

CURSO DE ENFERMAGEM

Luís Augusto Kanitz

“SER SENHOR DE SI”: ANÁLISE DA CORRESPONSABILIDADE NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Santa Cruz do Sul

2015

Luís Augusto Kanitz

**“SER SENHOR DE SI”: ANÁLISE DA
CORRESPONSABILIDADE NAS ESTRATÉGIAS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem .

Orientadora: D.ra Ana Zoe Schilling

Santa Cruz do Sul

2015

A busca pela perfeição é uma das formas mais poderosas de desumanização que existe: obrigar a gente ser perfeito.
(Luiz Felipe Pondé)

A felicidade é uma das estratégias mais brutais de imposição de um modo de vida
(Vladimir Safatle)

Qualidade sem quantidade não é qualidade, é privilégio.
Qualidade social exige quantidade total
(Mario Sergio Cortella)

Não me venha com justificativas genéticas, sociológicas ou históricas ou filosóficas para explicar a superioridade da branquitude sobre negritude, dos homens sobre as mulheres, dos patrões sobre os empregados. Qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar. A boniteza de ser gente se acha, entre outras coisas, nessa possibilidade e nesse dever de brigar.
(Paulo Freire)

Resumo

O cerne deste trabalho é realizar uma análise sobre a idéia de corresponsabilidade em saúde, ou seja, de que forma o usuário se responsabiliza pela sua própria saúde e da comunidade e de que modo os profissionais de saúde promovem essa responsabilização, bem como, se responsabilizam, também, pela saúde dos seus pacientes. O cenário da pesquisa foi três das quatorze Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul, sendo que os protagonistas dessa pesquisa são três enfermeiras bem como seis usuárias destes serviços, totalizando nove sujeitos, uma enfermeira e duas pacientes de cada ESF. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista que é de caráter semiestruturada direcionada por um roteiro previamente elaborado e o tratamento do material coletado foi pelo método de Análise do Discurso. Sendo assim, o presente trabalho mostrou que as usuárias possuem uma noção de responsabilização simplória que não vai além do processo de medicalização e da noção do médico como centro do cuidado. Ainda, as enfermeiras relataram que a forma que promovem a autonomia dos seus pacientes é através dos grupos de orientação que são dados nas unidades de saúde. Por fim, reforça-se a importância do acolhimento e da necessidade de criar vínculo com os pacientes para obter uma melhor promoção da autossuficiência em saúde entre os indivíduos.

Abstract

The core of this work is to perform an analysis of the idea of responsibility in health, that is, in which way the user is responsible for his own health and for the community's health and in which way the health professionals promote this responsabilization, as well as how they are responsible for the health of their patients. The research was carried out in three of the fourteen Family Health Strategies (FHS) in the municipality of Santa Cruz do Sul, with the protagonists of this research being three nurses and six users of these services, totaling nine subjects - one nurse and two patients in each FHS. Data collection was conducted through an interview of semi-structured character directed by a previously prepared script and the treatment of the material collected was the discourse analysis method. Thus, this study showed that users have a simpleton notion of responsibility which does not go beyond the medicalization process and the notion of the doctor as the care center. Furthermore, the nurses have reported that the shape in which they promote the autonomy of their patients is through the orientation groups carried out in the health units. Finally, it reinforces the importance of acceptance and the need of creating bond with patients to obtain a better promotion of self-sufficiency in health between individuals.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. REFERENCIAL TEÓRICO	09
2.1 Autocuidado e autonomia	09
2.2 Responsabilização em saúde.....	10
2.3 Direitos e deveres dos usuários de saúde.....	11
2.4 Participação em saúde.....	13
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 Tipo de Pesquisa	16
3.2 Local da Pesquisa	16
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	16
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	17
3.5 Procedimentos éticos.....	17
3.6 Análise de dados.....	17
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	19
5. CONCLUSÃO.....	31
6. REFERENCIAS.....	32
7. ANEXO (Termo de aceite institucional).....	36
8. APÊNDICES.....	39
8.1. Roteiro para a entrevista com as usuárias.....	40
8.2. Roreiro para a entrevista com as enfermeiras.....	41
8.3. Termo de Consentimento das enfermeiras.....	42
8.4. Termo de Consentimento das usuárias.....	45
8.5. Roteiro de Avaliação da Apresentação Pública.....	50
8.6. Roteiro de Avaliação do Trabalho Escrito.....	51

1. Introdução

Desde o despertar de nós mesmos, quando o ser humano começou a se perceber como tal, é que surgiram diversos questionamentos sobre o que se sucedia ao seu entorno e, também, dentro de si. E para o campo da saúde esta realidade não poderia ser diferente já que os processos de saúde e doença sempre foram tema de inúmeras indagações. Desta forma, quando trabalhamos com as vontades e representações dos pacientes é que percebemos que cada pessoa terá um entendimento diferente já que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Assim, conceitualizar saúde e doença sempre dependerá da época, do lugar e da classe social de cada indivíduo, entre outros. (SCLIAR, 2007)

Quando analisamos historicamente as transformações dos conceitos de saúde e doença, observamos as lutas sociais para mudar a visão “procedimento centrado”¹, onde o foco é marcado pelo serviço de natureza hospitalar, pelos atendimentos médicos e com uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas. Assim, a Estratégia de Saúde da Família é a principal resposta que tem sido oferecida à crise do modelo assistencial, pois utiliza a filosofia do “usuário centrado”¹, na qual se trabalha o paciente como um todo a partir de suas necessidades, uma vez que, segundo Deleuze (2002), “o ser humano nunca é separável de suas relações com o mundo”.

Outro relevante fato que é extremamente enraizado nas formas de agir em saúde é a fragmentação do conhecimento, ou mais precisamente o regime de especializações que, cada vez mais, abrevia o paciente a um sistema fisiológico ou até mesmo a um órgão, tornando-se ainda mais difícil o paciente ser autônomo para com o seu próprio cuidado já que ele é “reduzido a uma mera víscera”¹. Não obstante, uma complicação que advém da interação saúde e tecnologia é a artificialização do cuidado, dado que o aumento da complexidade das tecnologias diagnósticas fez surgir uma nova realidade que é o profissional de saúde como um auxiliar do exame, pois cada vez mais se escuta menos, se toca menos e se interage menos, tornando, assim, a micropolítica do trabalho vivo cada vez mais enfermiça (MERHY, 2007).

¹ Grifos meus

Sendo assim, o objetivo geral do estudo é conhecer o conceito de corresponsabilidade em saúde entre os profissionais e as usuárias dos ESFs. A partir disso, cria-se hipóteses como: as famílias não sabem o que significa serem corresponsáveis pelo seu próprio cuidado; as famílias não estão cientes das obrigações que possuem sobre sua própria saúde; os profissionais da saúde não promovem esta responsabilidade, bem como a autonomia do paciente; os pacientes não possuem os recursos (sociais, emocionais e técnicos) para dar conta da sua parte na corresponsabilidade;

Assim, este trabalho de conclusão de curso vem para tentar responder as provocações que surgiram no decorrer da formação e que provocaram uma certa desestruturação. Na área da saúde vivencia-se várias questões-chaves como, por exemplo, a extrema dependência que os pacientes possuem em relação ao cuidado em saúde e como apresentam uma autonomia fragilizada, pois a vida está cada vez mais medicalizada e higienizada. Por fim, acredita-se que a enfermagem em si, deveria transpor os ambientes limitados e fechados dos serviços de saúde e participar mais ativamente da política brasileira.

2. Referencial teórico

2.1 Autocuidado e autonomia

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Assim, a saúde não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. (BRASIL, 2010)

Nas últimas décadas, tornou-se mais importante, no campo da saúde, cuidar da vida de um modo coletivo e reduzir os condicionantes de saúde do que intervir unicamente em torno de uma patologia e não responder às necessidades sociais em saúde. Para isso, se trabalha com o conceito de promoção da saúde, que vem constituir um campo importante. Assim, ele se configura como uma estratégia fundamental da saúde coletiva no Brasil. Entretanto, um ponto que se discute pouco é a ideia de promoção como um processo de capacitação da comunidade e do próprio indivíduo para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Dessa forma, os indivíduos e os grupos devem ser capazes de identificar e satisfazer suas necessidades, bem como ampliar a sua autonomia. (BRASIL, 2010; HAESER, BÜCHELE, BRZOWSKI, 2012)

Entretanto, um ponto que deve ser evidenciado é a questão da autonomia que é entendida como um sinônimo de liberdade e não de individualidade, pois quando nos autogovernamos adquirimos mais independência e, conseqüentemente, responsabilidade não só por si mesmo, mas também pela vida e saúde do outro. Não é honesto exigir mais saúde para nós mesmos se impossibilitamos o outro de lutar pela sua própria saúde. Como por exemplo, o fato de um paciente não comparecer a uma consulta médica que poderia ser de valia para outra pessoa. Desta forma, não se pretende trabalhar com uma autonomia egoísta, capitalizada e consumista, onde o outro não tem lugar na minha história como esclarece bem Haeser, Brzowski, Büchele (2012) e Amorim (2013).

Outro ponto que deve-se ser posto em discussão é o fato de nós sermos animais sociais, e isso se traduz como uma dependência das relações que nós vivemos, fazendo com que nossa possibilidade de autonomia seja sempre em relação aos outros ou ao coletivo. Numa sociedade, os diferentes grupos sociais gozam de diferentes graus de autonomia, o que demonstra a dimensão política da autonomia, uma vez que ela é uma consequência das relações de poder. (Haeser, Büchele e Brzozowski, 2012) Posto isso, outro nome que podemos dar para a autonomia é, segundo Campos (2008), “a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependência”.

Quando analisamos a enfermagem historicamente vemos que a essência da profissão é o cuidado, e isso se torna concreto uma vez que os enfermeiros se posicionam como profissionais do cuidado. Todavia, percebe-se que os mesmos ainda não possuem clareza suficiente acerca do que é cuidado, quais são suas características e suas finalidades, e isso se torna verdadeiro quando observamos uma enfermagem cada vez mais administrativa e pouco assistencial. (BUB, 2006) Um exemplo que pode ser usado é em relação a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), pois em meio a um processo extremamente disciplinado e metódico questiona-se onde está o sujeito do cuidado. A SAE é um método que veio para evidenciar a profissão, mas quando nos tornamos metódicos em demasia temos a grande probabilidade de tornar-nos mecanizados.

Por fim, sempre quando trabalharmos com autocuidado temos que ter a premissa de fazer com que o paciente coloque-se como ator principal do cuidado e não um mero coadjuvante, assim não se corre o risco de haver um esvaziamento de subjetividade e nem que o usuário perca o direito sobre o seu próprio corpo. (BUB, 2006)

2.2 Responsabilização em saúde

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo que foca suas ações na promoção da saúde e prevenção de doenças. Configura um novo modo de agir em saúde em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser compartilhadas pelas famílias e pelas equipes de saúde da família. (BRASIL, 2007; GELINSKI, 2010)

Responsabilidade, direitos e deveres são termos que aparecem com frequência nos documentos oficiais que tratam da saúde da família. Entretanto, quando analisamos as menções realizadas, percebe-se que são feitas em dois sentidos: como delimitação das competências de cada unidade da federação (governo central, estados ou municípios) e como estabelecimento das incumbências dos trabalhadores em saúde. (GELINSKI, 2010) Desta forma, quando lemos A Política Nacional de Atenção Básica (2012) podemos observar claramente as atribuições acima citadas, entretanto se problematiza que não há o mesmo nível de clareza sobre os encargos das famílias nas corresponsabilidades pelos cuidados em saúde. (GELINSKI, 2010)

Um marco para a saúde coletiva foi a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) que estimula práticas humanizadoras e promove a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Para isto ser efetivado, é necessário utilizar um poderoso recurso: incluir os usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado. Por fim, sempre importante ter em mente que os usuários não são só pacientes e os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2012b)

Em meio as definições de responsabilidade que Ferreira (2008, pag 703) traz, uma delas vem somar que é a ideia de responsabilidade como “condição jurídica de quem, sendo considerado capaz de conhecer e entender as regras e leis e de determinar a própria vontade e ações, pode ser julgado e punido por algum ato que cometeu”. Deste modo, esta concepção fornece elementos para enriquecer esta discussão.

2.3 Direitos e deveres dos usuários de saúde

Um dos marcos para o campo da saúde no Brasil foi a criação das leis de número 8.080 e 8.142 que regulamentam o Sistema Unico de Saúde (SUS) e trazem um conceito singular que é a idéia de saúde como um direito de todos. Entretanto, a incorporação dessa idéia não acontecerão por acaso, dádiva ou concessão, mas foi resultado de mobilização de diversos setores da sociedade brasileira que eram desprovidos de acesso a meios de saúde e/ou conscientes que mudanças precisavam ser feitas. Portanto, os direitos por si só são conquistas que trazem um caráter emancipatório

para o indivíduo, uma vez que dizem respeito à capacidade dos homens de terem maior soberania sobre si. (SOARES e CAMPOS 2013)

Outro ponto que aparece na constituição é a noção de dever, ou seja, as obrigações que o Estado tem para garantir uma saúde de qualidade com igualdade e equidade. Não obstante, logo no artigo dois da constituição surge um ponto particular que é a noção de que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. (BRASIL, 1990) Similar a esse pensamento, a constituição do estado do Rio Grande do Sul (RS), no seu artigo duzentos e quarenta e um, traz um adendo que “o dever do Estado não exclui o do indivíduo, da família e de instituições e empresas que produzem riscos ou danos à saúde do indivíduo ou da coletividade”, isto é, que se deve responsabilizar os diversos atores sociais sobre as injúrias acometidas no campo da saúde, sejam elas de caráter biológico, psicológico ou social. (RIO GRANDE DO SUL, 1989)

Esta percepção de dever que ambas as constituições possuem traz à tona uma importante discussão, pois é de grande valia questionar quais são os compromissos dos profissionais da saúde em relação ao paciente e, igualmente, quais são as responsabilidades dos próprios usuários para com a sua saúde que é tão particular. Assim, foi criada a *Carta dos direitos dos usuários da saúde* que oferece uma dicotomia entre direitos e deveres e traz claramente as obrigações que os pacientes devem ter para com a sua própria saúde e da coletividade. Entretanto, os usuários não são encarregados somente da parte remediativa, ou melhor, de seguir o tratamento correto quando portarem alguma determinada moléstia, mas também em relação a prevenção, e isso fica claro na portaria mil oitocentos e vinte que regulamenta a carta acima citada, mais especificamente no artigo seis, parágrafos dez e doze que falam que o usuário deve “adotar práticas preventivas” e “desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem sua saúde e a qualidade de vida” (BRASIL, 2009)

Contudo, a concepção de corresponsabilidade não é exclusiva do SUS, dado que o sistema de saúde britânico, o National Health Service (NHS), possui algumas características similares do Brasileiro (universalidade, igualdade e caráter público), também tem por filosofia apontar quais são os encargos dos doentes e a população em geral. Como exemplo temos que o paciente deve proporcionar informações exatas sobre a sua saúde e contribuir significativamente para o bem-estar tanto próprio quanto da sua família. (ENGLAND, 2013) (TANAKA E OLIVEIRA, 2007)

2.4 Participação em saúde

Quando pensamos o tema da participação em saúde, sempre vem em mente os conselhos e as conferências em saúde, ou seja, a participação no âmbito macropolítico. Entretanto, isto representa um componente essencial para preservação do direito universal à saúde, a construção da cidadania e o fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado. Igualmente, a ideia de participação social possui outra proposta que é a da sociedade controlando o Estado, isto é, fazer com que o Estado deixe de ser autoritário, excludente e transgressor. (SOARES e CAMPOS, 2013)

Porém, a participação ativa em saúde pode, também, ser concebida como a capacidade dos indivíduos de influenciarem as decisões que dizem respeito às suas próprias condições de saúde, e isso deve ser aprimorado na micropolítica do trabalho vivo, em meio às tecnologias leves que, segundo Machado, Haddad e Zoboli (2010), são: a comunicação, o acolhimento, o respeito e a valorização das experiências e as necessidades individuais.

Para a atuação dos usuários na prática diária ser mais ativa, ela só pode ocorrer na sua totalidade, ou seja, quando o paciente for autônomo, quando ele for corresponsável pela sua saúde e quando ele tiver total conhecimento sobre seus direitos e deveres. Por fim, entre profissionais da saúde e usuários não pode haver relação de dependência, mas, sim, uma relação de produção do cuidado, onde a diferença do outro enriquece a todos. (FEUERWERKER, 2014)

Em todo caso, não existirá o processo participativo, se não acontecer alguma coisa na estrutura das desigualdades e a resolução desse problema deve ser buscado através da participação efetiva na macropolítica e na micropolítica, pois a desigualdade não é destino, mas força de um processo histórico. (DEMO, 1999) Todavia, apesar de tantos impasses para a participação ser real, ela não pode ser tachada como utopia, uma vez que a mesma é:

Realizável sim, muito embora nunca de modo totalmente satisfatório. Por isso mesmo, a definimos como processo imorredouro de conquista. Nunca será suficiente, porque vive da utopia da igualdade, da liberdade, da fraternidade totais. Não é dada, é criada. Não é dada, é reivindicação. Não é concessão, é sobrevivência. Participação precisa ser construída forçada, refeita, recriada. Nem podem faltar o entusiasmo e a fé nas potencialidades de quem a primeira vista parece de tudo destituído e imerso só em pobreza. (DEMO, 1999, p.82)

Deste modo, os usuários dos serviços de saúde devem ter sempre em mente que a saúde é um bem intransferível, quer dizer, que os mesmos nunca podem incubir qualquer terceiro sobre o seu autocuidado, caso contrário acarretará uma dissociação entre saúde e indivíduo. Desta forma, somente pela participação ativa no campo na micropolítica do trabalho vivo que os indivíduos podem influenciar as decisões sobre o seu próprio cuidado .

Entretanto, segundo Moroni, citado por Soares e Campos (2013, p.54), “a participação por si só não muda a realidade”, assim cabe aos profissionais de saúde terem a capacidade de autocrítica para poderem trabalhar melhor as suas tendências impositivas, porque muitas vezes tornamos o paciente um mero objeto do cuidado e não o sujeito principal, e a partir do momento que eu tenho imposição e não produção de cuidado tem-se não aderência ao tratamento e não utilização de práticas que tornem a vida mais saudável, já que os usuários constantemente disputam, sempre fazem valer seu ponto de vista, ainda que seja desobedecendo em silêncio e buscando outras alternativas àquelas oferecidas pelo trabalhador ou por um determinado serviço de saúde. (FEUERWERKER, 2014)

Outro ponto que dificulta a participação é a ação de infantilização dos usuários que é feito pelos profissionais da saúde, e isso se torna mais evidente no cuidado com o idoso, onde uma pessoa deixa de ser capaz de ter autogestão pelo simples fato de chegar em uma determinada idade, uma vez que essa ideia é legitimada pela forma que se trata esse indivíduo não mais pelo nome ou por um pronome de tratamento, mas pelo substantivo de “vó” ou “vô”. Afinal, esta prática tão comum ultimamente, acaba gerando pessoas dependentes do cuidado do outro, dado que o usuário se adapta e não percebe a sujeição imposta.

Finalmente, ocorreram mudanças na forma de pensar saúde e doença que impossibilitaram a participação do sujeito, entre elas está a inserção de técnicas duras na prática do cuidado que tiram a atenção dos profissionais da saúde do paciente e visam somente os procedimentos e os exames, ou seja, os trabalhadores da saúde não necessitam mais escutar e avaliar o paciente já que possuem novas tecnologias que fazem o mesmo. Ainda, atualmente vivemos a era da clínica do corpo sem órgãos que diz respeito não mais a necessidades de descobrir novas doenças para o corpo biológico, mas sim encontrar patologias para o corpo social (subjetivo), ou melhor, tornar doentio qualquer modo de vida que foge das normas sociais e, desta forma, fica autorizado taxar

o usuário como incapaz e assumir práticas medicalizantes. Assim sendo, os profissionais precisam desconstruir essa realidade e recriar, junto com o paciente, uma nova forma de cuidado onde o que outro tem a dizer é a coisa mais importante na prática diária. (MERHY, 2009)

3. Metodologia

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo realizado com base em um roteiro e tem o intuito de investigar o entendimento que as usuárias possuem sobre a responsabilização em saúde e de que forma as enfermeiras promovem esse encargo. Isso entra em concordância com Turato (2005) que afirma o quanto a pesquisa qualitativa não deve buscar estudar o fenômeno em si, mas o significado individual ou coletivo das coisas, porque:

Este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos.(TURATO, 2005, p.4)

3.2 Local da pesquisa

O cenário da pesquisa foi três das quatorze Estratégias de Saúde da Família (somando 20% do total) da cidade de Santa Cruz do Sul escolhidas devido as enfermeiras trabalharem há mais de seis meses nestes locais. Foram consideradas estas unidades uma vez que o município estava efetivando algumas enfermeiras e estas estavam há menos de 6 meses nas unidades e não possuíam ainda algum vínculo ou experiência maior nesta unidade. A razão da utilização das ESFs como campo de estudo é devido a maior liberdade que o paciente possui sobre o seu cuidado e por ele não estar, na maioria das vezes, em um quadro doentio grave como em um hospital, por exemplo, necessitando da dedicação dos profissionais da saúde em tempo integral. Ainda, foi solicitado a autorização da secretaria de saúde do município citado para a realização desta pesquisa (Anexo).

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os protagonistas dessa pesquisa são três enfermeiras das ESFs bem como seis usuárias destes serviços de saúde, totalizando nove sujeitos (uma enfermeira e duas pacientes de cada ESF). Mais especificamente, os sujeitos da pesquisa são mulheres, de diferentes idades, pois é fato que quem procura mais as unidades de saúde são elas, desde o pré-natal até o puerpério, passando por consultas sobre saúde da mulher (anticoncepcional, coleta de material para a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero, entre outras). Desta forma, adquirem um vínculo mais duradouro com as enfermeiras e a equipe como um todo.

3.4 Instrumento de Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto à setembro de 2015, através de uma entrevista que é de caráter semiestruturada direcionada por um roteiro previamente elaborado o qual é apoiado por teorias e hipóteses, e que vai além de uma forma de coletar as informações básicas, mas, também, serve como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante. (Apêndice A) Ainda, é composto por questões abertas o qual permite uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado. Cabe lembrar que para a elaboração e adequação do roteiro de entrevista considera-se a vivência do pesquisador. (BELEI, 2008; MANZINI, 2004)

Os dados coletados foram transcritos para a observância das expressões apresentadas sobre o tema de forma a facilitar as discussões a partir das hipóteses.

3.5 Procedimentos éticos

Todos os preceitos éticos são seguidos nesta pesquisa como, por exemplo, a idéia de não maleficência, ou seja, a pesquisa evitará quaisquer danos aos participantes e pretende produzir algum benefício positivo e identificável. Finalmente, preza-se a autonomia dos indivíduos uma vez que os valores e as decisões dos mesmos são respeitados e, acima de tudo, todos são tratados de forma igual. (FLICK, 2009)

Todas as entrevistadas, tanto enfermeiras quanto usuárias, leram, assinaram e ficaram com uma copia assinada do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Por fim, para título de anonimato as enfermeiras receberam uma letra e numero (E1, E2, E2) e as usuárias da mesma forma. Entretanto, como pretendia-se trabalhar com a noção de vínculo utilizou-se, para as usuárias, o símbolo da enfermeira do seu respectivo ESF adicionado a uma letra e a um número também, exemplo: como são duas pacientes de cada enfermeira trabalhou-se com paciente um da enfermeira um (P1E1), paciente dois da enfermeira 1 (P2E1) e assim sucessivamente.

3.6 Análise de dados

Por fim, o tratamento do material coletado foi pelo método de Análise do Discurso que é definido por Minayo (1999) como uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação das expressões produzidas nos mais diferentes campos. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Ainda, deve-se ter em mente que

a análise se faz por etapas que correspondem à tomada em consideração de propriedades do discurso referidas a seu funcionamento. (ORLANDI, 2001)

Após o agrupamento das expressões nos discursos a análise e discussão foram feitas sobre: Corresponsabilização em saúde entre enfermeiras e usuárias das ESFs; Autocuidado e autonomia como formas de promover à saúde; O trabalho em saúde e a micropolítica do cuidado;

4. Análise e discussão dos dados

Pensar a promoção da saúde no contexto das políticas de saúde exige lidar, concomitantemente, com as dimensões regulatórias, próprias de qualquer política pública, e com as dimensões emancipatórias e de empoderamento individual e comunitário. Entretanto, isso não é feito sem tensões, exigindo contínua atenção uma vez que a vida é, muitas vezes, tomada como um objeto político (Neto, et.al, 2009)

4.1 Corresponsabilização em saúde entre enfermeiras e usuárias das ESFs

O cuidado em saúde está aberto a presença do trabalho vivo em ato, ou seja, pode ser realizado a partir das relações entre os sujeitos, situando-se em torno de tecnologias leves como acolhimento, vínculo e corresponsabilização o que possibilita ao trabalhador criar espaços para que sejam considerados desejos e afetos, seus e dos usuários (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013)

Em se tratando do acolhimento, o mesmo visa à responsabilização pelos usuários dos serviços de saúde por meio de estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população, mediante a reorganização do processo de trabalho em saúde, tendo em vista possibilitar a intervenção de toda a equipe, que se empenha na escuta e resolução do problema do usuário. Isto posto, considerando um processo de relações humanas, o acolhimento deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde em todo os setores do atendimento, não se limitando ao ato de receber. Ao contrário, incorpora uma seqüência de atos e atitudes que constituem o processo de trabalho. (SANTOS; MIRANDA, 2007)

Entretanto, na prática, não vemos o acolhimento sendo efetivamente empregado nestes ESFs do município e isso pode acarretar a ausência de vínculo, pois é através do cuidado que podemos criar vínculos com os usuários e fazer com que eles entendam a importância de participar mais ativamente da própria saúde e quanto isso faz diferença para uma vida mais saúdevel. Entende-se vínculo como:

A relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e conseqüentemente evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais. (BRUNELLO, el. al, 2010, p.132)

Desta forma, corresponsabilidade designa algo que é bilateral e isso diz respeito a enfermagem também. Isto posto, as enfermeiras comentaram, em relação a sua participação na corresponsabilidade, que:

O que eu faço aqui é: eu atendo eles e tento da melhor forma e o mais rápido possível de resolver o problemas deles. Eu acho que não adianta eu ficar aqui e empurrando e empurrando, por isso que eu demoro para atender, eu coloco eles aqui dentro e é porta fechada e isso causou uma dependência muito grande de mim aqui. [...] Minha forma de me responsabilizar é resolver o problema deles. (E1)

...a partir desse momento que elas solicitam uma consulta comigo, eu vou dar o encaminhamento necessário para ela desde fazer o tratamento, desde a prevenção até o tratamento e depois acompanhar para ver se elas realmente fizeram [...] A minha responsabilidade é encaminhar da melhor forma possível para a onde é necessário, se eu não consigo ver aqui. Se eu conseguir dar o desfecho necessário vai ser resolvido aqui, se não vai ser encaminhado até onde for necessário. (E3)

O relato que ambas as enfermeiras trazem é a ideia de que a responsabilidade é a resolução de problemas no domínio da doença e isso se observa na maioria destes ESFs quando os pacientes vêm à consulta de enfermagem em consequência de disfunções orgânicas ou burocráticas como por exemplo reclamações devido a encaminhamentos para especialistas médicos que demoram a serem agendados ou exames mais complexos que não são autorizados pelos órgãos públicos responsáveis. Entretanto, essa realidade foi contruída e é todos os dias legetimada pela equipe dos ESFs reforçando as unidades como postos de doença e não de saúde, uma vez que os usuários deveriam buscar os serviços de atenção básica para infomarem-se sobre práticas saudáveis e não só quando alguma moléstia já está instalada

Outro ponto questionado nas entrevistas com as enfermeiras, foi se elas julgavam os usuários, de suas respectivas áreas, como sujeitos que são providos de pouca responsabilidade pela sua própria saúde e, como podia se esperar, surgiram relatos primordiais.

É verdade eles têm pouca responsabilidade. [...] O cachorro morde e eles já trazem. Eu acho que falta aquela responsabilidade. A criança está com febre, por que tu já não tira a roupa? Tu já não faz umas comprças frias? Está com diarréia, fez um episódio de diarréia, por que tu já não cuida da diéta? Por que tu já não controla “isso” em casa? Por que essa dependência de estar indo no posto, toda hora. [...] Por que eles não fazem mais nada em casa? Por que jogam a responsabilidade só para nós? E

curativo? Eles ligam: “eu quero uma enfermeira agora para fazer o curativo” eu digo: “mas a gente não tem como sair correndo daqui agora”, não é assim. (E1)

Acho que sim. Acho que deveria ter um pouquinho mais. Acredito que com toda essa bagagem de experiência que eu tenho, eu vejo muito caso que acontece de AVC, muito infarto, então acontece realmente por que a pessoa negligenciou com a medicação: “eu acho que eu estou bem que eu não sinto nada”, então para e daqui a pouco tem uma piora do quadro até alguma complicação que não consegue reverter. (E3)

As narrativas acima foram em tom de desabafo, pois, a partir do questionamento feito, surgiram muitos sentimentos e lembranças de determinados casos de pacientes que representaram bem o tema da ausência de responsabilidade. E essas afeições que podemos alcunhar de afetos são sentimentos imaginários, apostas que se faz com base na história pessoal de cada um e na imagem produzida pelo serviço ou pelo profissional. Esses afetos podem contribuir ou não para a eficácia da conduta terapêutica e para a manutenção da vida em cada pessoa afetada, seja o trabalhador, ou o próprio usuário. (JORGE, et. al, 2011)

Igualmente, outra reflexão trazida por uma das enfermeiras e que distingue-se das demais por ser singular, é a concepção de que os usuários deveriam ter um pensamento mais no coletivo, dado que:

[...] o que eles não têm responsabilidade é pelos insumos da saúde. Que são os exames, as consultas, ou seja, isso agente ainda tem que construir isso de que: “aquele papel que eu perdi tem um custo. O remédio que o senhor deixou vencer tem um custo. A consulta que o senhor não foi, deixou de outra pessoa ir”. Isso sim, isso a gente tem que construir com eles. (E2)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) traz no seu artigo seis que os pacientes devem “adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou que trabalham nos estabelecimentos de saúde”. Desta forma, compreende-se que não há atitude mais cordial do que respeitar e amparar o direito do outro de ser atendido da melhor forma possível. Sendo assim, em meio às práticas de cuidado diárias, é preciso construir, junto com os usuários, o conceito de política da existência onde a produção da diferença é central, ou seja, todos temos direitos e que se alguém assumir um comportamento egocêntrico e mesquinho vai comprometer a saúde da coletividade.

Como corresponsabilidade tem por definição algo que possui reciprocidade, para as usuárias também foi questionado sobre suas devidas atribuições:¹

Cuidar da alimentação, não ter uma vida sedentária... acho que é isso. (P1E1)

Ir no médico, né? [...] mas a minha saúde é eu que cuido, por que sempre que me sinto mal eu vou procurar um recurso, né? Venho no posto e sou bem atendida... ontem eu tive consulta, viz meus exames e está tudo bem. (P2E1)

[...] eu devo fazer esses exames, devo fazer minhas caminhadas para me cuidar e tomar os meus remédios direitinhos, que eu faço sempre. Para cuidar da saúde eu acho que é isso e se alimentar bem, comer direito. (P1E2)

Cuidar da pressão, da alimentação, pouco de descanso, tomar o remédio direitinho por causa da pressão alta. (P2E2)

Me cuidando, tomando o remédio certo e alimentação. Ultimamente não estou me cuidando, mas agora vou me cuidar mais. (P1E3)

Tenho que me cuidar por que já tive dois AVCs, tenho que manter. (P2E3)

A ESF, na sua criação, propunha-se a superar essa tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na Promoção à Saúde. Em alguma medida, a introdução dessa estratégia de fato produziu uma saudável tensão paradigmática entre a biomedicina e abordagens mais ampliadas. No entanto, não houve uma reorganização da formação de especialistas médicos e enfermeiros em escala suficiente para sustentar esse tipo de reforma cultural. (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). E isso se faz verdade uma vez que vemos essa posição “médico centrada”¹ e procedimento centrado nas falas dos usuários como se “ir no médico” e “tomar a medicação direitinho” fossem as únicas formas de responsabilização. Entretanto, os profissionais de saúde são os principais motivadores dessa realidade, pois a partir do momento que não acolhemos e que criamos grupos de doença e não de saúde é que a comercialização da vida vai prevalecer.

Isto posto, o “discurso médico”¹ tem se tornado uma parte importante da vida cotidiana, regulando a maneira dos indivíduos se comportarem, o tipo de alimentação que usam, as atividades que realizam e o modo de entender e experimentar a própria existência. Fabrica-se facilmente uma receita para o tratamento dos sofrimentos humanos, esquecendo que inevitavelmente estes estão ligados às turbulências próprias da vida. Fabrica-se o medicamento como uma resposta quase obrigatória e exclusiva em

¹ Grifo Meu

busca da solução mais rápida que traga o tão almejado bem-estar. São substâncias artificiais que com suas inúmeras promessas, oferecem nada menos que soluções também artificiais e paliativas para o bom viver na atualidade. Em busca de alívio, cura e conforto, priva-se daquilo que seria originariamente humano: angústia, culpa, vergonha, tristeza, frustração e consciência de si. Sendo assim, a vida não é uma doença. Viver é viver com todos os riscos. E para esta vida não há Prozac, há experimentação, reflexão e escolha. (DANTAS, 2009)

4.2 Autocuidado e autonomia como formas de promover a saúde

Refletir sobre o cuidado nos remete a especular o que é o cuidado, quem cuida e por que se cuida, e nessa perspectiva de compreensão, o cuidado tem diversos significados que, por vezes são complexos, e sem uma concepção definida. Está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanha a evolução dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e está no interior das discussões nos diferentes contextos coletivos. (SILVA, et al., 2009)

O autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo, contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado. (NOGUEIRA; MATA; SILVA, 2012)

Em meio aos questionamentos, perguntou-se para as enfermeiras, se os usuários das suas respectivas áreas adscritas praticam autocuidado:

É difícil, né? Pensando nos que tem medicação controlada e continua. Eu sento, eu desenho, eu tenho a tal luazinha, o sol, sabe? Eles estão consultando lá com o Doutor e o médico passa para mim por que eu tenho essa paciência de separar tudo e falar, vou na casa e faço, e daqui alguns dias eles vem e está tudo descontrolado de novo, sabe? Tu não tá tomando remédio certo? (E1)

Muito pouco [...] qualquer coisa eles procuram, eles são muito dependentes da medicação, as pessoas não tem mais o hábito de procurar uma terapia alternativa, algumas coisa natural, uma tentativa caseira... isso está, cada vez, mais raro, assim, muito pouco, a gente sempre tem que estar buscando isso, mas não ocorre... muito pouco. (E2)

Eu acho que eles são um pouquinho relapsos nessa questão, dependendo do paciente, eles se discuidam. Se tu não assume, as vezes, assim, aquela

pressão: “tu tens que tomar a medicação, tu tens que fazer o tratamento”, eles meio que negligenciam. [...] Então muitas vezes parece que a responsabilidade é nossa fazer com que eles assumam as suas responsabilidades.(E3)

O autocuidado é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem estar. O autocuidado tem como propósito, o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo que contribui para o desenvolvimento humano. As ações que constituem o autocuidado são os requisitos universais, de desenvolvimento e os de alterações da saúde. (SILVA, et. al, 2009)

A incapacidade para desenvolver o autocuidado pode advir de fatores extrínsecos ou intrínsecos. Entre os primeiros, incluem-se a doença ou a morte de algum parente. Já fatores intrínsecos, como idade, por exemplo, afetam tanto a habilidade da pessoa se engajar no autocuidado, como o tipo e quantidade de autocuidado requerido. (VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010)

Outro fator exterior ao usuário é a organização do cuidado em cada unidade de saúde, uma vez que essa dependência dos pacientes em relação a equipe (tão citadas pelas enfermeiras) resulta das práticas de cuidado voltadas para aquilo que é patológico (medicalização, centralização na figura do médico, etc), e quando converrou-se com os pacientes percebe-se que isso se faz verdade e os mesmos possuem um conceito de autocuidado centrado para a doença e uma prevenção demasiadamente simplória.

Eu não cuido da minha saúde, mas não tenho nada... como tudo que me dá vontade não pratico exercícios [...] mas não tenho diabetes, colesterol, não tenho nada, não tenho nenhum proplema de saúde... pode ser daqui anos eu venha ter alguma coisa, né? (P1E1)

Tomando os remédios direitinho e a alimentação, né? Porque eu tenho diabetes dae eu me cuido... é o único jeito que eu cuido da minha saúde. (P2E2)

Consultando, fazendo exames e fazendo tudo que é bom para a saúde, ou seja, não beber, no fumar, nao usar droga e cuidar [...] a gente tem que se ajudar, não só esperar pelos outros que eu vou esperar que o meu marido, que minha filha venha dizer para mim o que eu devo fazer, que eu tenho que tomar meus remédios, que eu tenho que me cuidar, que eu nao tenho que

comer sal, fazer coisas erradas para a minha saúde. Eu acho que eu tenho que me responsabilizar, não os outros. (P1E2)

Eu faço caminhada, alongamento aqui com as amigas do postinho e tomo meu remédio direitinho, como o que eu tenho que comer. (P2E2)

Tomando o remédio certo na hora certa e alimentação. (P1E3)

Tomo o remédio que o médico me deu e cuido com que eu como, não posso comer muita coisa gordurosa. (P2E3)

Autocuidado é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Quando um determinado paciente possui uma carência em relação ao zelo pela própria saúde, podemos dizer que há um “déficit” de autocuidado e isso ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda da enfermagem. Estes conceitos vêm da Teoria Geral de Enfermagem de Orem e tem por preceito apoiar o outro (física ou psicologicamente) e proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal. (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003)

O que podemos observar na prática diária é que o déficit de autocuidado não ocorre devido a um problemas orgânicos, mas, sim, vícios de comportamento que nunca foram trabalhados de forma adequada. Assim, quando pergunta-se, para as usuárias, se há alguma dificuldade que elas encontram para se cuidar, surgem discursos elucidativos:

Dificuldade é bem relaxamento meu mesmo, eu não cuido por que não quero... que eu não acho necessidade agora mexer com que está bom... nunca tive problema em ser gorda, desde pequena eu sou gorda e sempre gostei de ser gorda, enquanto isso não estiver me atrapalhando, vou continuar sendo. A dificuldade é com eu mesmo, tudo é eu. A culpada é eu. (P1E1)

Não, por enquanto, graças a Deus nenhuma, por que eu ganho todos os meus remédios no posto de saúde, não gasto com remédio e eu acho que é isso por que graças a Deus, Ele não me deu outra enfermidade (P1E2)

Não, por enquanto não... sempre está tudo normal, por que eu consigo ter uma alimentação saudável. (P1E1)

Acho que nenhum, mas as vezes a gente dá uma exagerada na dose e na fritura também por que a gente tem vontade, né? Mas eu acho que e isso (P2E2)

Não tem nenhuma. Mas eu não gosto de tomar remédio, daí eu parei com os meu remédios e a pressão ficou muito alta, então eu preciso me cuidar mais. (P1E3)

Não tenho nenhuma dificuldade para me cuidar. Tomo o meu remédio direitinho e também cuido da minha alimentação. (P2E3)

Poucos usuários possuem o discernimento que a primeira entrevistada demonstrou. Mesmo sabendo que suas práticas alimentares não são adequadas ela continua com essa conduta, pois sente-se bem em relação a sua condição de sobrepeso. Entretanto, todos os indivíduos, enquanto seres desejantes, têm apetites e não só apetências no tocante alimentar, mas, também, em relação ao sexo, por exemplo. E isso tudo se deve ao modo da informação chegar a todos.

As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, portanto, para implementações no Sistema Único de Saúde (SUS). (SCHIMITH, 2011) Onde não há acolhimento não há vínculo e isso se torna concreto a partir dos relatos das entrevistadas, uma vez que um dos ESFs que a entrevista foi efetuada possui o acolhimento diferentemente dos demais.

Em relação ao vínculo entre enfermeiras e usuárias, as pacientes relataram que:

A enfermeira me atende super bem. Ela me ajuda a fazer as coisas certas. Tudo certinho. (P2E1)

Eu vou ser bem sincera contigo, unica coisa que eu procuro o posto é para tomar injeção porque eu tomo o anticoncepcional mensal, é só para isso que eu procuro o posto, por que eu não tenho problema de saúde [...] e a unica coisa que eu venho é para levar o meu filho para vacinar, então eu não tenho muito vínculo com ela, não conheço ela. (P1E1)

A enfermeira é uma ótima profissional, muito boa pessoa. Ela sempre auxilia agente. Quando eu tinha uma coisa que não era grave, tipo olhar a pressão, eu sempre vinha falar com ela, perguntar alguma coisa, uma vez ou outra ela sempre dava uma força para a gente. Se ela não podia resolver ela falava com a médica. Muito boa pessoa. (P1E2)

Sim, ela deu palestra, ela explicou tudo direitinho, ela fez uma boa palestra, ela me ajuda a me cuidar me explicando o que eu tinha que fazer para manter a saúde (P2E2)

A enfermeira é muito boa. Semana passada eu vim aqui e ela já passou para o médico e já me deu remédio e já melhorei por que eu tava ruim mesmo.

[...] me ajuda também a cuidar da minha alimentação, da minha dieta e para mostrar exames. (P1E3)

Faz tempo que eu não falo com a enfermeira. Eu só venho na consulta com o médico e venho medir minha pressão, mas quando a minha pressão está alta dae eu venho falar com ela e dai ela já marca consulta para mim. (P2E3)

A terceira e a quarta entrevistadas de uma ESF que desenvolvi estratégias de acolhimento e ambas não só revelaram conhecer a enfermeira como teceram elogios a respeito da mesma, distintivamente de duas usuárias (cada uma de uma unidade diferente) que, ou não conheciam a enfermeira, ou só frequentavam o posto de saúde para serem avaliadas pelo médico(a). Entretanto, cabe salientar a partir do discurso das pacientes, que a maioria falou a respeito de práticas voltadas para o adoecimento, e as que mencionaram prevenção e cuidado, trataram de um cuidado viciado que é dito e repetido todos os dias nas unidades pelos profissionais (alimentação, diabetes, hipertensão arterial, etc).

Assim sendo, para o atendimento ser integral, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras. Desta forma, no contexto desse encontro concreto, deve-se deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer. (SCHIMITH, 2011)

4.3 O trabalho em saúde e a micropolítica do cuidado

O marco importante de transformações em participação popular e de formulação de novas políticas públicas de saúde, com proposta de um novo modelo de assistência, tem como catalisador a Oitava Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e traz a participação como um conceito que deve ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas, devendo ser empregada na organização, gestão, controle dos serviços e ações de saúde. (SANTOS; MIRANDA, 2007) Entretanto, o que foi citado diz respeito a macropolítica, mas pouco é discutido em relação a participação no âmbito do cuidado, ou seja, no convívio diário entre usuários e trabalhadores em meio a micropolítica do trabalho vivo. (MERHY, 2007)

Em relação a participação dos usuários, as enfermeiras argumentaram que:

A gente tem grupos aqui. Ai quando chega todas as quintas nós temos grupos de diabeticos, hipertensos e idosos. (E1)

Fazendo o uso correto da medicação, fazendo a prevenção, a gente orienta [...] Mas alguns pacientes tem essa esponsabilidade de dizer: eu tenho que me cuidar é para mim. Mas a grande maioria não faz. (E3)

Pode-se notar que o discurso farmacologico e patológico sempre vai imperar e isso se observa através das falas, como se grupos de doença e não de saúde fossem fazer com que os usuários se responsabilizassem e como se a medicação e o corpo doente fossem as únicas preocupações dos usuários. Nesse sentido, Fortuna (2013) e colaboradores apontam que, tradicionalmente, nos grupos educativos, há predominância de passagem de informação, centradas em patologias, com o predomínio de concepções pedagógicas tradicionais e transmitidas de forma verticalizada, fragilizando a integração e discussão coletiva.

Entretanto, essa prática de realizar grupos de doença não é feita por uma das enfermeiras:

... não existe mais grupo de hipertensos ou grupo de diabeticos, a gente tem um grupo de saúde geral que qualquer um da comunidade pode participar [...] a paciente vem fazer um pré- câncer, por exemplo, dai tu vai pegar a ficha dela e ve que ela é HAS ou DM, tu não vai fazer só o exame, tu vai fazer uma consulta geral e também ver como está a familia. (E3)

A experiência desenvolvida pela enfermeira torna-se essencial para todas unidades de saúde, pois se constitui um espaço de interação ou discussão coletiva entre a equipe e a comunidade. (FORTUNA, el. al, 2013) Além do que, segundo Demo (1996), esses grupos de educação em saúde podem ser denominados como “canais de participação” dado que promovem o acesso universal, ou seja, todos os usuários podem participar e, ainda, nutre o exercício da cidadania.

Outra questão trazida por uma das enfermeiras é a noção de que não há participação sem qualidade no acesso ao serviço.

Primeiro eles precisam ter acesso ao serviço. Essa é primeira forma: “que tem que pegar ficha para entrar em um serviço de saúde, que tu tem que ter regras, isso dificulta muito... então, o usuário primeiro tem que ter o acesso ao serviço, essa é a primeira forma que eu acho... a pessoa tendo acesso ao serviço (E2)

Desta forma, todas às práticas de cuidado citadas (vínculo, acolhimento e canais de participação) são ferramentas cruciais para uma participação mais ativa por parte dos

pacientes que são tão taxados como conformistas, já que vivenciam um processo de opressão, que conseguiu “domestica-los” através de mecanismos assistencialistas. (DEMO,1996)

Um dos pontos que pode-se observar na Lei 8080/90 que trata de regular as ações de serviços de saúde pública, é a presença dos deveres do estado e dos direitos dos cidadãos, mas muito pouco se lê a respeito dos deveres dos usuários dos SUS (BRASIL, 1990). Desta forma, questionou-se as usuáreas sobre quais seriam os seus deveres para com sua própria saúde.

O meu dever é eu procurar, eu que tenho que procurar o que eu mereço. O meu dever é eu fazer com que eu fique bem. Porque eu tenho a obrigação de caminhar porque é bom pra mim e é isso, tudo que tu acha que é bom pra ti tu faz. Se tu está te judiando é por culpa tua, fazendo alguma coisa errada já que não vai dar certo para a tua saúde, problema meu depois, os outros não tem nada com isso. (P1E2)

Cuidar a minha saúde, tomando os remédios direito, na hora certa tudo. (P1E1)

Olha eu tenho que cuidar da minha saúde, se eu precisar procurar uma médico, meu remédio, não posso falhar com ele. Em primeiro lugar a minha saúde. (P2E2)

Ir no posto, ver como é que esta a minha saúde, se precisa fazer exame de vez em quando para ver como é que tá, acho que é isso (P1E3)

Seguir o que o médico manda, né? (P2E3)

Ao mesmo tempo que escutamos relatos marcantes como o da primeira entrevistada que traz para si toda a responsabilidade pela sua própria saúde, observamos também nos outros relatos os mesmos aspectos das demais respostas anteriores: medicalização da vida, priorização da doença e o médico como centro do cuidado. Entretanto, todos deveriam ter o mesmo discernimento que a primeira usuária e serem aqueles que tem consciência do seus direitos e deveres e participam ativamente da sociedade, pois:

“não basta o discurso dos direitos seguidos dos deveres. O primeiro discursos é da consciência. Ter consciência como ato da inteligência humana que processa dentro de nós um conceito com todas as suas conseqüências. Decorrente disto, passa-se à compreensão que só existem direitos alicerçados em deveres. Só os deveres cumpridos por nós, por quem nos precedeu e por quem nos sucederá poderá garantir para esta e para as próximas gerações, todo e qualquer direito que possamos ter”. (CARVALHO, 2007, pag 45)

Sendo assim, uma das prioridades nas ESFs seria trabalhar e colocar em prática a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011), visto que além de ficar categórico as obrigações de cada um, seja profissional de saúde ou usuário, pode-se aplicar direitos e deveres que não são trabalhados diariamente como os deveres em relação a comunidade, por exemplo.

5. Conclusão

Historicamente o modelo biomédico induziu as famílias a abandonarem suas práticas em saúde e com isso as fez transferirem para os serviços médicos, com seus complexos recursos tecnológicos e seus fármacos supostamente milagrosos, a responsabilidade pelo zelo à própria saúde e, conseqüentemente, tornaram-se dependentes deste cuidado médico-centrado. Como resultado, as famílias parecem apenas esperar pelos aspectos curativos e não estariam cientes das alterações que o novo modelo de atenção em saúde (com ênfase nos aspectos preventivos), representado pela ESF, trouxe para eles. (GELINSKI, 2010)

Uma hipótese que esse trabalho trouxe foi que os pacientes não estão cientes de suas obrigações e responsabilidades. Entretanto, observa-se que na prática os mesmos demonstraram que conhecem alguns de seus compromissos com sua própria saúde, mas esses encargos trazidos pelas usuárias são muito simplórios e não abarcam todas as responsabilidades que um paciente autônomo necessita dispor. Todavia, não pode-se penalizar os pacientes, uma vez que isso é fruto de um processo histórico de não promoção da autossuficiência dos indivíduos.

Outro cenário pressuposto é de que as enfermeiras não promovem a responsabilidade bem como a autonomia dos pacientes. Não obstante, vê-se que a realidade é diferente já que as enfermeiras deram ótimos exemplos de promoção da autogovernança como os grupos e as orientações dadas diariamente. Mas, uma objeção que se deve trazer para a discussão é que grupos de doença que temos hoje não munem as pessoas com conhecimento para serem auto suficientes e, sim, privilegiam um pensamento medicalizante e higienista.

Finalmente, não se pode afirmar categoricamente que os usuários não possuem recursos intelectuais e emocionais para lidar com sua parte na corresponsabilidade, pois algumas usuárias mostraram que têm conhecimento dos seus deveres e, também, das suas limitações para cuidar-se. Assim, cabe aos profissionais de saúde trabalharem, diariamente, através do vínculo, o papel de cada sujeito tanto na saúde particular quanto na saúde coletiva.

6. Referencias

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. O cuidado de si para o cuidado do outro. Revista Bioethikos, Espirito Santo. 7(4):437-441. 2013;

BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. Cadernos de Educação. FaE/PPGE/UFPel. Pelotas [30]: 187 - 199, janeiro/junho 2008;

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990;

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007;

BRASIL. Portaria-1.820, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 14 de agosto de 2009;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a;

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b;

BRUNELLO M. E. F, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm 2010;23(1):131-5;

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 152-7;

CAMPOS G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2008;

CARVALHO, G. C. M. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007;

DANTAS J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21 – n. 3, p. 563-580, Set./Dez. 2009;

DELEUZE, Gilles. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002;

DEMO, Pedro. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 3 ed. São Paulo, Cortez, 1999;

DIÓGENES M. A. R, PAGLIUCA L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3):286-93;

ENGLAND. National Health Service Constitution. Março de 2013. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015;

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Aurélio: dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Ed. Positivo, 2008;

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (Org.). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014;

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed Porto Alegre: Artmed, 2009;

FORTUNA C. M.; et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jul.-ago. 2013;21(4):[08 telas];

FRANCO T. B.; MERHY E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo technoassistencial para a saúde. Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública. Águas de Lindóia, 1999;

GELINSKI, C. R. O. G. A questão da corresponsabilidade prevista na estratégia de saúde da família. *Revista Política e Sociedade*. Florianópolis. Vol 10, n19, pag: 97 a 114. Out. 2010;

HAESER L. M; BÜCHELE F; BRZOWSKI F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 605-620, 2012;

JORGE MSB, et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011;

LIMA L. L; MOREIRA T. M. M, JORGE M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 514-22;

MACHADO E. P; HADDAD J. G. V; ZOBOLI E. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. *Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo* – 2010. 4(4):447-452;

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: *Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos, 2. A pesquisa qualitativa em debate. Anais...* Bauru: SIPEQ, 1 cv, 2004;

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007;

MERHY, E. E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Laboratório Território e Comunicação. n27; pp.281-303. 2009;

NETO, J. L. F et.al. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. *Saúde Soc*. São Paulo, v.18, n.3, p.456-466, 2009;

NOGUEIRA M. I. S; MATA Á. N. S; SILVA M. M. P. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade para a enfermagem na estratégia saúde da família (ESF). *I Congresso Virtual Brasileiro - Gestão, Educação e Promoção da Saúde*. 2012;

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 1999;

ORLANDI, E. P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas/SP: Pontes, 3 edição. 2001;

RIO GRANDE DO SUL. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul de 3 de outubro de 1989. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/dal/LinkClick.aspx?fileticket=jOK8zfzBfbE%3d&tabid=3683&mid=5358>>. Acesso em: 20 mai. 2015;

SANTOS Á. S; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole, 2007;

SCHIMITH M. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. educ. saúde (Online)* vol.9 no.3 Rio de Janeiro Nov. 2011;

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007;

SILVA IJ, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* vol.43 no.3 São Paulo Sept. 2009;

SOARES C. B; CAMPOS C. M. S (Org.). *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Manole, c2013;

TANAKA O. Y; OLIVEIRA V. E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade* v.16, n.1, p.7-17, jan-abr 2007;

TESSER C. D; NETO P. P; CAMPOS G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3615-3624, 2010;

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. Junho, vol.39, n.3 São Paulo, 2005;

VITOR A. F; LOPES M. V. O; ARAUJO T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc. Anna Nery* vol.14 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2010;

**Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
Departamento de Enfermagem e Odontologia
Curso de Enfermagem**

**Projeto de Pesquisa Intitulado
“SER SENHOR DE SI: ANÁLISE DA CORRESPONSABILIDADE NAS
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**

**Orientando: Luís Augusto Kanitz
Orientadora: Ana Zoe Schilling**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS USUÁRIAS

1. Quais são as responsabilidades que você deve ter para com a sua própria saúde?
2. Como você cuida da sua própria saúde?
3. Quais dificuldades você encontra para se cuidar e ter uma vida mais saudável?
4. Todos nós temos direitos, mas quais são os nossos deveres para com a nossa própria saúde?
5. De que forma a enfermeira ajuda você a ter mais autonomia com a sua própria saúde?

**Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
Departamento de Enfermagem e Odontologia
Curso de Enfermagem**

**Projeto de Pesquisa Intitulado
“SER SENHOR DE SI: ANÁLISE DA CORRESPONSABILIDADE NAS
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**

**Orientando: Luís Augusto Kanitz
Orientadora: Ana Zoe Schilling**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS

1. De que forma você se corresponsabiliza pela saúde dos teus pacientes?
2. Você acha que os pacientes praticam autocuidado? De que forma?
3. De que forma os pacientes devem participar mais ativamente do cuidado da própria saúde?
4. Você acha que os pacientes possuem pouca responsabilidade pela sua própria saúde? Por quê?
5. De que forma você promove a participação dos pacientes para seu próprio cuidado?