

DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA EMPODERAR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E COMUNIDADE

HEALTH CARE USERS' RIGHTS: STRATEGIES FOR EMPOWERING COMMUNITY HEALTH AGENTS AND COMMUNITY

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SALUD: ESTRATEGIAS DE PODERÍO DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD Y LA COMUNIDAD

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI¹

MÔNICA MOTTA LINO²

MARIANA CABRAL SCHVEITZER³

GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE⁴

Pesquisa Convergente Assistencial realizada à luz do referencial teórico de Paulo Freire, com o objetivo de desvelar criticamente a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, e criar estratégias de empoderamento na comunidade por meio de oficinas educativas. Participaram deste estudo 470 Agentes Comunitários de Saúde de Florianópolis/SC, organizados em pequenos grupos de diálogo, que elaboraram cinco estratégias para viabilizar o cumprimento dos direitos e deveres dos usuários, a saber: divulgar em visitas domiciliares a importância do Conselho Local de Saúde; o Plano de orientações aos usuários sobre os medicamentos; fixar cartazes na Unidade Local de Saúde sobre o primeiro princípio da Carta; divulgar outros serviços de apoio à saúde; e, divulgação e empoderamento da comunidade sobre seus direitos e deveres. As intervenções apontadas inspiram ao fortalecimento de ações em educação e saúde, com vistas à instrumentalização da equipe de saúde, sem exigir do Estado grande demanda da estrutura socioeconômica.

DESCRIPTORIOS: Direitos do paciente; Auxiliares de saúde comunitária; Enfermagem; Educação em saúde; Atenção primária de saúde.

The objective of this Convergent Care Research, based on the theoretical reference of Paulo Freire is to critically unveil the Letter of Health Care Users' Rights and to create strategies for empowering the community through educational workshops. This study counted upon the participation of 470 Community Health Care Agents in the municipality of Florianópolis, SC, Brazil, organized into small discussion groups, which permitted a collective elaboration of five strategies, namely: disseminate the importance of the Health Care council through home visits, orientation plan for users concerning the "medication", fixing posters about the first principle of the Letter in the Health Unit; disclose other health care support services; and the promotion of the Letter as an empowering instrument for the community. The interventions aimed to inspire the strengthening of actions between education and health with the objective of developing the health team, without requiring demands of socio-economic structure from the State.

DESCRIPTORS: Patient Rights; Community health aides; Nursing; Health education; Primary health care.

Investigación Convergente Asistencial bajo el punto de vista teórico de Paulo Freire, cuyo objetivo fue desvelar críticamente la Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud y crear estrategias de poderío de la comunidad mediante la realización de talleres educativos. Participaron 470 Agentes Comunitarios de Salud de Florianópolis/SC, organizados en pequeños grupos de dialogo, que elaboraron cinco estrategias para lograr el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los usuarios, a saber: divulgar la importancia del Consejo Local de Salud en las visitas a domicilio; El plan de orientación a los usuarios acerca de los medicamentos; Fijar carteles en la Unidad Local de Salud sobre el primer principio de la Carta; Divulgar otros servicios de apoyo a la salud; y, Divulgación y poderío de la comunidad sobre sus derechos y deberes. Las intervenciones señaladas inspiran el fortalecimiento de las acciones en educación y salud, con miras a la instrumentalización del equipo de salud, sin exigir del Estado demandas en la estructura socio-económica.

DESCRIPTORIOS: Derechos del Paciente; Auxiliares de salud Comunitária; Enfermería; Educación en salud; Atención primaria de salud.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista CAPES. Membro do GEPADES/UFSC. Endereço: Rua José Ferreira Corrêa 227, Capoeiras, Florianópolis/SC. CEP: 88090-040/Brasil. E-mail: gabimrc@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem – UFSC. Bolsista CAPES. Membro do EDEN/Brasil. E-mail: monicafioripa@hotmail.com.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do PEN/UFSC. Bolsista CNPq. Membro do EDEN/Brasil. E-mail: marycabral101@gmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem e docente em Enfermagem da UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Saúde, Cidadania e Enfermagem/Brasil. E-mail: gelsonalbuquerque@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A educação direcionada aos trabalhadores da área da saúde pode ser entendida como um processo de transformação que visa a uma nova maneira de os indivíduos compreenderem a dinâmica social, os procedimentos de trabalho, as políticas de saúde, bem como a sua inserção e o seu empoderamento individual e coletivo no contexto organizacional da saúde.

Esta pesquisa foi desenvolvida pensando a democratização do Estado como garantia dos direitos sociais; a importância da participação popular nas diferentes políticas de saúde; a reafirmação do caráter deliberativo dos Conselhos Locais; o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente; e os princípios da Carta de Ottawa, que refletem atitudes concernentes à promoção da saúde, ao desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas e reorienta os serviços de saúde a partir de mudanças de atitude, na perspectiva de se disseminar e incorporar os direitos e deveres para uma população de trabalhadores da área da saúde, em um município da região sul do país⁽¹⁾.

Oficinas educativas foram elaboradas, à luz da pedagogia libertadora de Paulo Freire, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o objetivo de desvelar criticamente e sistematizar estratégias de empoderamento na comunidade a partir do conteúdo da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²⁾. Esses trabalhadores exercem atividades fundamentais de educação em saúde junto aos usuários, desempenhando o importante perfil de multiplicadores de conhecimento e de fundamental elo entre a Unidade Local de Saúde (ULS) e a comunidade.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é composta por seis princípios, desmembrados em subitens, a saber: 1) Todo cidadão tem direito a ser atendido com ordem e organização; 2) Todo cidadão tem direito a ter um atendimento com qualidade; 3) Todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação; 4) Todo cidadão deve ter respeitados os seus direitos de paciente; 5) Todo cidadão também tem deveres na hora de buscar atendimento de saúde; e, 6) Todos devem cumprir o que diz a carta dos direitos dos usuários da saúde⁽²⁾.

No Brasil, a Carta foi homologada em 2006 e há quase duas décadas foi implementada uma política de in-

corporação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esta visava à ampliação de empregos para as mulheres nas regiões áridas e a redução da morbimortalidade materna e infantil. Atualmente, estes trabalhadores se mostram fundamentais também para a consolidação de uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à população priorizada pelo SUS⁽³⁾.

Em 2007, indicadores da saúde⁽⁴⁾ apontavam a existência de mais de 210 mil ACS em atividade, que atuavam tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. Desde então, aproximadamente 85% da população brasileira vem sendo acompanhada por trabalhadores da saúde, evidenciando desta maneira, a importância do planejamento de ações educativas voltados às necessidades locais dos trabalhadores e usuários de serviços de saúde.

A complexidade e a dimensão dos desafios em saúde podem ser ilustradas quando se toma a caracterização, por exemplo, da competência legal do ACS no tocante à promoção da saúde: desenvolver ações de promoção da saúde em sua área de abrangência, através do desenvolvimento de trabalho educativo, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, com o objetivo da qualidade de vida⁽⁵⁾. Quando se reflete sobre “direitos e deveres dos usuários da saúde” é fundamental que o ACS conheça o texto da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, para poder utilizar uma importante ferramenta de educação para a saúde: o diálogo.

O diálogo que se estabelece entre o ACS e a comunidade é fundamental para a abertura ao mundo da reflexão, do respeito mútuo e do caminho para o conhecimento⁽⁶⁾. Esta relação dialógica é imprescindível para o enfrentamento de problemas de saúde da comunidade, e para favorecer o processo de empoderamento nas práticas sociais, na perspectiva de fortalecer o controle social no SUS.

O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de serem adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, que implicam na participação do enfermeiro em ações educativas críticas, capazes de referenciarem-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde, assegurando o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho das funções do ACS⁽⁵⁾.

A partir da reflexão desta problemática, são apresentadas novas perspectivas e estratégias de implementação elaboradas coletivamente junto aos ACS, especialmente, no que se refere ao empoderamento das pessoas quanto aos seus direitos e deveres de usuários da saúde. Para esta construção, foi desenvolvida uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) pautada nas ideias de Paulo Freire – reconhecido em todo o mundo como ícone na área de educação dialógica, transformadora e crítica. Seus estudos alicerçaram a pedagogia da pergunta e da libertação, intimamente relacionada ao movimento dialético de luta dos opositos e das consideradas classes oprimidas, na tentativa de elucidá-las e conscientizá-las politicamente.

METODOLOGIA

O método escolhido para este estudo foi aplicação da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), visto que ela é desenvolvida a partir da necessidade de resolução de uma situação-problema da prática vivenciada por seus sujeitos/pesquisadores⁽⁷⁾. As técnicas destinadas à coleta de dados incluíram a observação participante, o pré e pós-teste e um diário de campo das oficinas educativas desenvolvidas com os ACS, que atuam no município de Florianópolis/SC, sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²⁾. Para atender o objetivo proposto, o percurso metodológico da pesquisa foi organizado em dois momentos distintos: o primeiro momento para a sensibilização dos sujeitos, e o segundo momento para a intervenção dos sujeitos.

Visando otimizar a primeira etapa ocorrida no início de maio de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde liberou um dia de serviço para os ACS e, ainda, disponibilizou transporte para eles até a Universidade Federal de Santa Catarina – local em que foram reservados auditórios para receber cada grande grupo. Levando em conta que o sistema organizacional da SMS é composto por 47 Unidades Locais de Saúde (ULS), distribuídos em 5 Regionais de Saúde, foi necessário um dia de sensibilização por regional. Assim, a primeira fase teve a duração de 5 dias úteis de encontros presenciais. Nesta etapa, foi fornecido aos sujeitos (ACS) um pré-teste objetivando identificar o nível de conhecimento sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Com base nestas respostas, foi estabelecido um

diagnóstico situacional do grupo, que contribuiu para a elaboração das oficinas educativas que, por sua vez, focaram as questões as quais os respondentes tiveram maior dificuldade em sua resolução.

O pré-teste, instrumento com questões verdadeiro/falso, continha vinte assertivas objetivas baseadas nos seis princípios da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²⁾. Foi sorteada uma ULS para a realização de um estudo piloto com os ACS, a fim de validar os instrumentos de pesquisa em sua composição e entendimento. Cada princípio geral foi colocado em um enunciado, com duas ou três assertivas relacionadas ao referido princípio, as quais os ACS responderam conforme o conhecimento que detinham sobre a temática. Em princípio, alguns ACS interpretaram o pré-teste como uma “prova” objetiva de conhecimentos, retratando-se aqui uma limitação do instrumento. Para amenizar esta situação, as acadêmicas, que já tinham experiência prévia em outras oficinas sobre a temática, conduziram a situação de forma que o pré-teste fosse compreendido como um exercício para instigar o raciocínio e fomentar a discussão.

Foram distribuídas as duas versões da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – uma delas é monocromática e ilustrada, desenvolvida para o público em geral; a outra é colorida, completa e com uma linguagem formal, desenvolvida para os trabalhadores da saúde⁽²⁾.

Cabe salientar que a entrega antecipada das Cartas foi planejada para começar a instigar os trabalhadores quanto ao seu conteúdo. Foi sugerido que todos os ACS iniciassem o processo de leitura e identificação inicial dos códigos contidos no documento, o que Freire classifica como decodificação pura da palavra escrita ou da linguagem escrita⁽⁸⁾. Este foi o primeiro contato teórico dos ACS com o tema da pesquisa, percebeu-se que este lhes despertou interesse visto que se tratava de um documento sobre a defesa de seus direitos.

A intervenção prática foi iniciada uma semana após o primeiro encontro. Foi desenvolvida por meio de oficinas educativas com os ACS, com duração aproximada de duas horas e trinta minutos. Foram organizadas turmas com a média de 10 participantes, geralmente colegas de uma mesma equipe de Estratégia Saúde da Família e três estudantes de Enfermagem do último ano da Universida-

de Federal de Santa Catarina. A população de estudo foi composta por 92% dos ACS em exercício efetivo, somando um universo de 470 sujeitos participantes. Assim sendo, para atender a todo contingente de participantes, foram realizadas 53 oficinas educativas entre os meses de maio e agosto de 2007.

As oficinas educativas foram realizadas em horário de serviço nas dependências de cada ULS e em outros locais, como o Conselho Comunitário ou de Saúde, escolas, salão de igreja, templos ou outros ambientes com os quais os ACS já estavam familiarizados. Com o trabalho em grupo oportuniza-se o diálogo e a troca de saberes, permite-se a exposição das experiências do indivíduo e facilita-se a relação dialógica e participativa⁽⁹⁾. Assim, a perspectiva deste estudo foi estabelecida na horizontalidade, com as ações desempenhadas em roda, possibilitando que os envolvidos nas oficinas educativas, a partir da relação dialética estabelecida, se posicionassem como sujeitos do ato do conhecimento. Foi excluída toda relação de autoritarismo, uma vez que essa prática inviabiliza o trabalho de criticidade e conscientização⁽¹⁰⁾.

A observação participante constituiu a parte fundamental da pesquisa de campo, pois possibilitou que fossem vislumbrados vários aspectos do fenômeno direitos e deveres dos usuários da saúde a partir das discussões nas oficinas. Ao entrarem em uma situação social, as acadêmicas de enfermagem, ao contrário de um observador trivial, atuaram de maneira consciente e com um olhar mais atento aos detalhes e as peculiaridades da situação e dos elementos envolvidos. Assim, em cada oficina, elas se engajaram nas atividades apropriadas desenvolvendo a observação do quadro, estimulando a participação dos ACS, promovendo e inserindo-se no diálogo. Embora as três estudantes tenham desempenhado estas funções, em cada oficina educativa, uma delas responsabilizou-se pelo registro das atividades através do diário de campo. Este era composto por duas colunas, uma referente aos dados objetivos, no qual eram descritos o número e nome dos participantes, as características do ambiente, as falas; e a outra destinada aos dados subjetivos, que destacavam as possíveis interferências na dinâmica, as características do grupo, as sensações e as percepções despertadas a partir das discussões.

Como ferramentas de trabalho, foram desenvolvidas seis situações-problema do cotidiano, enfocando os princípios contidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, de forma que cada situação tivesse relação com cada um dos princípios. Estas situações foram construídas, tomando-se por base as necessidades de cada grupo de trabalhadores por Regional, a partir da verificação do pré-teste aplicado no primeiro momento.

Foi desenvolvido, ainda, um conjunto de 14 temas geradores: acesso, acolhimento, cidadania, comprometimento, cuidado, discriminação, doença, humanização, participação, problema, qualidade, respeito, responsabilidade, saúde. Os temas geradores foram o ponto de partida para o processo de construção do saber. Emergiram das discussões em grupo e, ao mesmo tempo em que davam origem, também se relacionavam com vários outros termos extraídos da Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde e da atividade prática dos trabalhadores.

Para ilustrar e dinamizar a proposta foram desenvolvidas 12 figuras-temáticas que ilustravam várias situações cotidianas relacionadas aos deveres dos usuários da saúde, bem como dos direitos apresentados na Carta, que possivelmente não eram respeitados. Cada figura tinha uma relação com algum princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, mas estavam sujeitas a outras interpretações dos ACS, conforme a realidade vivenciada.

Ao início de cada oficina era proposto ao grupo de ACS a formação de duplas ou trios para discussão dos princípios da Carta. Assim, eram disponibilizadas as situações-problema, as figuras temáticas e os temas-geradores em uma mesa no centro da roda. Após a discussão, as duplas compartilhavam suas vivências e dialogavam com os colegas ACS expondo a sua situação-problema, explorando os significados atribuídos aos temas-geradores escolhidos, ilustrando as ideias com as figuras-temáticas e justificando o porquê de adotá-las para a sua discussão. Assim, foi aprofundado cada um dos seis princípios da Carta por meio da construção coletiva do conhecimento a partir de experiências e vivências individuais e coletivas e então, eram pensadas estratégias para o empoderamento da comunidade e a implementação de ações nos serviços que venham a fortalecer os direitos dos usuários da saúde. Como elucida, “[...] ensinar não é transferir conhecimen-

to, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”^(6:27).

Para a análise dos dados, foram seguidas as etapas de análise da PCA, que, esquematicamente, compreendem: a apreensão, a síntese, a teorização e a recontextualização⁽⁷⁾. A apreensão refere-se ao período de coleta de dados; a síntese corresponde à análise propriamente dita; a teorização é feita à luz da fundamentação teórico-filosófica de Freire com a utilização de temas e conceitos, bem como a relação entre eles; e a recontextualização trata da socialização dos resultados e seus reflexos na qualidade da assistência.

Os registros foram armazenados por meio de diário de campo, identificados pelo número de ACS e ULS. Ao final de cada encontro, as informações eram validadas pelo próprio grupo e retratavam as estratégias identificadas coletivamente para fortalecer os direitos e deveres dos usuários da saúde. Tais estratégias eram agrupadas conforme a temática em foco e enriquecidas no decorrer das oficinas posteriores. Este estudo, portanto, representa cinco grandes estratégias que foram propostas e estruturadas pelos ACS durante as oficinas.

Após cada oficina, foi realizado um pós-teste, idêntico ao pré-teste, para mensurar e avaliar os conhecimentos apreendidos pelos sujeitos, a partir das oficinas de trabalho. Os dados do pré e pós-teste foram lançados no programa *EpiData* e pré-analisados pelo *Software Stata 9*.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFSC sob o protocolo número 050/2007. Assegurou-se a todos os envolvidos o anonimato e a liberdade de participação no estudo. Foram cumpridos os preceitos éticos contidos na resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no pré e pós-teste serviram como uma forma de avaliação da oficina educativa, dimensionando quantitativamente a apreensão do conteúdo discutido e construído, coletivamente. O pré-teste contou com a participação dos 470 ACS (100%) no primeiro momento e o pós-teste, ao final da oficina educativa propriamente dita, obteve 430 (91%) respondentes ao instrumento, o que manteve a significância de participação.

Os dados indicaram que os participantes do primeiro momento alcançaram uma média de 82% de acertos no pré-teste. Esse resultado elevado infere que os ACS tinham conhecimento prévio sobre o tema antes da realização da oficina. Porém, pôde-se perceber que após o convite para a leitura prévia da Carta e a realização da oficina educativa, a média de acertos aumentou para 89%. Observou-se um crescimento importante na aprendizagem dos respondentes, visto que, a moda foi de 18 acertos para 20 no segundo momento. Esse crescimento, na apreensão do conhecimento, indica que trabalhar um tema por meio de um processo dialógico, mesmo quando os educandos apresentam um nível elevado de conhecimento prévio, pode ser significativo.

Do número total de (430) sujeitos respondentes do pós-teste, foi definido um ponto de corte com um grupo de setenta e cinco pessoas que obteve menos de 65% de acertos no primeiro momento. Para este grupo, o máximo de respostas corretas ficou em quatorze questões para as vinte alternativas do questionário, no pré-teste. No entanto, após participar do segundo momento, esse mesmo grupo alcançou uma média impressionante de 82% de acertos. Outros estudos⁽¹¹⁻¹³⁾ utilizaram o pré e o pós-teste com êxito explorando diferentes temáticas com os ACS, considerando esta abordagem satisfatória para visualizar a apreensão de um determinado conteúdo.

Comparar o nível de acertos entre o ponto de corte e o conjunto por inteiro de ACS, pôde demonstrar a importância da oficina educativa, tendo em vista que o grupo do ponto de corte cresceu 20% no número de acertos realizados. Isto desperta a possibilidade de se inferir que em situações semelhantes, os grupos com menos conhecimento sobre determinada situação pode, em apenas uma oficina educativa alicerçada em pressupostos de Freire, apreender e ter um resultado mais expressivo do que aqueles que já retratavam um nível mais elaborado de conhecimento a respeito do tema em questão.

Os resultados, isolados, do pré e do pós-teste, aliados à oficina educativa não representam a significância e qualidade das discussões obtidas pelo grupo de ACS. A dialogicidade que Freire propõe permitiu construir coletivamente as estratégias para despertar o empoderamento da comunidade sobre seus direitos de

usuários da saúde, bem como das mudanças de atitude dos trabalhadores das ULS.

Todas as 53 oficinas realizadas no município foram diferentes uma da outras, mas as vivências e experiências dos ACS eram aproximadas. Alfabetizar-se, neste sentido, não é aprender a repetir palavras, mas a dizer a sua palavra geradora de cultura. Na medida em que cada grupo de ACS expunha sua realidade na linguagem que conhecia, na expressão de como ela era vivenciada e relacionada com a Carta, aprendia a dizer a sua palavra. Este fator leva a crer que a palavra como comportamento humano e significativa no mundo, não designa apenas as coisas, mas as transforma. Não é só pensamento, mas práxis⁽⁹⁾.

A problematização, por meio das situações-problema, buscou uma superação da visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido. Autor enfatiza que os problemas a serem estudados devem partir de um cenário real. Assim, ao se abordar os problemas observados e pontuados pelos Agentes Comunitários da Saúde em uma perspectiva crítica, foi possível refletir sobre o papel individual e coletivo de cada participante em sua realidade profissional, assim como superar as dificuldades e promover melhores condições de trabalho e de vida. O autor supracitado, ainda ressalta que em uma prática educativa o importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida, ou seja, causar a visão crítica desta realidade em que se vive⁽⁹⁾.

Acreditando na possibilidade de repercutir mudanças de atitude e transformação da realidade vivenciada, são elucidadas aqui cinco estratégias construídas e apresentadas coletivamente, pelos ACS, para fortalecer o cumprimento dos direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). São as seguintes:

1) Divulgar nas visitas domiciliares a importância do Conselho Local de Saúde

Durante as discussões, foi ressaltado que o Agente Comunitário de Saúde é a principal porta de entrada das queixas dos usuários da saúde, quando estes estão descontentes com a ULS. Destacaram que as reclamações eram repassadas ao supervisor ou coordenador da ULS, mas não eram solucionadas. Então, o que fazer, quando ocorria a não governabilidade dos profissionais da unidade em re-

lação às queixas dos usuários? *O que eu mais gosto de fazer é visita domiciliar, porque é ali que se tem o contato direto com a comunidade. Mas também é ali que se escutam as reclamações sobre o posto de saúde. ... Só que reclamar, todo mundo reclama, mas na hora de fazer alguma coisa pra mudar isso, ninguém se mexe* (ACS 07, ULS 35).

A discussão dos ACS desvelou a seguinte estratégia: fortalecer a existência e a participação da comunidade no Conselho Local de Saúde, tendo representantes nesta organização de controle social para alertar os gestores municipais sobre os problemas e reivindicar soluções. Para os bairros que não tinham Conselho Local de Saúde, a solução proposta pelos ACS foi justamente a de alertar a comunidade sobre a necessidade e importância de criação de um Conselho Local de Saúde ou Conselho Comunitário durante as visitas domiciliares e, ainda, fortalecer a divulgação dos contatos da Ouvidoria Geral do SUS para denúncias e queixas da comunidade.

2) Plano de orientações aos usuários sobre os medicamentos

Os ACS ressaltaram que os usuários, em muitas situações, desconhecem seus direitos quanto à aquisição de medicamentos. Além disso, ocorre comumente a não adesão em relação ao plano de cuidados em decorrência de analfabetismo ou semianalfabetismo, dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde da ULS e usuários durante as consultas e insegurança ou medo de questionar os profissionais. Muitas vezes, é o ACS quem faz as orientações aos usuários, tendo em vista que estes se sentem inibidos frente aos profissionais da ULS. O que fazer nesta situação? *Na minha área, tem alguns idosos que estão comprando os remédios para o coração porque está em falta no posto. Ai eles gastam grande parte da aposentadoria com remédios* (ACS 08, ULS 17).

A adesão à terapia e o direito aos medicamentos encontram-se explicitados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²⁾. No entanto, ainda não há uma divulgação forte o suficiente para que os usuários incorporem atitudes de imediato, surgindo, portanto, a necessidade da inclusão do ACS no processo de empoderamento da comunidade. *O pior é quando eles me perguntam como se toma o remédio e eu nem consigo entender a receita do médico. Ai quando eu digo pra*

eles perguntarem no posto, já sei que é mais difícil, porque não conseguem entender bem as orientações (ACS 06, ULS 28).

Outro fator que gerou grande discussão foi a dicotomia adotada pelos gestores federais em criar uma Carta que assegura à população brasileira a isenção de qualquer custo de medicamentos e, ao mesmo tempo, a criação das farmácias populares⁽¹⁴⁾, com a intenção de baratear o custo dos medicamentos aos usuários, tendo em vista que, como orienta a Carta, o acesso à medicação é um direito assegurado à população brasileira. Considerando estes diferentes fatores, a estratégia elaborada pelos ACS foi a criação de um plano de orientações específico aos usuários quanto aos direitos de acesso às medicações e à terapia medicamentosa. Uma experiência já adotada pelos ACS e ULS, neste sentido, foi a criação de um plano de cuidados voltados aos usuários semialfabetizados, analfabetos e idosos que consomem diariamente um coquetel medicamentoso para hipertensão, diabetes e distúrbios cardiovasculares: um kit contendo pequenos potes plásticos com tampas coloridas e uma tabela contendo as cores das tampas dos potes, referindo a ilustração de um sol – para medicações do período diurno, e de lua – para medicações do período noturno. Tendo em vista o sucesso desta experiência, aliado à sensibilização da necessidade de adesão por parte do trabalho conjunto entre ACS e ULS, a intenção atual é o fortalecimento do acesso legal às medicações junto à comunidade nas visitas domiciliares e a criação de planos de cuidados mais específicos aos diferentes casos dos usuários.

- 3) Fixação de cartazes na ULS e na sala de espera, sobre o primeiro princípio da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde

Um problema atual é a dificuldade de atendimento em situações de dor e sofrimento. Ainda, em muitos lugares, o acesso ao serviço de saúde ocorre por ordem de chegada, descaracterizando a complexidade dos problemas e a equidade das ações em saúde. Existem filas para atendimento, favorecendo usuários mais jovens e os que moram mais próximo à ULS, deixando à margem de acesso aqueles que trabalham, os idosos, os acamados, aqueles com dificuldade de locomoção ou que moram em áreas mais afastadas da unidade. *Sempre que a pessoa entra no posto, vê bem grande a placa que fala da lei de desacato ao funcionário*

público. Mas quando chega gente chorando, com dor e outra coisa do tipo, não tem nada escrito que a gente tem direito a ficar sem dor na fila para o atendimento (ACS 03, ULS 09).

Conforme compreensão dos ACS, este problema pode ser solucionado apenas alterando a dinâmica do processo de trabalho dentro da ULS. Com o estabelecimento de critérios de prioridade de atendimento e, ainda, capacitando e sensibilizando os funcionários da triagem para concretizar tal função, se apresentam como alternativas viáveis de execução. Uma experiência relatada pelos ACS foi a do atendimento temático, ou seja, diferenciar os dias de semana para as gestantes, idosos, crianças e HIPERDIA, obviamente, não deixando de atender aos demais casos. Estes atendimentos podiam ser realizados nos mesmos dias em que ocorrem as reuniões dos grupos de apoio, como o grupo de gestantes e o grupo de HIPERDIA. Isto possibilitaria, ainda, a participação da comunidade nas reuniões.

Alguns ACS relataram a adesão da ULS à estratégia do Acolhimento⁽²⁾, que reorganiza o processo de trabalho do serviço, aumenta a resolutividade, atende à universalidade do acesso e a equidade em saúde. Mas tendo em vista a não adesão do Acolhimento em muitas ULS, a estratégia proposta foi a fixação de cartazes na Unidade, com a realização de um trabalho educativo na sala de espera sobre o primeiro princípio da Carta, que trata sobre o acesso à saúde e, por exemplo, a prioridade de atendimento àqueles que se encontram em situação de dor e sofrimento⁽²⁾. Agregado a isso, os ACS se propuseram em comunicar nas visitas domiciliares sobre a prioridade de atendimento na ULS, a oferta de serviços oferecidos e falar sobre os assuntos discutidos nas atividades educativas da sala de espera.

Um fator que despertou protesto e discussão foi a fixação de cartazes na maioria das recepções dos serviços de saúde do SUS com o aviso do artigo 331 do Código Penal: “desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela; pena: detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, ou multa”⁽¹⁵⁾. Entretanto, não existe a fixação de um cartaz sobre a prioridade de atendimento do SUS, como no caso de situações de dor. Logicamente, tratar bem os trabalhadores da saúde é um dever dos usuários da saúde⁽²⁾, no entanto, este fator possivelmente é transgredido tendo em vista a situação de desprezo a que muitos usuários são submetidos na fila de espera dos serviços

de saúde, bem como nas diversas ações que poderiam ser caracterizadas como assédio moral. Cumpre ressaltar que todo usuário da saúde tem o direito a não sentir dor, em nenhuma circunstância, ou seja, deve ser medicado no ato da chegada ao serviço de saúde, mesmo enquanto aguarda por posterior atendimento⁽²⁾. Esse fator é importante tendo em vista que muitos usuários aguardam por atendimento na fila de espera em uma condição de constrangimento, dor e sofrimento manifestos, sem qualquer atenção.

4) Divulgar outros serviços de apoio à saúde

A dificuldade de transporte do usuário em situação especial, de risco de morte ou lesão grave, ainda é um enfrentamento por parte dos trabalhadores da atenção básica. Os ACS relatam situações cotidianas, nas quais as pessoas ficam à margem do atendimento em decorrência das limitações dos meios de transporte para tal. *Na minha área tem uma senhora que não consegue descer [área de morro] para ir pro hospital. ... Da outra vez, foi uma gestante. A gente tentou arrumar um carro emprestado com algum vizinho porque não tinha outro jeito, já que o táxi era muito caro* (ACS 05, ULS 32).

É responsabilidade dos trabalhadores das ULS, saberem quando um usuário, por exemplo, necessita de cuidados específicos. Neste sentido, em situações de caráter emergencial como enchentes, desabamentos, acidentes diversos e epidemias, alguns serviços de apoio à saúde podem ser contatados, como o exército, o corpo de bombeiros, a guarda municipal e militar. Para o transporte de usuários em condição especial, os profissionais da saúde podem acionar os veículos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e as ambulâncias, tendo em vista que a barreira geográfica não pode excluir a comunidade do atendimento em saúde, em especial quando o usuário precisa de algum cuidado ou tratamento mais especializado e que não está disponível na ULS⁽²⁾.

Os ACS, por outro lado, relataram o mau uso da comunidade em relação ao SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, tendo em vista que estes têm sido acionados em situações desnecessárias. Estas ocorrências poderiam ser resolvidas nas ULS, a partir de orientações básicas ou de agendamento prévio de transporte junto à SMS. Neste sentido, a estratégia identificada foi a divulgação da prestação dos serviços de apoio à saúde junto à co-

munidade nas visitas domiciliares, ressaltando aos moradores a finalidade destes diferentes órgãos e a importância da organização e sistematização prévia do transporte do município, por meio da ULS, como no caso do agendamento de retornos de pós-operatório de usuários ao serviço hospitalar. Neste caso, se faz valer o sistema de referência e contrarreferência no processo de acompanhamento dos cuidados em saúde, por meio da comunicação entre a ULS e o serviço de atenção especializada. Logicamente, esta estratégia depende de fatores como a sensibilização e parceria dos profissionais da ULS aliadas ao trabalho dos ACS na comunidade, tendo em vista o processo de governabilidade que se estabelece nestes tipos de ações.

5) Divulgação e empoderamento da comunidade no tocante à direitos e deveres

Estar cômico dos direitos e deveres possibilita ao usuário da saúde contribuir com o sistema de saúde, exercer o papel de controle social e participar ativamente no desenvolvimento das políticas públicas. Conforme discutido nas oficinas, os ACS destacaram que a saúde não é um direito vinculado ao poder econômico de cada família, em que quem tem posses consegue acesso facilitado e quem é de família menos favorecida fica à margem deste acesso. *As pessoas acham que o SUS é de graça porque é pra pobre. Tem condomínio que a gente passa pra cadastrar e as pessoas nem abrem a porta, falando que não usam o SUS, que consegue pagar pra ter acesso... Elas acham que nunca vão precisar do SUS* (ACS 02, ULS 47).

A saúde é um direito de todos, cujo acesso é facilitado àqueles que conhecem seus direitos. Portanto, popularizar o conhecimento sobre direitos e deveres dos usuários da saúde foi considerado um ponto-chave nas oficinas educativas. *Tem um monte de família que quando alguém fica doente, já começa a fazer uma "vaquinha". Isso porque eles não conhecem o que tem direito no SUS* (ACS 04, ULS 12).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²⁾ é divulgada e distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde desde 2006, com o objetivo de popularizar o acesso à informação. Na verdade, o conteúdo expresso na Carta é encontrado nas Leis Orgânicas da Saúde e Constituição Federal, mas foi reescrito e adaptado para um formato didático, possível de ser compreendido por usuários com menor

escolaridade, por exemplo. Suas duas versões: uma colorida para os trabalhadores da saúde e uma ilustrada para os usuários, permite sua distribuição a todos e vem ao encontro dos anseios de educação em saúde, em especial. Neste sentido, destaca-se que “[...] a educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos implica tanto o esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento”^(6:61), ressalta o potencial transformador do ser humano quando despertado para atuar de forma ativa no cenário no qual esteja inserido. Além de ser importante para os usuários, esta Carta é fundamental para os trabalhadores da saúde, visto que eles são multiplicadores deste conhecimento e atuam nos serviços de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde, como indivíduo, está inserido no mundo, em todo um contexto de vida, que demanda uma complexa rede de relações sociais em que, conseqüentemente, lhe é atribuída uma variedade de experiências e significados inter-relacionados. A discussão política e social dialogada nas oficinas adentrou para o campo da cidadania, que, por vezes, trouxe discussões sobre saúde, acolhimento, comprometimento, participação e humanização. Da mesma forma, a conversa sobre acesso também foi relacionada com acolhimento, qualidade, discriminação e cuidado. Estes exemplos denotam a multiplicidade de relações sociais estabelecidas entre os indivíduos que, por si só, possuem um aporte de definições, ideias, preconceitos a serem discutidos e ressignificados por meio do diálogo e interações com outros indivíduos e/ou grupos. Os direitos e deveres dos usuários da saúde, neste sentido, foram atrelados aos mais diversos conceitos que sustentam a prática em saúde, tendo como estratégia divulgar e distribuir a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²⁾ à comunidade, destacando os itens mais importantes para a realidade de cada ULS, visando despertar um olhar crítico dos usuários. Além disso, esta atitude vem ao encontro do sexto princípio da Carta. Para que o usuário receba este material, no entanto, será fundamental que a ULS entre em contato com a Secretaria Municipal de Saúde do seu município e, a partir do recebimento do material, o disponibilize nos balcões de recepção das ULS e viabilize a sua distribuição nas casas durante as visitas domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver as Oficinas Educativas sobre a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS permitiu a ampliação das perspectivas de todos os participantes sobre a assistência à saúde, e das suas indagações sobre a participação popular no Sistema Único de Saúde. Neste sentido, foi possível desvelar entre os participantes, tanto ACS quanto estudantes de Enfermagem, a mudança de um primeiro olhar ingênuo da realidade para um olhar crítico, voltado à atitude e ao empoderamento a respeito dos direitos e deveres dos usuários do Sistema de Saúde.

A leitura e a reflexão sobre cada princípio, e o desenvolvimento de respostas para alguns problemas a partir de elementos retirados do próprio contexto, revelou que as transformações e as adaptações podem ser realizadas quando algumas pessoas se mobilizam para esta ação. Principalmente quando já se é detentor do saber, como foi evidenciado no resultado do pré-teste.

A elaboração coletiva de estratégias para a concretização dos direitos e deveres dos usuários da saúde, promovidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e acadêmicos de Enfermagem, viabiliza a ação crítica e efetiva sobre o cotidiano da comunidade, modificando situações que em primeiro momento não tinham solução e que colocavam em risco a saúde de uma população. Reafirmou-se, assim, a importância do ACS como elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os anseios da comunidade, bem como a relevância da atuação de estudantes de Enfermagem ao compartilharem os seus conhecimentos científicos com os trabalhadores inseridos nos serviços, visando melhores práticas em saúde e cumprindo com sua responsabilidade social.

A intervenção aqui apontada inspira ao fortalecimento de ações em educação e saúde, que tenham como estratégia a instrumentalização do pessoal de saúde, sem exigir do Estado grande demanda da estrutura socioeconômica. Pressupõe-se que o sucesso da promoção da saúde depende principalmente da atuação adequada dos profissionais e ACS, vinculada aos programas de educação que tenham como meta a formação de indivíduos comprometidos com o cuidado da sua própria saúde e a dos cidadãos de sua comunidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 675, de 30 de março de 2006. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública* 2008;24(6):1304-13.
4. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Relatório de execução trimestral das atividades [Internet]. 2007 [citado 2008 mar 21]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br>
5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
6. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
7. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
8. Freire P. A importância do ato de ler: em três artigos que se completam. 23ª ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez; 1989.
9. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
10. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
11. Nascimento KC, Erdmann AL. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2005;6(3):95-104.
12. Andrade RD, Mello DE, Scochi CGS, Fonseca LMM. Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):444-8.
13. Alvarenga KE, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Training proposal for community health agents in hearing health. *Pró-Fono Rev Atual Cient*. 2008;20(3):171-6.
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Ministério Público (BR). Decreto-Lei N.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Artigo 331 do Código Penal. Trata sobre o descafo ao funcionário público no exercício da função ou em razão dela. [Internet]. 1988 [citado 2008 mar 21]; [cerca de 5 p]. Disponível em: http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf

RECEBIDO: 02/03/2009

ACEITO: 23/11/2009