há carência de formação profissional direcionada ao SUS, planejamento e gestão organizacional.

- A perspectiva de uma prática de ações clínicas e terapêuticas se apresenta estruturada pelas próprias formações acadêmicas. A compreensão das histórias da

implantação deste Ambulatório foi observada no compartilhamento destes profissionais ao se apropriarem do modelo de assistência à saúde, cujas ações encontram-se pautadas nos esforços destes, que através do próprio *saber-fazer* realizam um *fazer-SUS*.

- Para os pais e responsáveis, o SUS trouxe grandes avanços para a assistência à saúde da população brasileira: o acesso universal a tratamentos e medicação e na qualidade dos atendimentos, bem como no acolhimento recebido e a capacitação dos profissionais de saúde. Através das próprias experiências cotidianas observaram as conquistas e também as dificuldades no SUS: há falta de recursos, ausência de determinados procedimentos médicos, o descaso e a demora no agendamento de consultas e encaminhamentos, decorrentes do número reduzido de profissionais e do modelo organizacional.

- Ao se dar espaço e voz aos pais e responsáveis para revelar o próprio saber frente sua demanda, inúmeras questões surgiram. Ampliou-se a queixa, muitas vezes considerada apenas pelo viés clínico, para uma demanda social, impactando no entendimento do conceito ampliado de saúde. Observou-se que há uma relevante influência do contexto das histórias de vida da população e o desejo destas serem abarcadas pelas práticas em saúde pública, assim como a necessidade de mudanças de planejamento e organização ao contexto político-institucional do SUS.

- O SUS ainda é fortemente considerado um serviço de saúde para as populações carentes, pobres e desprovidas de recursos financeiros tanto na percepção dos profissionais como dos pais e/ou responsáveis. Esta representação favorece, e também pode ser resultante, da visão de uma população usuária de menor condição financeira, e aparentemente destituída de reivindicações, e de um serviço público sem recursos físicos, estruturais e organizacionais. Em muitos momentos, o público e o privado são alvo de comparações para os entrevistados, estando a qualidade atrelada ao último, assim como também a possibilidade de escolha de utilização, caso houvesse recursos financeiros. A



qualidade na atenção à saúde parece estar distante de ser considerada um direito e, nessa perspectiva, o SUS vai se aproximando de um serviço pobre para pobres.

- O cuidar é considerado pelos entrevistados como uma atenção à saúde nas suas mais diversas facetas, e também se encontra intrínseco à relação entre os indivíduos envolvidos. Abrange o autocuidado, ações preventivas e curativas, incluindo a educação e informação no campo da saúde como modos de cuidar. Para os profissionais e para os pais e responsáveis, na relação de cuidar ecoam experiências, sentimentos e afetividade. Percebe-se a compreensão de uma relação de troca, um encontro de singularidades do humano e a necessidade do olhar para o contexto social e de vida dos envolvidos. Estes aspectos observados pelos entrevistados refletem também as dificuldades desta relação, devido à complexidade das práticas em saúde abrangidas pelo SUS e, conseqüentemente, na qualidade do cuidado.

- As barreiras no cuidar percebida pelos entrevistados encontram-se vinculadas à dependência, falta de informação e de respeito e à prevalência de parâmetros médicos. Pode-se pensar o funcionamento de uma instituição, somado a diferentes percepções sobre a prática em saúde - uma demanda social em saúde pela população e atuações pautadas na prática clínica em saúde pelos profissionais – como facilitadores para o estabelecimento de muitos limites e barreiras na atenção à saúde.

- O estudo revelou que os entrevistados, profissionais de saúde e população, compartilham muitas vezes da mesma visão de SUS e do cuidar em saúde, denotando que o modelo assistencial em questão ainda se encontra em construção e necessita ajustes para sua consolidação como política pública alicerçada no direito, na universalidade, equidade, integralidade, participação popular e no dever do Estado quanto à garantia de uma concepção ampliada de saúde.

Nos achados desta investigação realizada no Ambulatório foi possível refletir sobre o SUS, considerado um dos melhores sistemas de saúde e reverenciado em outros países, e sobre as diversas questões políticas, econômicas e as sociais que ecoam e repercutem dentro dele. A qualidade da atenção à saúde no campo das políticas públicas é uma questão que nos afeta, e tem sido frequentemente enfocada.

Os dados aqui apresentados trazem à tona a indissociabilidade da prática em saúde e as formas de organização do trabalho e de gestão, e apesar dos crescentes avanços na consolidação do SUS na atenção à saúde, ainda se observam os desafios referentes ao suporte e capacitação dos profissionais de saúde e as organizações institucionais. Frente a uma demanda que se apresenta cada vez mais referida por seu contexto social como aqui se observou, há a necessidade de uma gestão comprometida com a rede de saúde pública e criadora de suporte para as equipes diante das demandas da população e às singularidades deste encontro (14).

Os profissionais de saúde ainda não são formados para a atuação nos serviços públicos (60), e tais iniciativas somente começam a ocorrer recentemente com iniciativas de programas como o Pró-saúde, entre outros. Há entraves nessa formação e no desenvolvimento de recursos humanos, assim como no processo educacional, que tem fragmentado o processo: ensino-serviço e individual-coletivo (60).

A coisa pública é desvalorizada. Por quê? O desemprego, a precarização do trabalho, alterações na organização familiar e exclusão de grande parcela a direitos básicos são evidências da urgência da questão social. É freqüente a insegurança dos cidadãos frente aos seus direitos, e se de fato serão atendidos quando precisarem. Desta forma, o poder público precisa se responsabilizar pelo atendimento qualificando e valorizando seus profissionais, organizando processos e estruturando serviços, pois somente assim muitas possibilidades podem ser estabelecidas quanto a papéis e funções dos envolvidos na relação, nas práticas em saúde e na qualidade da atenção à saúde.

Estes achados apontam para a necessidade de se pensar em promoção e atenção à saúde como processos complexos, que necessariamente envolvem mudanças de comportamento frente aos padrões culturais, institucionais e comportamentais (44).

Através deste estudo se observou que o fluxo de informações das entrevistas possibilitou questionamentos dos envolvidos quanto às suas ações e à inserção num contexto público de atenção a saúde. A informação assume, de fato, um importante papel e instrumento na formação social reflexiva tanto dos profissionais como da população, capacitando para as ações de atenção em saúde. A população deseja falar e ser ouvida, assim como os profissionais necessitam de suporte para suas carências de capacitação alicerçadas à infra-estrutura e recursos. É necessário buscar a legitimidade do SUS tanto em nível político institucional quanto de participação profissional e social (54).

O cuidar em saúde inclui diversas práticas neste campo e necessariamente o envolvimento afetivo com o outro é experimentado pelos profissionais e pais e responsáveis através das práticas cotidianas no Ambulatório. No entanto, as barreiras vivenciadas nessa relação nos fazem refletir se estas estão permeadas pela visão do SUS e suas precariedades e das percepções frente a uma prática clínica e uma demanda social. Dessa forma, pensar a prática em saúde através das percepções sobre o cuidar é refletir sobre as opiniões que influenciam a prática e as ações das pessoas (2).

Os entrevistados compartilharam suas expectativas e experiências no campo da saúde. Demonstram a necessidade de olhar para as singularidades do ser humano e de seu meio social, percebendo e se questionando sobre as dissonâncias e dificuldades nas práticas e na relação de cuidar para o alcance desse olhar. Pensar na heterogeneidade e singularidade da população é buscar a adequação e universalização dos sistemas de saúde (65 e 66).

Busca-se, dessa forma, a relevância de se preconizar no SUS a promoção da saúde e a reorientação dos serviços abrindo espaços de comunicação entre profissionais de saúde e usuários, atentando para a reorganização da gestão e democratização das relações de trabalho. Uma reorientação pode possibilitar a desmistificação de estigmas, sendo vista como cuidado na perspectiva do respeito à autonomia, à cultura em uma interação do cuidar e ser cuidado (78).

Estudos na área da saúde, juntamente com os atores envolvidos, têm proporcionado a importância de uma aproximação da realidade vivenciada ampliando o pensar sobre as

ações humanas e as interações sociais como estratégia da promoção da saúde. A dinâmica das relações entre os profissionais e a população remete a singularidades do Ambulatório, porém perpassam por questões universais referentes às práticas em saúde e o SUS.

Qualquer fato humano passa pela subjetividade, assim, é possível compreender e buscar sentido as ações e práticas do homem (2). Frente ao que aqui foi exposto, falar sobre os cuidados à saúde é trabalho processual, dinâmico e fortemente relacionado ao contexto em que se desenvolve. Percebe-se que apesar dos grandes avanços frente à atenção à saúde, ainda são necessárias mudanças na estruturação dos modelos de assistência a saúde pública para a consolidação do SUS e para uma atenção de qualidade à saúde.

## 6. REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

---

- (1) Klein M. Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê In: Klein M. Obras Completas de Melanie Klein: Volume III Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1952). Rio de Janeiro: Imago, 1991. 85-118p.
- (2) Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 07-19.
- (3) Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979. 124p.
- (4) Canguilhem G. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307p. título original: The normal and the pathological.
- (5) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 710p.
- (6) Sontag S. Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas. Tradução de Rubens Figueiredo e Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 163p. títulos originais: *Illness as metaphor, AIDS and its metaphors*.
- (7) Foucault M. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 117-61p. título original: *Surveiller et punir*.
- (8) Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, novembro de 1986.
- (9) Cunha EP, Cunha ESM. Políticas públicas e sociais. In: Carvalho A, Sales F (Org.). Políticas públicas. Belo Horizonte: UFMG, 2002. 11-25p.
- (10) Brasil. Constituição de 1988. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- (11) Campos GWS. Projeto Paidéia de saúde da família. Diretrizes para debate e reelaboração, Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, janeiro de 2001.
- (12) Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000; 15(2): 219-30.

---

<sup>2</sup> Baseadas nas normas, procedimentos e orientações para publicação de dissertações e teses da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2008.

- (13) Paul P. A dimensão ética na educação para a saúde. *Saúde e Sociedade*. Jan/abr 2005; 14(1): 30-40.
- (14) Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. Jul/set. 2005; 10(3): 573-83.
- (15) Coelho EAC, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Abr. 2005; 58(2): 214-7.
- (16) Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Jan./mar. 1998; 44(1): 35-42.
- (17) Martins C. *Caminhos: ensaios psicanalíticos*. Porto Alegre: Movimento, 1993. 175 p.
- (18) Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. Jul./ago. 2007; 12(4): 849-59.
- (19) Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. Jun. 2005; 39(3): 507-14.
- (20) Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*. Out/dez 1988; 4(4): 363-81.
- (21) Garcia APRF. *Apreendendo possibilidades de cuidar [Dissertação]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- (22) Mello GA. *A integralidade do cuidado. Uma perspectiva a partir do atendimento à criança na rede pública de saúde de Campinas sob a ótica da atenção básica [Dissertação]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2005.
- (23) Silva JB. *A percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado a criança portadora de doença crônica hospitalizada em companhia de um familiar [Dissertação]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- (24) Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 139-46.
- (25) Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Revista de Saúde Pública*. Ago. 2002; 36(4): 439-47.
- (26) Pereira MGA, Azevedo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2005; 51(3): 153-57.

- (27) Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2009 novembro-dezembro; 17(6), 1001-8.
- (28) Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2009; 18(2): 338-46.
- (29) Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface*. 2010; 14(32): 127-38.
- (30) Pitta AMF. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*. 1996; 5(2): 35-60.
- (31) Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Jan-fev 2005; 21(1): 246-55.
- (32) Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000; 5(2): 251-64.
- (33) Enguita M. O discurso da qualidade e a qualidade do discurso. In: Gentili P, Silva TT (Org). *Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 93-110p.
- (34) Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Out. 2004; 20(5): 1342-53.
- (35) Gomes AMT, Oliveira DC, Sá CP. As representações sociais do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008. Fev; 16(1): 122-29.
- (36) Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008. Jan; 24(1): 197-206.
- (37) Coutinho MPL, Franken I. Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2009. 29 (3), 448-61.
- (38) Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc. Anna Nery*. 2009. Set; 13(3): 500-7.
- (39) Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 561-71.

- (40) Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim- MG. Cadernos de Saúde Pública. Abr/Jun 1999; 15(2): 345-53.
- (41) Rollo AA. A Humanização da Tensão como Estratégia de Promoção da Saúde dos Trabalhadores do SUS. In: I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006, Brasília. Anais do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, 2009, Brasília. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal>
- (42) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.
- (43) Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa. Petrópolis, Vozes, 2003. 685p.
- (44) Bógus CM, Nogueira-Martins MCF. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade. Set/Dez 2004; 13(3): 44-57.
- (45) Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- (46) Soares MB. Metamemória-memórias: Travessia de uma educadora. São Paulo: Cortez, 1990. 21-41p.
- (47) Bueno CMO. Entrevista: espaço de construção subjetiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- (48) Freud S. O inconsciente. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916.
- (49) Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro, Imago: 1901-1905.
- (50) Bourdieu P (coord). A Miséria do Mundo. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p 11. Título original: La misère du monde.
- (51) Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciência e Saúde Coletiva. Set/Dez 2005; 10, 243-53.
- (52) Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Valor atual do Salário Mínimo [Acesso em 12 ago 2011]; Disponível em URL: [http://www3.mte.gov.br/sal\\_min/default.asp](http://www3.mte.gov.br/sal_min/default.asp)
- (53) Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.



- (54) Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. *Texto contexto - enferm.* 2007 Set; 16(3): 377-86.
- (55) Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko R (Org). *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997. 17-70p.
- (56) Conselho Federal de Psicologia. Saúde como seguridade social é desafio do SUS. *Jornal do Federal – Ano XXIII, 101, Julho 2011.*
- (57) Sombini CHAM. A Psicologia no Projeto PAIDEIA, do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde – Campinas [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- (58) Jackson AL, Cavallari CD. Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. *Cadernos CRP-06.* 1991; 07-31
- (59) Oliveira IF, Dantas CMB, Costa ALF, Silva FL, Alverga AR, Carvalho DB, Yamamoto OH. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações.* 2004; 9(17): 71-89.
- (60) Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.
- (61) Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência e Saúde Coletiva.* Nov/Dez 2007; 12(6): 1673-81.
- (62) Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução Reginaldo di Piero. São Paulo: Freitas Bastos, 1971. 465p. título original: *Phénoménologie de la perception.*
- (63) Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Quem utilizou o SUS faz melhor avaliação do sistema público de saúde. *Políticas Públicas em Foco Boletim Fundap-Cebrap.* Fev. 2009; 2.
- (64) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: CONASS- Pro-gestores; 2003.
- (65) Elias PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares, *Saúde e Sociedade,* 1996; 5(2): 17-34.
- (66) Almeida ES. Cidade/município saudável - a questão estratégica: O compromisso político. *Saúde e Sociedade.* 1997; 6(2): 71-81.
- (67) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003). Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

- (68) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 27. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- (69) Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 11-113p.
- (70) Brasil. Portaria GM/MS nº 675. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 30 de março de 2006.
- (71) Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: Mota AE, Teixeira M, Bravo MIS, Gomes L, Marsiglia R, Nogueira V et al (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2007.
- (72) Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 429-35.
- (73) Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Dezembro 2007, 12 (6): 1575-89.
- (74) Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva, 2000, 5(1): 163-177.
- (75) Boff L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- (76) Bordieu P. Escritos de Educação. Nogueira MA, Catani A (Org). 2 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1998. 39-69p.
- (77) Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. Interface – Comunicação Saúde e Educação. Set/dez 2007; 11(23): 409-26.
- (78) Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

## 7. ANEXOS

---



CEP, 23/03/10  
(Grupo III)

## ANEXO 1

**PARECER CEP:** Nº 145/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0670.0.000.146-10

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: "O CUIDAR: PERCEPÇÕES DA RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E POPULAÇÃO ASSISTIDA".**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Vivian Maria Calderan

**INSTITUIÇÃO:**

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 09/03/2010

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 23/03/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

### II - OBJETIVOS

Conhecer as percepções dos profissionais de saúde e dos pais responsáveis de crianças em uma instituição de saúde pública sobre a relação do cuidar em saúde.

### III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com entrevistas individuais semi-estruturadas com questões abertas. As entrevistas serão gravadas e transcritas. Participará da pesquisas profissionais da equipe multidisciplinar do setor de atendimento infantil do Ambulatório de Saúde Metal e pais e/ou responsáveis pelas crianças atendidas.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após análise crítica do protocolo não encontramos riscos ou prejuízos para os sujeitos da pesquisa (possibilidade e gravidade). Os autores do projeto se mostram com o compromisso de cumprir as exigências da Resolução 196/96 e suas complementares. O trabalho está elaborado dentro das normas éticas e científicas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequado.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.



## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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).

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.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

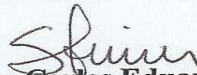
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e 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 projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de março de 2010.

  
**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## ANEXO 2

### Roteiro de entrevista individual – Profissional de saúde

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Ano de formação:

Município de residência:

Tempo de atuação na área da saúde:

1. Qual a sua profissão?
2. Por que a escolha desta profissão?
3. Qual é sua área de atuação no Ambulatório de Saúde Mental?
4. Quanto tempo atua nesta área?
5. Por que a escolha por trabalhar neste local?
6. O que significa para você o SUS – Sistema Único de Saúde?
7. Dentro da perspectiva do SUS, como se dá sua prática profissional no Ambulatório?
8. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, você percebeu alguma modificação na sua prática profissional? Caso afirmativo, quais?
9. Para você o que é o cuidar em saúde?
10. Para você o que é a relação de cuidar entre o profissional de saúde e a população atendida?

## ANEXO 3

### Roteiro de entrevista individual – Pais e/ou responsáveis

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Município de residência:

Escolaridade:

Renda familiar:

1. Por que você procurou o serviço do Ambulatório de Saúde Mental?
2. Como você percebe o serviço realizado pelo Ambulatório, no caso específico da sua queixa?
3. O que você acredita que poderia ser feito para trazer maiores benefícios no atendimento da sua queixa?
4. O que significa para você o SUS – Sistema Único de Saúde?
5. Houve modificações quanto o atendimento em saúde para a população com a implantação do Sistema Único de Saúde? Caso afirmativo, quais?
6. Para você o que é o cuidar em saúde?
7. Para você o que é a relação de cuidar entre o profissional de saúde e a população atendida?

## ANEXO 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O cuidar: percepções da relação profissional de saúde e população assistida” cujo objetivo é conhecer o que pensam os profissionais de saúde e a população vinculada a um serviço de saúde pública sobre o cuidado em saúde.

Esclareço que esta proposta de pesquisa constitui parte da minha formação no curso de pós-graduação Mestrado Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Fica assegurado que todas as informações prestadas serão sigilosas e utilizadas apenas para fins acadêmicos.

A sua colaboração consistirá na participação de uma entrevista individual, a ser gravada em áudio, buscando conhecer dados sócio-demográficos e percepções referentes ao cuidado e a relação de cuidar na área da saúde. Os dados da entrevista serão confidenciais, sendo resguardado o anonimato quanto às informações concedidas.

Sua participação terá caráter voluntário ficando assegurada a liberdade de desistência em qualquer momento da realização desta pesquisa, sem que isto possa incorrer em prejuízos ao participante. Não haverá qualquer espécie de reembolso ou gratificação. Colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após a entrevista, e agradecemos a sua compreensão e colaboração.

Declaro que li e compreendi as informações acima e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Local: \_\_\_\_\_ Data: -----/-----/-----.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Responsáveis pela pesquisa: Aluna de Mestrado: Vivian Maria Calderan**

**Orientadora: Profa. Dra. Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt**

Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ (Vivian) e \_\_\_\_\_ (Zélia).

Comitê de Ética em Pesquisa: (019) 3521-8936 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP