

Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento

Demanding respect for the subjectivity of public health system clients: towards humanization of health care

Martha Traverso-Yépez ¹
Normanda Araújo de Moraes ¹

¹ Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

Correspondência
Martha Traverso-Yépez,
Departamento de Psicologia,
Centro de Ciências Humanas,
Letras e Artes, Universidade
Federal do Rio Grande
do Norte. BR 101, Campus
Universitário, C. P. 1622,
Natal, RN 59078-970, Brasil.
traverso@ufrnet.br

Abstract

This paper analyzes how clients of the public health system in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil, "give meaning" to their situation as "patients", basically focusing on three aspects: (1) evaluation of care, (2) awareness of their rights as citizens and role in improvement of the service, and (3) expectations regarding the encounter with health professionals. The results point to many deficiencies in the health system, besides demonstrating the population's passivity and resignation towards the present situation. The need to consider clients' subjectivity is important, as is the health professional-client relationship, with their encounter considered a prime moment for establishing a humanizing process in health practice, besides fostering the development of a critical awareness among clients concerning their rights and their role as agents of change in the health system.

Medical Care; Health Services; Services Evaluation

Introdução

Considerando-se a evolução dos modelos de atendimento à saúde no Brasil, observa-se que, no plano legal, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou um avanço, principalmente pelos seus princípios gerais de organização. Entre outros aspectos, estes princípios apontam para a garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, e para a participação cidadã, através de suas entidades representativas, no processo de formulação de políticas públicas de saúde e do controle de sua execução. A saúde é ainda definida "como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever de Estado" ¹ (p. 62). Embora a saúde seja, pois, um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor.

Parte-se, assim, do reconhecimento desses pressupostos, bem como da relevância de se investigar quais são as idéias, valores e crenças desenvolvidos pelos usuários acerca do atual quadro de assistência à saúde. Reconhece-se e valoriza-se essa dimensão subjetiva do usuário, não apenas por uma questão ética, considerando como Guareschi ² que em toda relação

está sempre um “outro” e que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o “outro” como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema. Existem também razões pragmáticas para agir assim, por entender que o envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis mediante um processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano ^{3,4}.

Concorda-se ainda com Campos ⁵ (p. 192), quando afirma não acreditar na geração espontânea da consciência sanitária, a qual define como uma “*diretriz que objetivaria ampliar a autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, reforçando a sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades*”. O avanço do processo de reforma demanda, de fato, uma permanente reflexão crítica sobre as idéias e concepções que orientam as práticas de saúde entre os diferentes atores sociais envolvidos.

Objetivou-se, portanto, investigar a forma como os usuários dos serviços de saúde, individual e coletivamente, “dão sentido” à sua situação de “paciente” no contexto do serviço público de Natal. Interessam-nos basicamente os aspectos sobre a consciência dos seus direitos como usuários do serviço e suas avaliações e expectativas no que diz respeito ao tipo de atendimento que recebem dos profissionais, dando especial atenção à relação profissional-paciente/cliente.

Sobre a subjetividade dos usuários

Uma perspectiva tradicional, lidando com a temática de humanizar as práticas de saúde, tem sido a abordagem psicossomática. De acordo com Balint ⁶, quanto mais o médico enfatiza o órgão doente e não a pessoa, menos chance terá de entender os sintomas do paciente, justificando, assim, a necessidade de esse profissional ter uma adequada formação psicoterapêutica. No entanto, além de a abordagem psicossomática ser restrita a poucos profissionais, segundo Martins ⁷, ao priorizar a influência do aspecto “mental” sobre o processo saúde-doença, essa abordagem também se mostra como “limitada”, pois não consegue dar conta da com-

plexidade que a questão envolve. O mesmo acontece com a medicina social quando considera apenas a importância dos aspectos biológicos e sociais nas questões relacionadas à saúde e à doença, mas desconsidera os aspectos psicológicos, fundamentais nesse processo.

A presente abordagem do problema valendo-se da psicologia social está fundamentada no critério de que um dos principais objetivos dessa disciplina é o de tentar compreender a forma como as pessoas dão sentido aos diferentes aspectos de sua realidade existencial. Parte-se do pressuposto de que as pessoas processam diferentes significações acerca das diversas dimensões da sua vida cotidiana, de acordo com a experiência pessoal desses fenômenos e do contexto sócio-histórico específico no qual estão inseridos, perpassados sempre pela linguagem. A atenção a esse contexto sócio-histórico é fundamental, uma vez que é ele que oferece um conjunto de possibilidades e restrições para o tipo e qualidade das práticas sociais, as discursivas incluídas ⁸.

Dessa forma, as práticas relacionadas com o processo saúde-doença, longe de se reduzirem a uma evidência orgânica e objetiva, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados. O interessante é perceber, porém, que nas práticas cotidianas do atual sistema de saúde, baseado no modelo biomédico hegemônico, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença ⁹.

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de conseqüências negativas para o relacionamento profissional-paciente/cliente. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença. A comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente. Outro aspecto que prejudica a comunicação entre eles

é o uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário leigo, sobretudo de baixa instrução^{4,10,11,12}.

Como apontado por Boltanski¹⁰, uma possível explicação para esse “desencontro” pode ser o caráter de classe dessa relação, a consequente existência de diferentes conhecimentos e experiências e, portanto, de diferentes processos de significação, estilos de comunicação e abordagens que profissionais e usuários possuem no que se refere às práticas de saúde.

Merhy¹³ (p. 118) destaca ainda o modelo liberal-privatista de atendimento, vigente na saúde pública, como “*responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou qualquer outro – inclusive os próprios trabalhadores entre si – de uma maneira impessoal, objetivizante e descompromissada*”. Segundo o autor, existe um processo de objetivização do usuário, reduzindo este a um corpo com “*problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados que presidem a relação*”¹³ (p. 118), além do processo de alienação (ou “fetichização”) do trabalhador da saúde, que se torna mero depositário do saber que o comanda. Por isso, ele advoga que o profissional da saúde deve mudar sua relação com o saber instituído e com o conjunto de atores sociais lidando com a saúde, ou seja, com os outros trabalhadores e especialmente com os usuários do serviço.

A principal consequência verificada em virtude do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente é o denominado “baixo comprometimento” do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada. O interessante é que, apesar de óbvio, os profissionais, geralmente, têm dificuldade de entender o porquê desse baixo comprometimento. A comprovação de que esse modelo de atendimento possui limitações pode ser percebido, tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolutividade, já que fica cada vez mais clara a complexidade do processo de adoecer, bem como a necessidade de o paciente comprometer-se com os cuidados com a sua saúde. Esse reconhecimento vem implicando a necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço.

Essa proposta parte da convicção de que, entre profissional e paciente-cliente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas³; decorrendo daí a necessidade de “*superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo vigente, acreditando que o agir do*

profissional de saúde deveria ser forçosamente mais humilde, baseado na escuta, no diálogo e não na imposição de receitas”¹⁴ (p. 54).

A necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade^{3,13,15}. De acordo com Merhy¹³ e Mendes¹, não basta nos preocuparmos com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não mudamos o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários do serviço.

Essa preocupação com a qualidade da relação profissional-usuário torna-se tanto um meio quanto um fim a ser alcançado. Na qualidade de “meio”, apresenta-se como uma prerrogativa indispensável no processo de efetivação da garantia dos direitos estabelecidos no plano legal pelo SUS, porém não correspondidos no cotidiano das práticas de atendimento. Como “fim”, justifica-se também porque a participação não é ainda uma característica visivelmente marcante na conduta dos usuários, apesar de ser uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde.

O desejo é o de que as conquistas estabelecidas no plano legal sejam correspondidas no cotidiano do atendimento. Sabe-se também, como já foi dito, que tal avanço deverá ser alcançado mediante o comprometimento de todos os agentes sociais envolvidos (usuários e profissionais incluídos) na luta pelo cumprimento das diretrizes constitucionalmente estabelecidas, sobretudo no espaço micro da participação representado pelas relações cotidianas^{3,16}. Reforçando o papel da experiência e das práticas cotidianas, lembra-se com Briceño-León³ (p. 11) que “*educação não é apenas o que se ensina nos programas educativos, mas o que está sendo passado através de toda ação sanitária*”, sugerindo, portanto, considerar “*a dimensão educativa não-intencional das ações cotidianas desenvolvidas nos programas de saúde*” (p. 12).

Não se nega a importância das “grandes” instâncias políticas de decisão, mas ressalta-se aqui o papel do profissional na definição do tipo de relação estabelecida com o usuário nos consultórios, ou onde quer que se realize a ação sanitária. O caráter humanizado e horizontal desta relação tem, de fato, um importante papel na melhoria e transformação do atual quadro, justamente pelo reconhecimento de sua relevante dimensão educativa.

Percurso metodológico

A pesquisa foi realizada a partir da aplicação de 41 questionários semi-estruturados entre usuários dos quatro distritos sanitários da Rede Básica de Saúde de Natal, Rio Grande do Norte. O questionário era formado por questões referentes à caracterização sócio-demográfica dessa população, assim como sobre as temáticas de interesse da pesquisa (avaliação dos serviços e relacionamento profissional-paciente/cliente). A escolha dos entrevistados foi orientada por dois critérios principais: vínculo com a instituição (de pelo menos seis meses) e/ou disponibilidade para dar os depoimentos.

No processo de análise de dados, foi realizada, primeiramente, a leitura minuciosa dos depoimentos a fim de se apreenderem os significados, argumentações e justificativas que compõem essas práticas discursivas. Numa segunda etapa, desenvolveu-se o processo de categorização, que consiste no agrupamento das diferentes respostas obtidas em expressões capazes de refletir os conceitos e características comuns a essas respostas. Por fim, essas respostas já categorizadas foram ingresadas no programa estatístico SPSS, para o processamento e leitura através de técnicas descritivas.

Vale destacar o caminho, por nós escolhido, de fazer uso tanto da abordagem quantitativa quanto da qualitativa no processo de análise dos dados, uma vez que, no nosso entender, elas não são excludentes, mas complementares, quando nos propomos a desenvolver uma análise mais detalhada, que se aproxime da riqueza e complexidade dos dados coletados.

Dentre os 41 usuários entrevistados, 17 foram no Distrito Oeste, nove nos Distritos Leste e Norte e seis no Distrito Sul. A amostra é predominantemente feminina (95,1%), tem entre 31-40 anos (26,8%), é formada em sua maioria por donas de casa (36,6%), casadas (53,7%), com ensino fundamental incompleto (48,8%) e renda *per capita* de 50-150 Reais (48,8%). Frequentam a Unidade há mais de cinco anos (58,5%) e buscam o atendimento do clínico geral e da ginecologia, predominantemente.

O acesso às unidades de saúde tornou-se possível após a devida explicação dos objetivos da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde, à direção dos postos e aos usuários dos serviços. As entrevistas só foram realizadas quando os usuários mostraram-se dispostos a tanto, tendo sido assegurados quanto ao sigilo da sua identidade.

Resultados e discussões

É bastante significativo que o discurso de cada usuário não apresente uma total consistência ao longo das diferentes respostas do questionário, sobretudo no que se refere à avaliação dos serviços, existindo respostas até contraditórias. Em oposição à consistência que a Psicologia Social tradicional gostava de destacar, fica em evidência que a linguagem é usada numa variedade de funções, gerando diferentes versões dependendo do momento e dos aspectos envolvidos¹⁷.

Observa-se, por exemplo, que quando perguntados sobre como vêm o atual serviço de assistência à saúde, num sentido geral, os usuários tendem a apontar, predominantemente, os aspectos negativos (79,1% dos depoimentos). Os argumentos para justificar tal posição referem-se, principalmente, ao baixo investimento feito no setor e à falta de compromisso dos políticos. Porém, em outro momento, nas respostas sobre a avaliação de aspectos específicos do atendimento envolvendo o atendimento humano, o funcionamento e organização e as instalações e equipamentos, essa insatisfação nem sempre foi evidenciada ou destacada com tanta intensidade. Assim, em face do concreto da situação, os entrevistados expressaram uma maior quantidade de respostas positivas, percebendo-se em alguns desses depoimentos uma grande dificuldade em listar os argumentos/justificativas que o fazem avaliar dessa forma. Predominaram, nesses casos, as respostas vagas e a ausência de argumentos.

Nessas respostas, necessitou-se ainda da inclusão de uma categoria que foi denominada “positiva com ressalva” para representar todos aqueles depoimentos que, mesmo apontando algum tipo de deficiência (reclamação quanto às fichas, demora e desumanização do atendimento etc), consideraram o serviço como “bom” ou “médio” (senão em todas as dimensões referidas, pelo menos em algumas delas). Explica-se essa “contradição” subjacente ao discurso de uma parcela significativa dos usuários como expressão da complexidade presente na vida cotidiana do serviço de saúde, na qual as coisas jamais são “branco-preto”. De fato, numa outra pesquisa em andamento, realizada com os profissionais da saúde pública, observa-se que existem profissionais que tentam oferecer um melhor serviço à comunidade, apesar da precariedade da infra-estrutura e dos baixos salários. Por outro lado, no discurso dos usuários percebe-se também expressões de conformismo e aceitação passiva dessa população diante do atual quadro da assistência à

saúde, provavelmente pela falta de controle da situação. Como explicitado abaixo:

“Os banheiros são limpos e os banquinhos são duros. É meio fraco o local de espera, mas é assim mesmo, é do SUS! Sempre tem materiais, é tudo simples, mas é muito bom” (grifos nosso).

Observa-se em alguns discursos, como no acima citado, por exemplo, a aceitação implícita da baixa qualidade do serviço público por estar dirigido à população carente, decorrendo daí a “explicação”, a “justificativa” para o descaço verificado pela qualidade do mesmo ¹⁴. Percebe-se assim a “naturalização” de tal situação pelos próprios usuários, que terminam por reconhecer o serviço recebido como um favor ou doação e não como um direito.

Esse fato é corroborado quando o usuário é perguntado se continuaria procurando o atendimento público ou se recomendaria esse serviço para alguém. Diante desse quadro de deficiências, destaca-se que 98% dos usuários continuariam a procurar o atendimento público. Porém, esse retorno se dá, não pela qualidade do serviço em si, mas pela “proximidade de casa” e por “não ter escolha”, como o acesso ao serviço privado, por exemplo (Tabela 1). Os dois argumentos somam 65,4% do total. Apenas 26,5% das respostas afirmaram que o retorno se daria em virtude do “bom atendimento” recebido. Em alguns dos depoimentos destaca-se mais uma vez a naturalização da precariedade em virtude de parâmetros restritos de avaliação. Reconhece-se que idéias, crenças e práticas simbólicas, num sentido geral, estão vinculadas ao processo de legitimar relações assimétricas de poder, tendendo a naturalizar o *status quo* existente, entre outras razões, devido à impotência pelo caráter coercitivo da vida cotidiana ⁸:

“Às vezes falta soro para nebulização, água também. Falta material para exames de urina e fezes. O local não é pequeno, dá para o médico e o paciente entrarem; é normal. Se o posto sair

daqui, a minha vida complica porque outro é muito longe” (grifos nosso).

“Sim. Porque não tem condições de fazer uso do serviço particular; porque os outros postos são longe”.

Com relação à questão sobre se indicariam esse serviço a alguém, o percentual de respostas afirmativas diminuiu de 98% para 79,2%, enquanto 10,4% das respostas disseram que não indicariam o serviço, em virtude da precariedade da sua organização e estrutura. Desses 79,2%, menos da metade das respostas (37,5%) apontaram aspectos referentes à qualidade do serviço em si (organização e estrutura do serviço, acolhimento e humanização, bom atendimento) como justificativa dessa indicação. Contudo, mais uma vez predominaram os aspectos “conformistas” e pragmáticos, como “proximidade de casa, nunca deixou de ser atendido, não tem outra opção” (41,7% das respostas). Em outros casos, a indicação ficou restrita a um profissional em específico (6,2%) ou à total ausência de outra opção (4,2%). Observa-se assim que, quando o usuário vai indicar o serviço para “outros”, tende a levar mais em consideração os aspectos negativos e/ou a ser mais exigente com relação a essa avaliação.

“Sim. Só se for para a pediatra, pois é a única de valor”. *“Sim. Porque é o único canto que eu sei que tem por aqui”*.

Esse denominado “conformismo” e a resignação da população também ficaram evidentes quando os usuários esclareceram “não ter poder de decisão” para promover a melhoria do serviço (30,8% das respostas – Tabela 2). Nestas respostas, em especial, verificou-se a dificuldade de se definir como essa participação poderia ocorrer, dado o predomínio de definições vagas, imprecisas e em terceira pessoa (“devem falar, correr atrás...”), bem como de expressões que ressaltam os empecilhos colaterais do assistencialismo (“dar remédio aos necessitados...”, “ter paciência...”, “contribuir com dinheiro...” etc). Observa-se como a “ditadura” da vida cotidiana ¹⁸, permeada nas práticas sociais, torna-se mais efetiva a partir do momento em que por sua persistência chega a ser assimilada como natural. Percebem-se, porém, diferentes níveis de aceitação, desde “a aceitação normativa”, em que o indivíduo interioriza as expectativas morais da classe dominante e legitima para si sua própria posição de inferioridade, até a “aceitação pragmática”, em que a pessoa se submete por não ver uma alternativa realista ^{8,19}:

“Não tem como. Falta de condições. Não temos chance de melhorar o serviço, quem pode é o governo”. *“Não. Não tenho poder para isso”*.

Tabela 1

Motivos para a volta do usuário ao serviço.

Categorias	%
Proximidade de casa	32,7
Não acesso ao serviço privado/não ter escolha	32,7
Bom atendimento da equipe	26,5
Nunca deixou de ser atendido	6,1
Total	100,0

Todavia, em 15% dos depoimentos, observou-se um posicionamento claro de alguns entrevistados, situando-se como agentes sociais com direitos e responsabilidades com relação ao atendimento da saúde.

Por se perceberem destituídos de poder, muitos dos usuários deixam de acreditar na sua capacidade de transformar a realidade e passam a depositar tal responsabilidade nas mãos de outros segmentos que eles acreditam estar aptos para tal façanha. Eles atribuíram às ações macropolíticas e de gerenciamento administrativo a melhoria pela qualidade dos serviços (68% das respostas – Tabela 3). A participação dos usuários, ou seja, a “ação cidadã” foi destacada apenas em 17% das respostas, porcentagem semelhante àquela apontada na Tabela 2.

“Melhorar a administração, mais responsável. Deve partir uma melhora do Ministro da Saúde e de seus assessores”. “O governo deveria investir mais, mais honestidade dos políticos que desviam o dinheiro”.

Quanto às expectativas com relação ao encontro com o profissional de saúde, os usuários destacaram a busca pela resolutividade dos seus problemas (29,3%), bem como a qualidade do atendimento recebido (24,4%). Segundo os entrevistados, este deve basear-se na escuta, diálogo, atenção e respeito. Essas mesmas características, expressões do “acolhimento e humanização” do atendimento foram também destacadas pelos usuários quando perguntados sobre como gostariam de ser atendidos (Tabela 4):

“Que ele passe o remédio certo. Que me trate bem e que responda as coisas direito. Que eu consiga resolver o problema”. “Que venham notícias boas. Nada de ruim. Espero que seja um profissional educado que me trate bem”. “Que tratasse bem. Deve ter mais atenção, aqui a gente não tem. Tratam a gente com ignorância”. “Tem que falar mais razoável para a pessoa entender. Eles falam muito rápido”.

Observa-se nos diferentes depoimentos que o usuário, em sentido geral, espera que o profissional da saúde gere uma situação de acolhimento que alivie ou amenize o sofrimento e que possa responder resolutivamente ao seu problema de saúde (Tabela 4)^{12,13}. Este último autor destaca que, no contexto local, a relação profissional-usuário está marcada por um conjunto de expectativas por parte do usuário, que a relação impessoal vigente, permeada pelo modelo liberal-privatista, desconsidera totalmente. A observação empírica ratifica, assim, grande quantidade de pessoas procurando o serviço médico por problemas de saúde menores, mas com evidentes sintomas de estar necessitando

Tabela 2

Papel do usuário na melhoria do serviço.

Categorias	%
Não tem poder de decisão	30,8
Os usuários “devem falar, correr atrás”	25,6
Atitudes conformistas	20,5
Consciência política/cidadania	15,4
Não sabe como	7,7
Total	100,0

Tabela 3

Ações para melhorar o atendimento à saúde.

Categorias	%
Ações macropolíticas e de gerenciamento administrativo	68,0
Participação dos usuários/cidadania	17,0
Humanização da atenção	7,5
Não sabe	7,5
Total	100,0

Tabela 4

Como o usuário gostaria de ser atendido pelo profissional de saúde.

Categorias	%
Acolhimento e humanização	50,0
Acolhimento e humanização + aspecto técnico	25,0
Aspecto técnico	15,0
“Ser bem atendido” (resposta geral, evasiva)	10,0
Total	100,0

de uma oportunidade para a expressão de problemas de tipo emocional e psicológico.

Quando questionados sobre os aspectos que gostariam que melhorassem, apesar da referência ao desejo de que ocorra uma melhoria na qualidade do atendimento humano recebido, destacado em 22,2% das respostas (Tabela 5), verifica-se também a ênfase dada pelo usuário à necessidade da melhoria dos aspectos materiais, estruturais e organizacionais (46,7%), vistos como deficientes em vários momentos. O fato de a melhoria da qualidade do atendi-

Tabela 5

Aspectos que o usuário gostaria que melhorassem.

Categorias	%
Aspectos materiais, estruturais e organizacionais	46,7
Acolhimento e humanização da atenção	22,2
Não precisa de nada	13,3
Não opinou/Não sabe responder	11,1
Maior número de profissionais	6,7
Total	100,0

mento humano só ter sido citada secundariamente pode estar associado ao fato dos profissionais terem sido considerados “bons”, em mais da metade das respostas (61,5%), já que eles trabalham com interesse e gosto (43,9%). No entanto, em um terço das respostas apenas “alguns” profissionais foram considerados preocupados com os pacientes, enquanto em outro terço afirmou-se que os profissionais “não” se preocupam com os pacientes.

Como já foi indicado, essa variabilidade nas respostas pode estar relacionada às diferenças verificadas na qualidade do atendimento por parte dos profissionais que mostram graus diferentes de compromisso no exercício da profissão, apesar das dificuldades existentes e da precariedade que muitas vezes eles têm que enfrentar para desenvolver o seu trabalho. Por outro lado, como Merhy¹³ aponta, embora todos os usuários tenham expectativas com relação ao uso do serviço de saúde, eles não são iguais na maneira de representar seus problemas e suas necessidades, nem na forma como vêem a relação com o profissional da saúde. Esse universo simbólico depende das experiências prévias dos usuários com esses serviços, permeadas pela relação “fetichizada” do modelo liberal-privatista, na qual, segundo o autor, podem estar presentes: (a) o reducionismo implícito nas práticas de saúde; (b) a negação tácita dos usuários como sujeitos portadores de direitos; (c) o ritualismo presente no encontro trabalhador/usuário e a substituição do movimento complexo da vida pela simplicidade do raciocínio nosológico; (d) a prioridade dos procedimentos tecnológicos e um estilo de abordagem frio e impessoal, sem esquecer o que isso representa no que se refere à geração de lucro e; (e) a pouca atenção às finalidades das ações de saúde e a um usuário mais autônomo e saudável.

Nesse sentido, ressalta-se que essas diferenças são percebidas, independentemente de

o espaço de atendimento ser público ou privado, já que, até nos espaços particulares, que contam com condições físicas, estruturais e organizacionais mais adequadas, as reclamações quanto à qualidade do atendimento costumam ocorrer por parte dos usuários. Vê-se, assim, que a questão da humanização da atenção é muito mais abrangente, em grande parte relacionada às concepções e aos valores que cada profissional tem a respeito da participação do paciente nos cuidados com a saúde, assim como do seu papel de profissional compromissado com as mudanças necessárias nesse campo.

Considerações finais

O desenvolvimento da presente pesquisa com usuários da rede básica de saúde em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, além de confirmar as inúmeras deficiências encontradas no setor, mostra-nos o quadro complexo da realidade das práticas relacionadas com a saúde pública. Embora sejam reiterativos depoimentos que analisados isoladamente expressam passividade e resignação por parte de muitas das pessoas entrevistadas, percebe-se, de fato, variados posicionamentos com relação ao problema. Desde aqueles que se identificam como cidadãos com direito a uma atenção de qualidade à saúde, passando pelos que declaram se submeter por não ver uma alternativa possível, até os que já têm as idéias da classe hegemônica interiorizadas e legitimam através dos seus discursos sua situação de inferioridade.

Percebe-se, assim, que as práticas de saúde não têm apenas uma dimensão técnica; são ao mesmo tempo práticas sociais complexas, perpassadas pelas dimensões culturais, econômicas, políticas e especialmente ideológicas, motivo pelo qual as mudanças não são fáceis. Como Paim²⁰ (p. 302) afirma, fazendo menção à denominada virada hermenêutica, “*os âmbitos da prática humana não se configuram a partir de uma estrutura racional de base normativa ou prescritiva, nem pela vertente doxológica (da doutrina), com o estabelecimento de objetivos hetero-regulados, nem pelo viés epistemológico formal*”. Isso significa que definições e proposições fazem parte das relações de poder e estão submetidas, portanto, aos diferentes interesses de classe e a interesses individuais nem sempre reflexivos.

Considera-se, portanto, necessário um permanente processo de reflexão crítica sobre os processos psicossociais que permeiam os diferentes posicionamentos dos agentes sociais envolvidos, especialmente por parte daqueles

que têm maior poder de decisão e controle (cada um de nós incluídos), no plano tanto das práticas quanto da subjetividade.

Daí decorre que o processo de construção da consciência sanitária (nos critérios de Campos ⁵) passa tanto pelo seu reconhecimento e conscientização, como pela superação das barreiras e limitações, seja no plano das políticas públicas, seja dentro das instituições de atendimento e no próprio modelo assistencial, mas, de forma especial, no campo das idéias e processos de significação no que diz respeito ao tipo de relação estabelecida no cotidiano dos serviços e das práticas. Essa relação tem, de fato, um papel estratégico na construção e desenvolvimento do processo de mudança so-

cial e de efetivação de direitos pelos (e para os) usuários.

Conclui-se apontando ainda que espaços, como o do próprio processo da pesquisa, nos quais a relação dialógica e a subjetividade do usuário é valorizada possam ser ampliados, como forma também de gerar possibilidades de reflexão e construção de novos significados, por parte dos usuários, acerca dos seus direitos, seu papel e participação como agente de mudanças no sistema de saúde. Ou seja, o processo de “humanização” do atendimento vai além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente: aponta para o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e participação crítica.

Resumo

O presente estudo objetivou investigar a forma como os usuários dos serviços públicos de saúde em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, “dão sentido” à sua situação de “paciente”, interessando basicamente três aspectos: (1) a avaliação dos serviços recebidos; (2) a consciência de seus direitos como pacientes e seu papel na melhoria desses serviços; (3) as expectativas com relação ao encontro com o profissional de saúde. Os resultados apontam para as inúmeras deficiências encontradas no setor saúde e para a passividade e resignação da população em face do quadro atual. Reflete-se, ainda, sobre a necessidade de se valorizar a subjetividade do usuário, bem como sobre a relação profissional-paciente/cliente como um momento importante no processo de “humanização” das práticas de saúde. Esse reconhecimento deve possibilitar a construção, pelo usuário, de uma consciência crítica acerca de seus direitos e do seu papel como agente de mudanças no sistema de saúde.

Atendimento Médico; Serviços de Saúde; Avaliação dos Serviços

Colaboradores

M. Traverso-Yépez participou da redação do artigo, enquanto que N. A. Moraes contribuiu no processo de investigação e interpretação dos dados, sintetizou a análise dos resultados e participou na redação final.

Agradecimentos

O presente trabalho é produto da pesquisa “A participação do usuário nos serviços de saúde pública: para uma humanização no atendimento”, subprojeto do Projeto de Pesquisa Integrado “Comportamento no trabalho e saúde: um estudo com profissionais de saúde em Natal” da base de pesquisa GEST (Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho), do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, desenvolvido com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Referências

1. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
2. Guareschi P. Ética. In: Jacques MG, Strey MN, Bernardes MG, Guareschi P, organizadores. Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Editora Vozes; 1998. p. 49-58.
3. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Pública* 1996; 12:7-30.
4. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:355-65.
5. Campos GMS. Reforma da reforma. Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
6. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1988.
7. Martins STF. Experiência cotidiana e sentido pessoal no processo saúde-doença. *Coletâneas da ANPEPP* 1996; 3:41-53.
8. Traverso-Yépez M. Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à psicologia social. *Estudos de Psicologia* 1999; 4:39-60.
9. Remem RN. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus; 1993.
10. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1989.
11. Campos GMS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança, revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LC, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-88.
12. Endelmann RJ. Psychosocial aspects of the health care process. Harlow: Prentice Hall; 2000.
13. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LC, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.
14. Traverso-Yépez M. A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo* 2001; 6:49-56.
15. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:647-54.
16. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
17. Potter J, Wetherell M. *Discourse and social psychology, beyond attitudes and behaviour*. London: Sage; 1987.
18. Berger P, Luckmann T. *La construcción de la realidad social*. 9ª Ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
19. Abercrombie N, Hill S, Turner BS. *La tesis de la ideología dominante*. México DF: Siglo Veintiuno; 1980.
20. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32:299-316.

Recebido em 28/Out/2002

Versão final reapresentada em 19/Mai/2003

Aprovado em 19/Ago/2003