



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**BÁRBARA FERREIRA LEITE
RAQUEL BARROSO BORGES NUNES**

**VOZES FEMININAS ESTRUTURAIS E AGENDA 2030:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O DEBATE SOBRE ACESSO À SAÚDE
NA CIDADE ESTRUTURAL**

**BRASÍLIA
2019**

Bárbara Ferreira Leite
Raquel Barroso Borges Nunes

**VOZES FEMININAS ESTRUTURAIS E AGENDA 2030:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O DEBATE SOBRE ACESSO À SAÚDE
NA CIDADE ESTRUTURAL**

Produção técnico-científica aplicada como trabalho de
conclusão do terceiro Curso de Especialização em
Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília.

Orientadora: Profa. Msc. Maria do Socorro de Souza

BRASÍLIA
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L533v Leite, Bárbara Ferreira
 Vozes femininas estruturais e Agenda 2030: uma contribuição
 para o debate sobre acesso à saúde na Cidade Estrutural / Bárbara
 Ferreira Leite, Raquel Barroso Borges Nunes.
 -- Brasília, 2019.
 115 f. : il.

 Orientadora: Maria do Socorro de Souza.
 TCC (Pós-Graduação – Especialização em Saúde Coletiva) –
 Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília,
 2019.

 1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Mulheres. 3. Rede
 Social. 4. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. 5. Agenda
 2030. I. Nunes, Raquel Barroso Borges. II. Souza, Maria do Socorro
 de. III. Título.

CDU: 614

Bibliotecária responsável: Renata Gameleira da Mota CRB-DF 2383

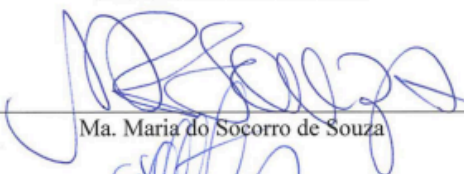
Bárbara Ferreira Leite e Raquel Barroso de Oliveira Borges

Vozes femininas estruturais e agenda 2030: uma contribuição para o debate sobre acesso à saúde na cidade Estrutural.

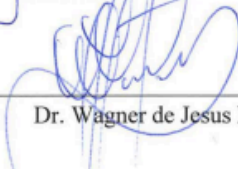
Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 31/10/2019.

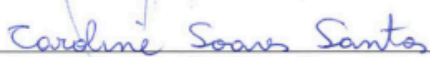
BANCA EXAMINADORA



Ma. Maria do Socorro de Souza



Dr. Wagner de Jesus Martins



Dra. Caroline Soares Santos

A todas nós, Marias.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, especialmente, às Marias Costura: Maria Aparecida, Maria Clara, Maria da Anunciação, Maria das Graças, Maria do Amparo, Maria dos Milagres, Maria dos Passos, Maria dos Reclames, Maria dos Remédios, Maria Madalena e Maria Vitória por compartilharem conosco suas vidas e suas experiências no sistema de saúde e, dessa forma, por permitirem que este estudo se tornasse uma realidade.

Por cada sorriso, pelos abraços reconfortantes e por compreender as ausências nos encontros de família para se dedicar ao desenvolvimento dessa pesquisa, agradecemos aos nossos familiares.

As amigas Marina, Paula e Marielly; e Camila, Beatriz e Marina, pessoas chaves que estiveram ao nosso lado nessa caminhada, merecem nosso agradecimento por todo o apoio que nos prestaram.

Agradecemos aos companheiros Élcio Magalhães e Jader Nunes pelo amor, pelo incentivo e pelas opiniões emitidas durante a construção do projeto e, principalmente, por acreditarem, também, na potência dos sujeitos e coletivos para o enfrentamento das desigualdades sociais.

Por fim, agradecemos à orientadora Maria do Socorro de Souza por possibilitar um olhar no território e para ele voltado, reconhecendo a luta das mulheres e a importância de reafirmar o direito constitucional a saúde.

Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida

(Maria Maria, Milton Nascimento)

RESUMO

A partir do compromisso assumido pelo Brasil e pelo Distrito Federal de alcançar o desenvolvimento sustentável, surge o desafio de territorialização dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável com vistas à implementação da Agenda 2030 de forma a contemplar as necessidades e as prioridades locais diante de uma estratégia global. Este estudo está inserido nesse contexto e teve como objetivo contribuir para a produção de conhecimento sobre acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção de mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Social da Estrutural nas temáticas relacionadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 e 5 no contexto da Agenda 2030. O estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa participante que compreendeu etapas de observação participante, levantamento de dados secundários sobre o território, apresentação do projeto de pesquisa e definição de sua aplicação com atores do território, realização de entrevista semiestruturada com onze mulheres; homologação das categorias e dos principais achados preliminares de pesquisa por meio de oficina de caráter educativo; e elaboração de projeto aplicativo para realização de oficina de desenho de possíveis soluções para os problemas destacados no estudo. O conteúdo das entrevistas foi analisado pelo método da análise de conteúdo. Por meio do estudo, foi possível verificar que a universalidade prevista constitucionalmente ainda não foi efetivada com plenitude para uma parcela da população, com destaque para aquela que se encontra em situação de vulnerabilidade. Concluímos, ainda, que o fortalecimento de iniciativas locais, a exemplo da Rede Social da Estrutural, é importante no estabelecimento de processos de trabalho centrados no interesse das usuárias do serviço de saúde. É necessária a valorização das mulheres como propulsoras do desenvolvimento do território e, como consequência, do alcance das metas da Agenda 2030, de forma que não sejam apenas alvo de ações restritas a Objetivos do Desenvolvimento Sustentável específicos, mas que sejam elevadas à condição de parceiras na construção de um futuro sustentável que ecoe a partir de suas vozes.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Mulheres. Rede Social. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Agenda 2030.

ABSTRACT

The commitment made by Brazil and by Distrito Federal brings to the country the challenge of territorializing the Sustainable Development Goals with a view to implementing the 2030 Agenda to address local needs and priorities in the face of a global strategy. This study is part of this context and aimed at contributing to the production of knowledge about access to health at Cidade Estrutural (Federal District), in Brazil, from the perception of women, with the aim of enhancing the power of acting of the Rede Social da Estrutural in themes related to the Sustainable Development Goals 3 (good health and well-being) and 5 (gender equality). The study was developed through a participant research that comprised participant observation stages; secondary data collection on the territory; presentation of the research project and definition of its application with territorial actors; semi-structured interview with eleven women; approval of the categories and main preliminary research findings through an educational workshop; and elaboration of an application project for a workshop to design possible solutions to the problems highlighted in the study. The content of the interviews was analyzed by the content analysis method. It was possible to verify that the constitutionally foreseen universality principle has not yet been fully realized for a portion of the population, especially those in vulnerable conditions. We also concluded that the strengthening of local initiatives, such as the Rede Social da Estrutural, is important in establishing work processes centered on the interests of the health service users. Finally, women need to be valued as drivers of territorial development and, as a consequence, the achievement of the goals of the 2030 Agenda, so that they are not only the target of actions restricted to specific Sustainable Development Goals, but are elevated to the status of partners in building a sustainable future that echoes from their voices.

Keywords: Health Services Accessibility. Women. Social Networking. Sustainable Development Goals. 2030 Agenda.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa de localização da Região Administrativa XXV SCIA/Estrutural.....	27
Figura 2: Rua na Chácara Santa Luzia.....	28
Figura 3: Localização aproximada da Chácara Santa Luzia.....	29
Figura 4: Visita à Cidade Estrutural.....	41
Figura 5: Reunião com o Coletivo da Cidade.....	41
Figura 6: Conhecendo as Marias Costura.....	41
Figura 7: Aplicação da pesquisa.....	41
Figura 8: Oficina com as Marias Costura.....	42
Figura 9: Oficina com as Marias Costura.....	42
Figura 10: Oficina com as Marias Costura.....	42
Figura 11: Oficina com as Marias Costura.....	42
Figura 12: Ciclo participante da pesquisa.....	44
Figura 13: Deslocamentos das Marias Costura para outras Unidades da Federação em busca de acesso.....	58
Figura 14: Demonstrativo das despesas diretas das Marias Costura com saúde.....	74
Figura 15: Quantitativo de Marias Costura que tiveram acesso ao pré-natal na última gravidez.....	84
Figura 16: Mapa da Empatia.....	90

LISTA DE TABELAS, QUADROS E INFOGRÁFICOS

Tabela 1. Distribuição populacional por sexo, faixa etária, raça, estado civil e naturalidade - Região Administrativa XXV SCIA/Estrutural - Distrito Federal.....	31
Quadro 1. Dimensões do acesso de acordo com as Marias Costura.....	45
Infográfico 1. Perfil das Marias Costura.....	51
Infográfico 2. Perfil das Marias Costura.....	51

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DF - Distrito Federal
GDF – Governo do Distrito Federal
HRAN - Hospital Regional da Asa Norte
HRT - Hospital Regional de Taguatinga
HUB - Hospital Universitário de Brasília
Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
RA – Região Administrativa
RS – Rio Grande do Sul
SCIA - Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	20
2.1 Contextualização do problema.....	20
2.2 Principais conceitos relacionados.....	21
2.3 Problematização.....	23
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo geral.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 CIDADE ESTRUTURAL: HISTÓRICO E CONJUNTURA.....	26
4.1 Histórico.....	26
4.2 Nuances de desigualdade: a Chácara Santa Luzia.....	27
4.3 Conhecendo dados da Estrutural.....	29
4.3.1 Dados demográficos.....	29
4.3.2 Dados epidemiológicos.....	32
4.4 Organização dos serviços de saúde na Estrutural.....	33
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
5.1 Delineamento do estudo.....	35
5.2 Público da pesquisa.....	36
5.2.1 O Maria Costura.....	36
5.2.1.1 Conhecendo as Marias Costura.....	37
5.3 Aspectos éticos.....	39
5.4 Instrumentos e procedimentos.....	39
5.5 Análise de dados.....	43
5.6 O ciclo participante da pesquisa.....	44
6 RESULTADOS.....	45
6.1 Vida e acesso são conceitos multifacetados.....	45
6.2 Quem são as Marias Costura?.....	46
6.3 Como elas se chamam?.....	48
6.4 Análise por categorias.....	52

6.4.1 “Eu vou a pé quando eu tô passando mal. Demoro uns 15 minutinhos pra chegar lá.”.....	52
6.4.2 "...a gente procura saúde não tem. A gente procura um médico e não tem.".....	55
6.4.3 “Pra marcar consulta, tem que chegar cedão, de madrugada ainda, no escuro ainda.”.....	59
6.4.4 “Minha filha, tu acredita que eu peço a Deus todo dia que, quando for pra mim morrer, Deus me mata de uma vez...puf! [...].....	65
6.4.5 “Estou juntando dinheiro pra fazer os exames pra ver o grau do glaucoma e, às vezes, aparece alguma pessoa que ajuda, que abre as portas...”	69
6.4.6 "Aí, o que eu eu fiz: arrumei tudo, deixei a janta pronta, e ajeitei as coisas tudo, e me mandei pra lá. Passei a noite lá no hospital.".....	78
6.5 Outras considerações das pesquisadoras.....	86
7 DE COSTUREIRAS DE SAGAS A DESIGNERS DE SOLUÇÕES PARA O TERRITÓRIO: UMA PROPOSTA DE APLICAÇÃO.....	88
7.1 Conhecendo as roupas das Marias Costura.....	89
7.2 Modelando novas roupas.....	90
7.3 Fazendo a primeira prova.....	91
7.4 Finalizando a peça modelo.....	91
7.5 Produzindo roupas em série.....	91
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE.....	98
APÊNDICE A – Convite para participação da pesquisa.....	99
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
APÊNDICE C – Relato da observação na reunião da Rede Social da Estrutural.....	103
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	105
APÊNDICE E – Fluxo de Maria Vitória no serviço de saúde.....	109
APÊNDICE F - Fluxo de Maria dos Milagres no serviço de saúde.....	110
APÊNDICE G - Fluxo de Maria dos Remédios no serviço de saúde.....	111
ANEXO.....	112
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Fiocruz Brasília.....	113

1 INTRODUÇÃO

O compromisso assumido pelo Brasil para alcançar o desenvolvimento sustentável traz para o país o desafio de territorializar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) com vistas à implementação da Agenda 2030 de forma a contemplar as necessidades e as prioridades locais diante de uma estratégia global.

A partir desse compromisso, o Distrito Federal desenvolveu estratégia de gestão aderindo à Agenda em outubro de 2016, oportunidade em que constituiu Grupo de Trabalho em busca de estratégia própria para implementar a Agenda a partir de estudos, de políticas públicas e de seus projetos que se relacionem aos ODS. Dessa forma, foi evidenciada a necessidade de transformar a Agenda 2030 em um plano de trabalho governamental no âmbito do DF.

Nesse contexto, em 2017 foi estabelecido protocolo de intenções entre a Secretaria de Estado de Saúde do DF e a Fiocruz Brasília com o objetivo de desenvolver estudos e pesquisas voltados para a qualificação e para o aperfeiçoamento de métodos para regulação, programação, gestão da informação, controle e avaliação do SUS no âmbito do Distrito Federal na perspectiva de promover o desenvolvimento saudável e sustentável no território(1).

No âmbito desse convênio, foi elaborado o projeto Estrutural Saudável e Sustentável para atuação na Cidade Estrutural/DF. Situada em área privilegiada do Distrito Federal, em função da proximidade com a região central, a formação da Estrutural/SCIA teve início poucos anos após a inauguração de Brasília com a chegada de pessoas atraídas pela oportunidade de trabalho e de geração de renda que o lixão, à época, representava. Nesse contexto, a região é cenário de vidas e de histórias marcadas pela luta pelo direito ao trabalho e à moradia, apresentando indícios de grande vulnerabilidade social da população local.

O principal desafio do projeto Estrutural Saudável e Sustentável é, então, a promoção da saúde nesse território a partir da análise do impacto das Políticas Públicas na saúde da população, a partir da mudança dos condicionantes de vida do local. Dessa forma, o referido projeto busca contribuir com o processo de formulação e de implementação de políticas de saúde, de forma a potencializar experiências sociais locais e o cumprimento das metas relacionadas aos ODS no contexto do Distrito Federal(1).

Entre essas experiências sociais locais, destaca-se a Rede Social da Estrutural¹, que conecta instituições - governamentais e não-governamentais - relacionadas à execução de políticas sociais, especialmente Assistência Social, Saúde e Educação, com a população residente na cidade; com trabalhadores da Estrutural; e com demais impactados pelas políticas públicas no território(2). Essa Rede se configura como um espaço de contribuição para o desenvolvimento sustentável nesse território, na medida em que a Rede busca promover inclusão social dos mais excluídos e em situação de vulnerabilidades, potencializar a participação de sujeitos individuais e coletivos para reorganizar a comunidade e o serviço; para pensar políticas intersetoriais; e para buscar direitos. Ainda nesse sentido, destacam-se como desafios da Rede: a conversão de casos individuais em demandas coletivas para resolubilidade geral e a ampliação de acesso às políticas sociais(2).

Machado *et al*(3) compartilham desse entendimento sobre o papel da Rede ao afirmarem que "a promoção da saúde e a sustentabilidade, como práticas no território, envolvem diversos atores sociais, econômicos e agentes governamentais que podem atuar na mediação de diversos interesses que contribuem para o desenvolvimento sustentável do território".

Assim, é essa rede que esta pesquisa visa apoiar, alinhando-se ao projeto Estrutural Saudável e Sustentável. Ressalta-se que foram realizadas, pela Fiocruz, ações de mobilização social e de diagnóstico participativo na Cidade Estrutural, com ampla participação de atores locais, inclusive da Rede Social, a exemplo de duas oficinas de prospecção com destaque para mulheres, com a finalidade de aproximar a Agenda 2030 da realidade local. Considerando que o acesso aos serviços de saúde já fora trazido pela população como um problema social a ser solucionado, esta pesquisa pretende se somar às ações da Fiocruz no sentido de entender melhor essa problemática.

Para tanto, buscar-se-á uma aproximação da realidade do território com foco no tema cobertura universal de saúde, relacionado ao ODS 3 - "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", a partir da singularidade da percepção

¹ Neste estudo, adotamos o termo Redes Sociais, reconhecendo a importância e o desenvolvimento das Redes Sociais Locais do Distrito Federal que vem se consolidando. São organizações comunitárias que atuam no território, em um arranjo de intersetorialidade, de trabalho em rede e de participação popular, onde são colocados os problemas locais pelos atores (moradores, trabalhadores dos serviços públicos do DF e pessoas da sociedade civil organizada). Os participantes da rede somam esforços na busca por estratégias e soluções dos problemas coletivos vividos no território, a partir de políticas públicas e da garantia de direitos e de cidadania. No Distrito Federal, foram identificadas 20 Redes Sociais Locais em diversas regiões. Disponível em: <https://ii-encontro-de-redes-sociais-locais-do-df.webnode.com/>; Acesso em: 24 Ago.2019.

de mulheres inseridas nessa rede com vistas a fortalecê-la para contribuir para a implementação de uma agenda global local.

A opção pelo trabalho com mulheres se justifica por três razões principais: perfil sociodemográfico local, perfil da Rede Social da Estrutural; e centralidade do papel social da mulher no cuidado e das questões de gênero no processo de desenvolvimento humano e social no território, como será explicado a seguir.

À exceção da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018 – PDAD(4), que estimou predominância de homens na Estrutural, o histórico do perfil demográfico dessa Região Administrativa revelou, por anos, maioria feminina, o que condiz com a realidade do DF, Unidade da Federação de maioria feminina. Com relação à raça/cor da pele, 61,8% da população da Cidade Estrutural se autodeclarou parda. Dados do DF indicaram que 47,4% da população se autodeclarou parda.

Sobre a escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais, os dados da PDAD 2018 indicam que 38,9% dessa população declarou ter o ensino fundamental incompleto. Em contrapartida, no âmbito do DF, 34,8% das pessoas declarou ter concluído o ensino superior. A renda domiciliar média estimada foi de R\$ 1.728,30. Destaque-se que esse valor é inferior à média do grupo 4 das Regiões Administrativas do DF, considerado de baixa renda, para o qual o valor é de R\$ 2.465,00.

Ao traçar o perfil da Rede Social da Estrutural, Oliveira(2) aponta significativa participação de mulheres na iniciativa de sua formação e destaca que a Rede é constituída, essencialmente, por mulheres, que representam 80,4% do total de participantes, das quais 70,6% são trabalhadoras do setor de serviços. Entre as principais reivindicações no âmbito dessa Rede, Oliveira destaca a falta de creches para crianças de 0 a 4 anos, e relaciona essa demanda à "luta das mulheres por garantia de cuidado e assistência pública de qualidade provida pelo Estado para seus filhos"(2), em um contexto de necessidade de emancipação e de ascensão ao mercado de trabalho.

Outra pauta tratada na Rede diz respeito à violência contra a mulher e às políticas de assistência à saúde da mulher, por constituírem, historicamente, maioria na Cidade Estrutural. Acredita-se, portanto, que pelo perfil da rede e pelas temáticas de destaque, as mulheres são essenciais no processo de fortalecimento dessa Rede nas ações de saúde dentro do contexto da Agenda 2030.

A escolha pela pesquisa com mulheres se justifica, finalmente, pelo reconhecimento de que a mulher, bem como as questões de gênero ocupam papel central no desenvolvimento do território(5) na medida em que as políticas públicas nele implantadas, assim como as ações

e os projetos nele desenvolvidos, podem criar condições para a igualdade de direitos entre homens e mulheres a partir da participação da população local.

As mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado de seus familiares, seja na fase de desenvolvimento, ainda crianças e adolescentes, seja no envelhecimento e no adoecimento, quando há necessidade de cuidados intensivos. No Brasil, tornaram-se, as principais usuárias do Sistema Único de Saúde, frequentando-o "para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade"(6).

Nesse sentido, este projeto converge para o ODS 5 - "Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas" ao conferir protagonismo à percepção das mulheres no processo de qualificação de indicadores de saúde da Agenda 2030, e ao buscar o aprimoramento das relações de gênero no território a fim de alcançar patamares mais elevados de bem-estar e de qualidade de vida, refletindo sobre a saúde.

Reconhecer o papel social das mulheres nos cuidados de saúde, nos âmbitos familiar e comunitário, contribuindo para legitimar o seu potencial participativo na Rede, com a finalidade de fortalecer a Rede Social no enfrentamento da extrema desigualdade de acesso dessa população às ações e aos serviços de saúde vai ao encontro do propósito do curso de Especialização em Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília, no qual as autoras estão inseridas.

A partir do enfoque oferecido pelo Curso para o território como base das ações de Saúde Coletiva e, considerando a valorização da vivência no território no processo de compreensão e de problematização dos determinantes e dos condicionantes da saúde, foi despertado o interesse dessas pesquisadoras em contribuir para o fortalecimento de uma organização do território - a Rede - a partir de atores locais e de necessidades de saúde locais de forma a contribuir para o alcance do ODS 3, em interface com o ODS 5, no âmbito da Agenda 2030.

Nesse sentido, acredita-se que este projeto vai ao encontro do que se espera do egresso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília quando é nítido o deslocamento das pesquisadoras para uma visão de saúde integral, estimulando práticas de criação colaborativa entre profissionais, trabalhadores e usuários do SUS, de maneira a atender melhor às necessidades sociais da população em seus contextos e territórios vividos, particularmente no DF(7).

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Nesta seção, o problema de pesquisa será contextualizado, serão apresentados alguns conceitos importantes relacionados à pesquisa e a problematização.

2.1 Contextualização do problema

Inicialmente, este estudo se insere em um contexto de lacuna de produção de conhecimento científico sobre a Agenda 2030 aplicado ao território, a partir de uma perspectiva de gênero e de acesso à saúde, abordando os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 e 5.

A ideia de cobertura universal de saúde envolve uma disputa em torno dos projetos de cobertura universal e de sistemas universais de saúde, na medida em que a Organização Mundial da Saúde - OMS desconsidera características peculiares dos sistemas universais de saúde ao priorizar a cobertura universal por meio de seguro e não fazer distinção entre os conceitos de cobertura e de acesso.

Em nota pública sobre cobertura universal de saúde(8), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde e a Associação Brasileira de Economia da Saúde criticaram a restrição da universalidade e da equidade na “Estratégia para Cobertura Universal de Saúde”, ao pressupor o predomínio da compra e da venda de serviços de saúde no sistema. Ao mesmo tempo, essa nota apoiou a defesa dos sistemas públicos, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social como pilares do sistema de saúde nos países membros da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS.

Nesse contexto, a OPAS teve de reconhecer a garantia de acesso a serviços de saúde e do direito à saúde e difundir a saúde universal como estratégia a ser implementada nos países em que há iniciativas de construção de sistemas universais de saúde como o Brasil(9).

Esse reconhecimento, entretanto, parece não ter sido incorporado pela Agenda 2030 no que concerne à meta 3.8, relacionada ao ODS 3, qual seja: "Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos".

Em relatório que orienta a territorialização dos ODS(10), por meio da adequação das metas globais da Agenda 2030 para a realidade brasileira, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea apresenta a seguinte proposta de adequação da meta 3.8:

Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.

Observe-se que, ao se reconhecer o caráter universal do Sistema Único de Saúde, a meta é adequada por meio da troca do verbo “atingir” por “assegurar”; o SUS é trazido para a meta como mecanismo de concretização da garantia de cobertura universal e de acesso a serviços de saúde; a integralidade é destacada e o rol de produtos oferecidos pelo Sistema é evidenciado no que concerne ao acesso a medicamentos e vacinas.

Giovanella *et al*(9) destacam que esses "indicadores definidos pelo Banco Mundial e OMS em 2017 para monitorar a meta 3.8 e acompanhar a evolução da cobertura centram-se em despesas *out-of-pocket* (proporção da população que incorre em gastos catastróficos, definidos como elevada despesa em saúde no ato do uso como proporção da renda doméstica) e sugerem uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais”.

2.2 Principais conceitos relacionados

Diante da complexidade do acesso à saúde, nesta pesquisa, ele será considerado sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade e de dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde(11).

Noronha(12) reconhece a importância da barreira financeira ao acesso à saúde, mas argumenta que essa não é a única e nem a principal a ser considerada. No caso do Brasil, o autor defende a ideia de cobertura como “acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários”. Ressalte-se que essa é a concepção de cobertura universal adotada neste estudo: a de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, conforme diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal de 1988, embora tenha-se ciência das dificuldades na implementação do SUS, o que reforça a importância de fortalecer e de qualificar as ações e os serviços públicos de saúde e de buscar

novas estratégias que garantam a eficiência e a construção de vínculos entre os serviços e a população.

Do ponto de vista do acesso, Giovanella e Fleury(13) destacam que ele está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção. A partir dessa definição, as autoras apontam, a partir de Penchanski e Thomas, para uma série de dimensões que caracterizam o acesso, a exemplo da **disponibilidade** (relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades); da **acessibilidade** (relação entre localização da oferta e a localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos); da **acomodação ou adequação funcional** (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone); da **capacidade financeira** (relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente); e da **aceitabilidade** (relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes).

No âmbito do Distrito Federal, a Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal(14), traz acesso como princípio da Atenção Primária à Saúde relacionado à facilidade de atendimento quando necessário:

[...] os serviços da Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como **facilmente disponíveis para todos que deles necessitem**, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde.

O mesmo diploma legal destaca como diretriz da Estratégia Saúde da Família a garantia do acesso, definida como:

VI - Garantia de acesso: a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;

2.3 Problematização

Ao centrar sua preocupação e seus esforços na garantia de acesso da população a uma cesta mínima de serviços essenciais e na prevenção de gastos catastróficos com saúde, a Agenda 2030 se distancia da realidade brasileira, que já conta com um sistema de saúde cujos princípios abrangem universalidade e integralidade, que é fruto do reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, e do qual aproximadamente 80% da população depende para as ações relacionadas à assistência à saúde(15).

Na Cidade Estrutural, território sobre o qual este estudo se debruça, dados da PDAD 2018(4) estimaram que 93,1% da população não conta com plano privado de saúde. Nesse contexto, surgem os seguintes questionamentos: considerando que a população da Cidade Estrutural é SUS-dependente em sua quase totalidade, em que medida a Agenda 2030 pode ser considerada propulsora do desenvolvimento nesse território quando se trata de acesso à saúde?

Duarte *et al*(16) alertam que a atual crise econômica instalada no Brasil, a elevada taxa de desemprego vigente e a baixa perspectiva de crescimento econômico têm contribuído para a crescente inacessibilidade dos serviços privados de saúde para a maioria da população. No caso da Estrutural, essa situação parece agravada na medida em que a desativação do lixão, até então importante oportunidade de geração de renda na região, causou prejuízos à população local como a redução nos níveis de renda e até mesmo a ausência de renda dos trabalhadores diante da dificuldade de inserção no mercado(17).

Verificamos, portanto, que a adesão a planos privados de saúde não é uma realidade para essa população sequer para o alcance da cobertura universal de saúde como concebida pela Agenda 2030. Giovanella *et al*(9) argumentam que os indicadores utilizados para avaliar a meta em questão desconsideram que "pagamentos de planos privados de saúde também podem ser catastróficos, e que em situação de pobreza não há disponibilidade para gastos em saúde".

Assim, nos questionamos: em um contexto de renda per capita de R\$ 570,30, que inviabiliza ou ao menos dificulta a adesão a planos privados de saúde - na perspectiva concebida pela Agenda 2030 - e que dificulta o acesso como garantia do direito universal e equânime à saúde, qual concepção de saúde é mais evidente? Em que medida a assistência à saúde é uma prioridade? De que forma as necessidades de saúde são percebidas pelas mulheres, principais usuárias do sistema de saúde? Sob qual perspectiva essa percepção dialoga com a Agenda 2030 e com o conceito de acesso universal à saúde? A quais estratégias

essas mulheres recorrem para ter acesso à saúde? Qual é o potencial da Rede Social da Estrutural para contribuir nesse contexto?

Para buscar, ao menos em parte, respostas a esses questionamentos, optou-se por desenvolver este estudo por meio de uma pesquisa participante a partir da aproximação inicial e da articulação com um grupo de mulheres e com a Rede Social da Cidade Estrutural. Parte-se, ainda, do reconhecimento das potencialidades, da capacidade de análise crítica desses atores sobre sua realidade e da relevância do papel da Rede Social no processo de transformação social e na busca por direitos.

3 OBJETIVOS

Nesta seção, serão apresentados os objetivos, geral e específicos, deste estudo.

3.1 Objetivo geral

Contribuir para a produção de conhecimento sobre acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção de mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Social da Estrutural em temáticas relacionadas ao Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3, em interface com o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 5, no contexto da Agenda 2030.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer dados secundários sociodemográficos, bem como sobre os serviços de saúde na Cidade Estrutural, e relacioná-los com o ODS 3 e com o ODS 5;
- Conhecer as necessidades de saúde apresentadas por um grupo de mulheres da Cidade Estrutural e realizar aproximações entre essas necessidades e acesso à saúde;
- Estimular o protagonismo da percepção de um grupo de mulheres da Cidade Estrutural no processo de qualificação de indicadores de saúde da Agenda 2030 relacionados aos ODS 3 e 5; e
- Subsidiar a Rede Social da Estrutural com informações e propostas sobre acesso aos serviços de saúde na Estrutural para contribuir com o alcance do ODS 3, em interface com o ODS 5.

4 CIDADE ESTRUTURAL: HISTÓRICO E CONJUNTURA

Este estudo busca lançar olhares sobre a Região Administrativa XXV – SCIA/Estrutural, região que apresenta grande vulnerabilidade social, com baixos índices de educação, saúde, cultura, trabalho e emprego, segurança pública além de más condições de saneamento básico entre outros aspectos. Esta seção é dedicada à apresentação de um breve histórico dessa RA, à breve apresentação da Chácara Santa Luzia, de dados demográficos e epidemiológicos da população, bem como de informações a respeito da organização do serviço de saúde naquela localidade. Com relação aos dados demográficos, esta seção apresentará aqueles relacionados a sexo, faixa etária, raça/cor e estado civil. Outros dados de interesse para esta pesquisa serão abordados na seção dedicada à análise dos dados da pesquisa por uma questão de organização do estudo.

4.1 Histórico

Situada em área privilegiada do Distrito Federal, a 11,7 km do centro de Brasília, a Estrutural/SCIA é cenário de vidas e histórias marcadas pela luta pelo direito ao trabalho e à moradia. A formação da Cidade Estrutural deu-se pela chegada de pessoas atraídas para o lixão em busca de meios de sobrevivência, poucos anos depois da inauguração de Brasília, onde elas foram construindo suas casas e seus modos de vida. No início, eram aproximadamente 100 domicílios, área que ficou conhecida como a “invasão”. Com o passar dos anos, a região foi sendo ampliada com a chegada de novas famílias e foi transformada em Vila Estrutural, que anteriormente pertenceu à Região Administrativa do Guará(18).

Foram diversas as investidas do Governo do Distrito Federal - GDF para a desapropriação dessas casas com o objetivo de extinção da Vila Estrutural. Porém, em nenhum desses episódios o Governo obteve êxito. Os moradores, resistentes a cada ação, reconstruíam suas casas, retornavam ao trabalho e, aos poucos, recompunham o seu cotidiano com os seus valores, sua cultura, seus sonhos e sua busca pela sobrevivência(18).

Em janeiro de 2004, a Lei nº. 3.315 criou o Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA, que foi transformado em Região Administrativa XXV e Vila Estrutural, com aproximadamente 35.730 habitantes e 10.143 domicílios urbanos.

Em 2016, o GDF instituiu o Programa de Desativação do Lixão da Estrutural, que foi fechado em 2018. Esse processo originou uma série de conflitos sociais, especialmente com catadores de materiais recicláveis, visto que apenas parte desses trabalhadores aderiram às

cooperativas de reciclagem, o que gerou - em muitos casos - diminuição de renda e, em outros, ausência de renda(17).

Figura 1. Mapa de localização da Região Administrativa XXV - SCIA/Estrutural



Fonte: Jéssica Mendes Miranda, 2016

4.2 Nuances de desigualdade: a Chácara Santa Luzia

De acordo com a PDAD 2018, a Chácara Santa Luzia é caracterizada como “aglomerado subnormal com características urbanas ainda não incluídos nos cadastros das concessionárias”(4) de água e de energia elétrica do Distrito Federal. Este primeiro indicativo de desigualdade é característica marcante do Setor, que apresenta infraestrutura precária de aparatos públicos: o transporte público não circula em suas ruas; a água e a energia elétrica são distribuídas de forma clandestina entre as residências; a rede de esgoto abrange poucas quadras; as ruas não são pavimentadas; não há serviço de entrega de correspondências; e não há opções públicas de lazer(19).

Com relação aos serviços de saúde, a população da Santa Luzia recorre às Unidades Básicas de Saúde localizadas na Estrutural e em outras Regiões Administrativas do Distrito Federal quando tem necessidade de atendimento.

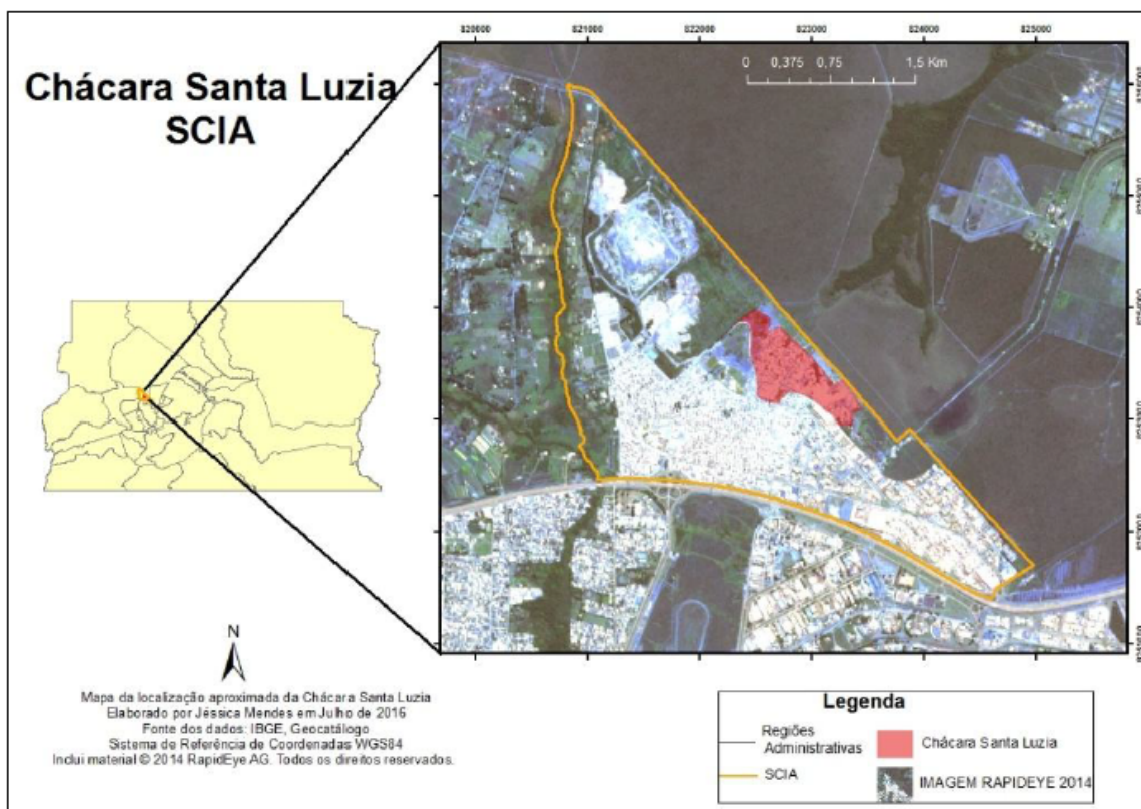
A Santa Luzia é marcada, ainda, por preconceito em relação aos moradores da própria Cidade Estrutural, configurando “uma segregação e estigma dentro de uma ampla área também segregada e estigmatizada”(19). Nesse cenário, “os moradores da área mais valorizada da cidade os veem com desdém e se negam a reconhecer que a gênese da Cidade Estrutural foi uma ocupação com os mesmos objetivos da Santa Luzia”(19).

Figura 2. Rua na Chácara Santa Luzia



Fonte: Jéssica Mendes Miranda, 2016

Figura 3. Localização aproximada da Chácara Santa Luzia



Fonte: Jéssica Mendes Miranda, 2016

4.3 Conhecendo dados da Estrutural

Nesta seção, conheceremos dados relacionados à demografia e à epidemiologia na Cidade Estrutural.

4.3.1 Dados demográficos

As informações referentes à caracterização geral da RA XXV SCIA/Estrutural estão apresentadas na Tabela 1, que inclui a distribuição populacional por sexo, idade, raça, estado civil e naturalidade, em números absolutos e em percentuais, de acordo com a PDAD(4), cuja coleta de dados foi realizada de março a outubro de 2018 e o resultado foi publicado em 2019.

A partir dos dados apresentados na Tabela 1, verifica-se que a Região Administrativa SCIA/Estrutural tem uma população urbana estimada em 35.730 habitantes, em sua maioria masculina, que representa 50,70% da população. Em relação à PDAD anterior(20), de 2016,

houve redução da população estimada (39.015) e mudança no perfil da população em relação ao sexo: a PDAD 2016 indicava que as mulheres representavam maioria, cerca de 52% da população. Já a PDAD 2018(4) estima que os homens representam 50,70% da população, enquanto as mulheres representam 49,30%. Esse dado é contrário à realidade do DF, que apresenta maioria feminina.

Em relação à idade, prevalece a faixa etária de 25 a 59 anos, que representa 44,8% da população. A idade média da população é de 26,3 anos, o que revela que a população da Cidade Estrutural é mais jovem do que a média do DF, de 33 anos. Há, também, elevado número de pessoas na faixa etária compreendida entre 0 e 14 anos, representando 29,2%.

No que concerne à raça/cor, percebe-se que 61,8% da população da Estrutural se considera parda, seguindo a tendência do DF, onde 47,7% da população se considera parda de acordo com a PDAD 2018(4). Em seguida, tem-se que 22,10% da população se declara branca e, por fim, 14,8% de cor preta. Ressalte-se que o percentual de negros, embora seja a menor parcela da população na Cidade Estrutural, supera a média de negros no DF que, de acordo com a Codeplan, é de 10%. Destaca-se, ainda, que no Grupo I, que compreende as Regiões Administrativas de alta renda (Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul e Sudoeste/Octogonal), 65,8% da população se declara branca e, apenas, 4,5% se declara preta.

Sobre o estado civil, destaca-se que houve mudança no perfil dos moradores da Estrutural: enquanto a PDAD 2016(20) estimou predominância de casados (36,6%) em relação ao percentual de solteiros (33,86%), os dados de 2018 indicam que a maioria da população é solteira (55,7%). A parcela casada representa 31,4% da população. Percebe-se que a Estrutural segue a tendência do DF segundo a qual predominam os solteiros (48,2%).

Tabela 1. Distribuição populacional por sexo, faixa etária, raça, estado civil e naturalidade - Região Administrativa XXV SCIA/Estrutural - Distrito Federal

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	18.009	50,70
Feminino	17.631	49,30
Faixa etária		
até 4 anos	3.490	9,80
5 a 9 anos	3.149	8,80
10 a 14 anos	3.774	10,60
15 a 19 anos	4.151	11,60
20 a 24 anos	3.725	10,40
25 a 39 anos	9.117	25,50
40 a 59 anos	6.905	19,30
60 a 64 anos	600	1,70
65 ou mais	819	2,30
Raça/Cor		
Parda	22.073	61,80
Branca	7.891	22,10
Preta	5.282	14,80
Estado civil		
Solteiro	14.553	55,7
Casado	8.211	31,4
União estável registrada em cartório	1.778	6,8
Total	35.730	100

Fonte: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018

4.3.2 Dados epidemiológicos

De acordo com dados da Sala de Situação do GDF(21), assim como a tendência nacional, na Estrutural o número de óbitos é superior em indivíduos do sexo masculino: ao longo dos últimos dez anos, morreram 746 homens e 364 mulheres. As faixas etárias em que mais houve registros de óbitos na referida RA foram de 15 a 19 anos (86 óbitos) e de 35 a 39 anos (86 óbitos). Em relação aos dados nacionais, verifica-se que a faixa etária em que mais morrem pessoas na Estrutural é um pouco superior à registrada para o Brasil, de 20 a 29 anos².

As três principais causas de morte na Estrutural nos últimos dez anos foram relacionadas à violência: agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada – rua e estrada (76 óbitos); agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada – local não especificado (38 óbitos); e agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão – outros locais especificados (31 óbitos). Esses dados revelam o alto índice de violência registrado na região.

Ainda com relação à violência, registremos que 68,26% dos óbitos por essa causa não têm o tipo informado(21). Ademais, a Sala de Situação não apresenta recorte de gênero para a visualização dos dados, de forma que dificulta qualquer relação entre tipo de violência e violência contra as mulheres na Estrutural.

Com relação às doenças crônicas, o maior percentual de óbitos na Estrutural nos últimos dez anos (16,87%) foi relacionado a doenças do aparelho circulatório, porém, essas doenças não foram especificadas. Em seguida, prevaleceram os acidentes vasculares cerebrais não especificados como hemorrágicos ou isquêmicos (15,66%) e, por fim, hipertensão essencial (14,46%). Sobre diabetes, 60% dos óbitos em função da doença foram atribuídos a diabetes mellitus não especificado – sem complicações, seguidos de 15% por diabetes mellitus não especificado – com complicações circulatórias periféricas e 15% por diabetes mellitus não especificado – com complicações renais.

Por fim, como mencionado anteriormente, não há dados relacionados a doenças e a agravos relacionados à saúde da mulher. O dado encontrado na Sala de Situação do GDF que mais se aproxima da saúde da mulher é o total de óbitos maternos, que – nos últimos dez anos - totalizam zero, o que demonstra, ainda, a predominância do paradigma gravídico-puerperal do cuidado da saúde da mulher. Destaquemos que, embora as mulheres sejam as principais usuárias do sistema de saúde como visto na Introdução, ainda há hiatos de informação no que

² <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>

concerne à sua saúde no Distrito Federal, o que gera impactos na territorialização da saúde e no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esse gênero a fim de que possamos alcançar as metas relacionadas ao ODS 5.

4.4 Organização dos serviços de saúde na Estrutural

A Cidade Estrutural conta com duas Unidades Básicas de Saúde, ambas localizadas no Setor Central³. A UBS 1 Estrutural, localizada na Avenida Central, funciona das 7h às 19h – de segunda a sexta – e das 7h às 12h aos sábados. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES⁴, a UBS presta atendimento ambulatorial, com demanda espontânea. Com relação aos profissionais, há, no total, 103, sendo 10 médicos e 93 incluídos na categoria “outros”.

Sobre as Instalações Físicas para Assistência, no âmbito ambulatorial, estão instaladas na referida UBS três consultórios de clínicas básicas, dois de clínicas especializadas, um consultório de odontologia, uma sala de enfermagem (serviços) e uma sala de imunização. Ainda sobre as Instalações Físicas para Assistência, porém no âmbito dos serviços de apoio, a UBS conta com Central de Esterilização de Materiais, com farmácia, com Serviço de Prontuário de Paciente e com Serviço Social. Não há registro de leitos no Cadastro.

A UBS 1 conta com os seguintes serviços próprios especializados: Estratégia de Saúde da Família, Serviço de Apoio à Saúde da Família, Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador, Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento, Serviço de Atenção Domiciliar, Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Controle de Tabagismo, Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos, Serviço de Práticas Integrativas e Complementares, Serviço de Vigilância em Saúde, e Serviço Posto de Coleta de Materiais Biológicos⁵.

Já a UBS 2 Estrutural, localizada no Setor Central, tem horário de funcionamento compreendido entre 7h e 17h de segunda a sexta. Segundo dados do CNES, a UBS presta atendimento ambulatorial, com demanda espontânea e, também, referenciada. A respeito do quantitativo de profissionais, há, no total, 28, sendo 3 médicos e 25 incluídos na categoria “outros”.

³ <https://salasit.saude.df.gov.br/mapa-unidades-de-saude/>

⁴ http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=5300102779374

⁵ http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=5300102779374

No que concerne às Instalações Físicas para Assistência, no âmbito ambulatorial, estão instaladas na referida UBS quatro consultórios de clínicas básicas. No âmbito dos serviços de apoio, a UBS conta com Nutrição e Dietética, com Serviço de Prontuário de Paciente e com Serviço Social. De maneira similar à UBS 1, para a UBS 2 não consta registro de leitos no CNES.

A UBS 2 conta com os seguintes serviços próprios especializados: Estratégia de Saúde da Família, Serviço de Controle de Tabagismo, Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos e Serviço de Vigilância em Saúde⁶.

⁶ http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=5300103513564

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta seção se ocupa da descrição dos aspectos metodológicos do estudo, incluindo seu delineamento, o público da pesquisa, aspectos éticos, instrumentos e procedimentos, uma abordagem metodológica sobre a análise de dados e uma síntese do ciclo da pesquisa participante.

5.1 Delineamento do estudo

Conforme mencionado brevemente na problematização, a realidade encontrada no território orientou a pesquisa para os princípios da pesquisa participante que, segundo Brandão, “parte de um conhecer e agir, contribuindo diretamente para a resolução de problemas de interesse coletivo”(22). Assim, parte-se de uma realidade concreta - do território e da percepção dos sujeitos nesse território - para a análise crítica dessa realidade e um posterior agir diante dessa realidade.

Para Mello(23), “essa metodologia tem como princípio fundamental uma forma de participação onde todos – pesquisadores e população – são sujeitos de um mesmo processo de exercício de cidadania objetivando transformação social”. Nesse contexto, os participantes da pesquisa são incluídos no processo de percepção do problema para que dele se apropriem, e busquem estratégias de enfrentamento e/ou soluções. Dessa forma, é propiciada interação entre pesquisador e sujeitos de pesquisa.

Parte-se, portanto, do princípio de que todos os participantes dessa pesquisa são colaboradores, que carregam consigo saberes, e que compartilham conhecimento que deve ser utilizado para pensar alternativas para o território. Dessa forma, a natureza metodológica dessa pesquisa propicia o alcance de seu objetivo de contribuir para a produção de conhecimento sobre necessidades de saúde e sobre acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção das mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Social nas temáticas relacionadas ao ODS 3, em interface com o ODS 5, no contexto da Agenda 2030.

Ao abordar a pesquisa participante, Gil destaca que: "trata-se de um modelo de pesquisa que difere dos tradicionais porque a população não é considerada passiva e seu planejamento e condução não ficam a cargo de pesquisadores profissionais. A relação dos problemas a serem estudados não emergem da simples decisão dos pesquisadores, mas da população envolvida [...]"(24). Dessa maneira, a comunidade participa e pode ter controle

sobre as etapas da pesquisa, inclusive sobre seus resultados quando da etapa de socialização desses.

5.2 Público da pesquisa

Participaram da pesquisa 11 mulheres, de 34 a 65 anos, participantes do projeto Maria Costura, ação do Coletivo da Cidade⁷, inserido na Rede Social da Estrutural. O perfil detalhado das Marias Costura será apresentado na seção “Quem são as Marias Costura?”.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade entre 18 e 80 anos; morar na Cidade Estrutural; ser usuária do SUS; e ter buscado atendimento no serviço de saúde da Estrutural nos últimos 12 meses e/ou ter acompanhado algum membro da família ou vizinhos nos últimos 12 meses nos serviços de saúde de alguma região do Distrito Federal e ou da Cidade Estrutural. As mulheres que participaram do estudo foram selecionadas conforme apresentado no item 5.2.1.1.

As etapas da pesquisa, bem como os momentos de participação de outros sujeitos serão abordados nas seções a seguir.

5.2.1 O Maria Costura

O Maria Costura é uma ação do Coletivo da Cidade, inserido na Rede Social da Estrutural, junto a mulheres da comunidade. A iniciativa reúne, essencialmente, costureiras e artesãs que se reúnem - a depender de sua disponibilidade - em uma sala na Cidade Estrutural para, por meio do compartilhamento de equipamentos, de materiais e de conhecimento, realizar consertos e ajustes em roupas, fabricar novas peças, além de outros artigos como tapetes, capas para almofada e bolsas. O trabalho desenvolvido varia, portanto, desde costuras mais simples até novas técnicas, a exemplo do Patchwork e de trabalhos com materiais

⁷ O Coletivo da Cidade é uma organização localizada na Cidade Estrutural (DF) que atua prioritariamente com o atendimento de crianças e adolescentes no contra turno escolar, oferecendo alternativas artísticas e educativas como meio de transformação social. Construída a partir do fortalecimento de vínculos no território, a organização também se caracteriza como um importante espaço de convivência comunitária e capacitação profissional para os moradores da cidade, articulando-se em rede com outros grupos e instituições parceiras. Fonte: <http://www.coletivodacidade.org>; Acesso em: 8 Ago. 2019.

reaproveitados a partir de doações de materiais, de forma que estão inseridas em um ramo significativo para a Cidade: a reciclagem.

A ação se caracteriza, também, como um espaço de troca de saberes e de conhecimento voltados para o trabalho: as mulheres mais antigas ensinam para as recém-chegadas costura e outras técnicas; elas oferecem curso para que outras mulheres também possam vir a usufruir do espaço do Maria Costura e, por conseguinte, gerar renda para famílias em situação de vulnerabilidade social. Nesse sentido, tem-se o amadurecimento do processo coletivo de trabalho, que apresenta como desafios a autogestão e a produção solidária⁸.

Além de um espaço de produção e de geração de renda para mulheres, o Maria Costura se destaca pelo potencial de promover o fortalecimento de vínculos, a emancipação e suas potencialidades a partir de uma oportunidade de “desenvolvimento de laços entre as mulheres da comunidade, que têm ali a oportunidade de trocarem experiências relativas à condição de mulher, fortalecendo-se mutuamente e gerando novas perspectivas para além do ambiente doméstico”⁹.

5.2.1.1 Conhecendo as Marias Costura

A sugestão de trabalhar com o Maria Costura surgiu em uma reunião de aproximação com o Coletivo da Cidade, ainda na fase inicial da pesquisa participante, quando foi realizado contato institucional entre Fiocruz e Coletivo. Na oportunidade, após manifestação de interesse dessas pesquisadoras de trabalhar com a temática de acesso à saúde, realizando aproximações e reflexões sobre a Agenda 2030, a partir de olhares e de vozes femininas e da validação da pertinência desse estudo para a Rede Social e para o território, nos foi sugerido esse grupo. As principais razões foram: o Maria Costura já se tratar de uma ação consolidada, que contava com a participação de número significativo de mulheres (aproximadamente 60), com perfis variados, com representantes de todos os setores residenciais da Estrutural - inclusive da Chácara Santa Luzia - e com um local fixo para seus encontros, o que facilitaria a aplicação da pesquisa em termos operacionais.

⁸ Projeto Maria Costura. Disponível em: <http://www.coletivodacidade.org/projeto-maria-costura/>; Acesso em: 9 out. 2019.

⁹ Projeto Maria Costura. Disponível em: <http://www.coletivodacidade.org/projeto-maria-costura/>; Acesso em: 9 out. 2019.

Para a nossa primeira aproximação junto ao grupo, foi estabelecido contato com uma liderança e agendado momento oportuno para apresentação do projeto de pesquisa, para realização de ajustes, para aprovação, e para convidar as integrantes do grupo para participarem do estudo. Nessa oportunidade, todas se apresentaram e as Marias Costura falaram brevemente sobre o projeto de que fazem parte: como o projeto surgiu, como funciona, quem pode participar e como o projeto gera renda entre outros pontos. Aos poucos, foram surgindo aspectos da vida pessoal de todas como a chegada em Brasília, a constituição de família, o local de residência, o desenvolvimento de outras atividades além da costura e o compartilhamento de sonhos, em um *continuum* entre trabalho e vida pessoal.

Participaram desse momento 5 mulheres integrantes do Maria Costura, além de duas crianças e de uma adolescente que acompanhavam as mães/avós, visto que estavam em período de férias escolares, não tinham atividade para realizar nesse ínterim, e suas mães não tinham com quem deixá-las. Nesse primeiro contato, foi possível perceber diferenças entre essas mulheres com relação aos seguintes critérios: idade, setor de moradia dentro da Cidade Estrutural, atividades desenvolvidas além da participação no projeto, naturalidade, raça/cor e estado civil.

Em seguida, o projeto de pesquisa, foi apresentado: suas justificativas, seus objetivos, suas etapas, seus possíveis benefícios para o grupo, assim como seus limites, conforme ideado por essas autoras e discutido previamente com o Coletivo da Cidade, no âmbito da Rede Social da Estrutural. Ao término dessa breve explanação, as participantes se manifestaram e foram ouvidas quanto à relevância do estudo para sua realidade e mencionaram algumas dificuldades que enfrentam relacionadas ao acesso à saúde na Cidade Estrutural: ausência de médico, dificuldade de realizar pré-natal, ausência de serviço de emergência e outros. Ainda nesse sentido, as mulheres mencionaram já ter participado de pesquisas em oportunidades anteriores, embora esses estudos ainda não tivessem como foco a saúde. Elas reconheceram a importância da realização de estudos dessa natureza dentro de suas realidades e apoiaram a pesquisa, concordando com a participação.

Ao final da visita, foi combinado encontro futuro para aplicação da pesquisa, oportunidade em que foi pontuada a necessidade de que mais mulheres pudessem comparecer, ao menos duas mulheres de cada um dos 4 setores residenciais da Cidade Estrutural: Norte, Leste, Oeste e Santa Luzia, observados os critérios de inclusão do estudo. O convite (Apêndice A) foi encaminhado para que pudesse ser compartilhado com outras mulheres que se interessassem por participar da pesquisa e que não puderam comparecer a esta aproximação inicial.

5.3 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Governo Fiocruz Brasília – CEP (Anexo A), tendo sido cadastrado na Plataforma Brasil sob o CAAE nº 21375819.4.0000.8027, em atendimento às orientações da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP para a realização de estudos que envolvem seres humanos.

Conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pesquisas que envolvem seres humanos devem sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, respeitando a pessoa humana com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e de danos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) esclarece a natureza da pesquisa, a voluntariedade da participação, a garantia do sigilo quanto aos dados obtidos, e possíveis dúvidas quanto ao projeto. O documento segue as orientações do CEP da Escola de Governo Fiocruz Brasília. Todas as participantes do estudo assinaram o TCLE no dia da aplicação da pesquisa, em momento privado, após leitura em conjunto com uma das pesquisadoras, de forma a garantir a privacidade e evitar quaisquer constrangimentos. As duas vias do TCLE (a das pesquisadoras e a das participantes da pesquisa) foram devidamente assinadas também pelas pesquisadoras e pela orientadora.

Ressalta-se que as informações e os dados das participantes foram preservados e respeitados durante todo o processo do estudo.

5.4 Instrumentos e procedimentos

Após avaliação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Fiocruz Brasília, a proposta foi apresentada para o Coletivo da Cidade, intermediário entre o Maria Costura e a Rede Social da Estrutural conforme mencionado no item 5.2.1.1. Nesse momento, pudemos verificar que o nosso objeto de estudo fazia sentido para o território, e pudemos discutir de que forma os resultados contribuiriam para potencializar o poder de agir da Rede Social da Estrutural nas temáticas relacionadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 e 5 no contexto da Agenda 2030.

Em seguida, iniciamos o processo de coleta de dados primários que nos possibilitou explorar o tema acesso à saúde, inseridos no ODS 3, e possíveis interfaces com questões de gênero relacionadas ao ODS 5. Para tanto, fizemos entrevistas que se iniciaram com o

levantamento do perfil dessas mulheres entrevistadas conforme “Roteiro da entrevista semiestruturada” (Apêndice D), de uso exclusivo das entrevistadoras, com a finalidade de apoiar a identificação, a organização da transcrição do conteúdo das entrevistas, a memória das pesquisadoras e a análise dos dados.

Com relação às questões voltadas para explorar os objetivos do estudo, optamos pelo modelo semiestruturado que, segundo Minayo(25), permite ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada. Destaque-se que algumas questões básicas iniciais foram complementadas por outras inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista, conforme previsto por Manzini(26). Dispusemos, então, de roteiro previamente elaborado (Apêndice D) que, além de coletar as informações iniciais, funcionaram como instrumento para nossa organização, para o processo de interação com as informantes(27) e para obtenção de informações utilizadas na análise qualitativa.

Figura 4: Visita à Cidade Estrutural



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 5: Reunião no Coletivo da Cidade



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 6: Conhecendo as Marias Costura



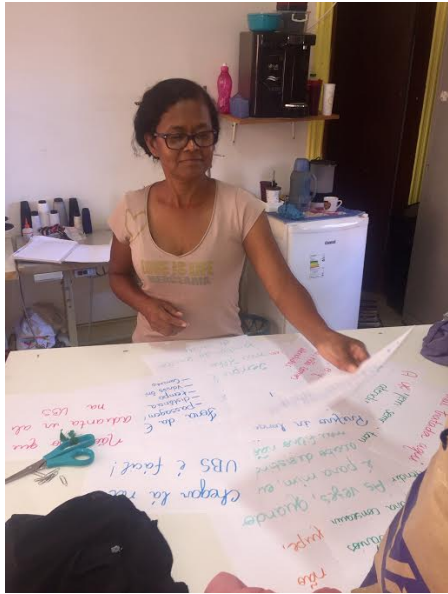
Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 7: Aplicação da pesquisa



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 8: Oficina com as Marias Costura



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 9: Oficina com as Marias Costura



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 10. Oficina com as Marias Costura



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

Figura 11. Oficina com as Marias Costura



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2019

5.5 Análise de dados

As informações coletadas foram analisadas com base na análise de conteúdo, técnica metodológica utilizada em pesquisas qualitativas que tem como características a objetividade, a sistematização e a inferência. Bardin(28) define a análise de conteúdo como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Dessa forma, os dados coletados a partir da entrevista semiestruturada seguiram as fases de análise propostas por Bardin(28) (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados). Foram realizadas as seguintes etapas para categorização dos dados: leitura da transcrição das entrevistas gravadas para organização das ideias; organização das informações; seleção das unidades de registro; interpretação e classificação; e separação em categorias.

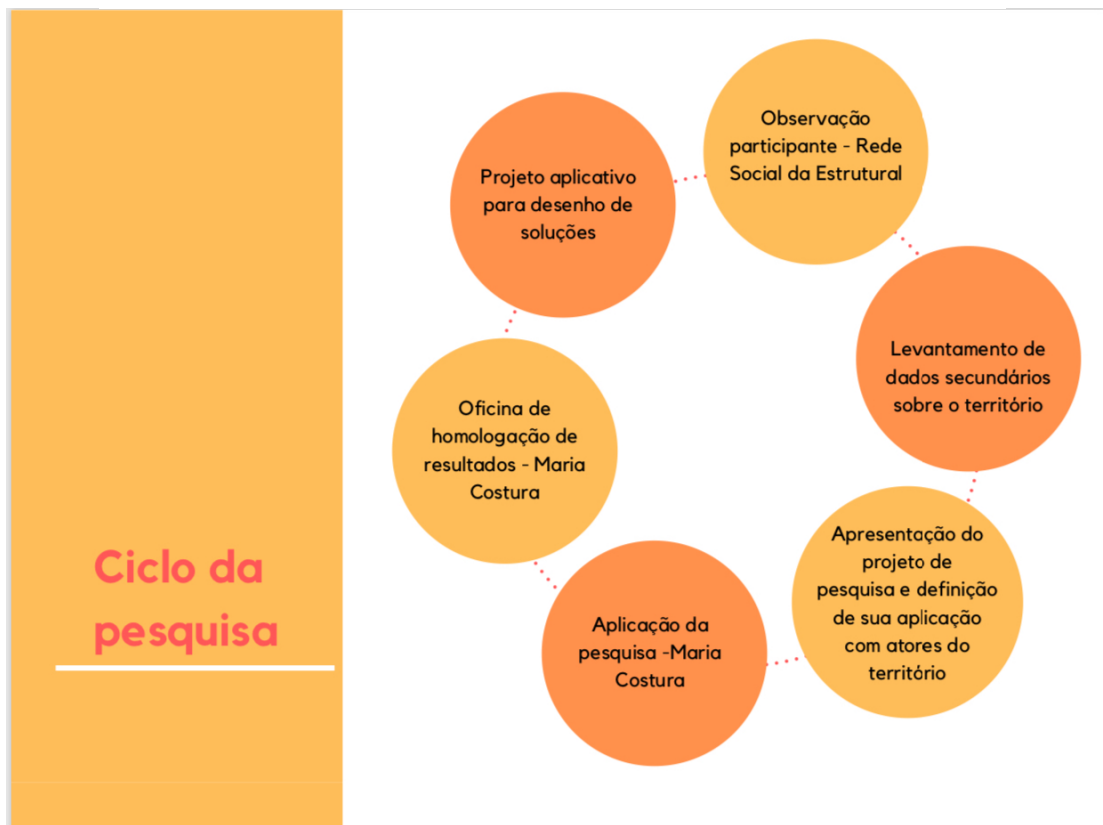
Essas etapas nos possibilitaram compreender melhor o discurso das participantes e extrair os conteúdos que mais se destacaram em suas falas. Dessa forma, serviram de marcadores para análise do material coletado que representa o conteúdo das entrevistas que foram analisadas a fim de encontrar os resultados da pesquisa.

Observando os princípios da pesquisa participante, após elaboração de nossa proposta inicial de categorização do conteúdo e de análise, retornamos ao território e realizamos oficina com seis participantes do estudo para homologação das categorias e dos principais achados a partir da análise. Em seguida, contrastamos os resultados a que chegamos na oficina com a nossa proposta inicial. As divergências foram discutidas e esclarecemos que elas são provenientes de interpretações distintas dos dados. Esclarecemos que não há visão/categorização certa e errada, mas que a que deve ser levada adiante é a das Marias Costura, tendo em vista os objetivos do estudo. Esses dados serão apresentados na versão final deste estudo devido ao exíguo prazo entre a realização dessa oficina e a entrega desta versão da pesquisa.

5.6 O ciclo participante da pesquisa

Compreendendo, a partir da literatura, que não há um modelo único de pesquisa participante, o estudo pode ser esquematizado no seguinte ciclo: observação participante em reunião da Rede Social da Estrutural - com vistas a compreender sua dinâmica e como a pauta da saúde é abordada (Apêndice C); levantamento e estudo de dados secundários sobre o território, sobre a população e sobre a infraestrutura da Estrutural; apresentação do projeto de pesquisa e definição de sua aplicação com atores do território; aplicação da pesquisa; homologação das categorias e dos principais achados preliminares de pesquisa por meio de oficina de caráter educativo com as Marias Costura; e elaboração de projeto aplicativo para realização de oficina de desenho de possíveis soluções para os problemas destacados no estudo com a participação das Marias Costura, da Rede Social da Estrutural e de trabalhadores da área da saúde na Cidade.

Figura 12: Ciclo participante da pesquisa



Fonte: Autoras

6 RESULTADOS

Nesta seção, apresentaremos uma breve descrição do processo de categorização e de análise dos dados, os resultados do estudo e a discussão relacionada.

6.1 VIDA E ACESSO SÃO CONCEITOS MULTIFACETADOS

A classificação dos dados foi estruturada em cinco categorias utilizadas para descrever a adequação entre as usuárias e o sistema de cuidados de saúde de acordo com Giovanella e Fleury(13), conforme já apresentado anteriormente: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Incluímos, ainda, a categoria gênero e vida social pelo fato de as desigualdades relacionadas a ela serem estruturantes na Cidade Estrutural.

Além dessas categorias mencionadas, esta seção é dedicada à apresentação do perfil das Marias Costura.

Quadro 1. Dimensões do acesso de acordo com as Marias Costura

Dimensão do acesso	Marias Costura dizem...
Acessibilidade	"Eu vou a pé quando eu tô passando mal. Demoro uns 15 minutinhos pra chegar lá." (Maria dos Passos)
Disponibilidade	"...a gente procura saúde não tem. A gente procura um médico e não tem." (Maria dos Remédios)
Adequação funcional	"Pra marcar consulta, tem que chegar cedão, de madrugada ainda no escuro ainda." (Maria dos Remédios)
Aceitabilidade	"Minha filha, tu acredita que eu peço a Deus todo dia que, quando for pra mim morrer, Deus me mata de uma vez...puf! Que é pra mim não viver sendo tratada igual cachorro. [...] tô te dizendo que eu peço a Deus todo dia: quando for pra eu morrer, me leva logo, não me deixa ficar doente não! Que seu eu ficar doente, eu vou morrer mais ligeiro ou então, eu não vou ver nem o vulto de Deus."(Maria Vitória)
Capacidade financeira	"Estou juntando dinheiro pra fazer os exames pra ver o grau do glaucoma e, às vezes, aparece alguma pessoa que ajuda, que abre as portas..."(Maria das Graças)
Gênero e vida social	"Aí, o que eu eu fiz: arrumei tudo, deixei a janta pronta, e ajeitei as coisas tudo, e me mandei pra lá. Passei a noite lá no hospital." (Maria Vitória)

Seguindo esse propósito, justificamos a escrita deste trabalho em primeira pessoa do plural: desejamos que as nossas vozes enquanto pesquisadoras - que nos dispusemos a ir ao território para além do observar; que optamos por estabelecer vínculos e assumir responsabilidades perante dados vivos; que escolhemos nos aproximar do sertão(29) de cada uma dessas Marias; que nos propusemos a reconhecer suas lutas como objeto de estudo e a trazer reflexões sobre suas lutas por acesso à saúde para o ambiente acadêmico - também sejam ouvidas.

Os aspectos explorados dentro de cada categoria de análise foram selecionados a partir da frequência com que foram abordados pelas participantes da pesquisa. Assim, destacamos que os resultados apresentados constituem apenas uma possibilidade de olhar, um recorte dos dados de que dispomos, vislumbres das vidas dessas Marias, e que o material se encontra disponível para estudos futuros que possam contemplar outras análises, igualmente válidas, mas às quais não pudemos nos dedicar nesta oportunidade.

É válido registrar a percepção ubíqua de que as dimensões do acesso aqui estudadas são multifacetadas, razão pela qual nos ressentimos da necessidade de enquadramento da vida em categorias que resumem conceitos. A história, a luta, a dor dessas mulheres constituem fluxos e teias permeados por diversas *nuances* de que esta pesquisa sequer suspeita e jamais poderia alcançar.

Nesse sentido, assumimos que as propostas de categorização apresentadas, bem como os elementos discutidos em cada uma delas divergem de outros estudos que tivemos a oportunidade de conhecer. Portanto, outras propostas de estruturação dos resultados seriam também pertinentes. Da mesma forma, tivemos que fazer escolhas a respeito de que vozes destacar em cada momento, mas essas vozes não são estanques, não representam um único momento, pois há simultaneidade em cada um deles.

Ainda nessa linha, destacamos que a Agenda 2030 também permeia todos os critérios de análise deste estudo, na medida em que a ideia de qualidade nos serviços de saúde se relaciona, por exemplo, a quais serviços estão disponíveis à usuária, a que distância, em quanto tempo, a que preço e de que forma.

6.2 Quem são as Marias Costura?

A maior parte das Marias Costura que participaram da pesquisa são residentes do Setor Leste, embora o estudo tenha contado com mulheres de todos os setores residenciais da

Cidade Estrutural: Norte (2 mulheres); Leste (4 mulheres); Oeste (3 mulheres); e a Chácara Santa Luzia (2 mulheres). Esclarecemos que, após a realização do convite na forma apresentada na Metodologia, a adesão à pesquisa de acordo com o setor de moradia foi livre, sendo observado o critério de abrangência de todos os setores da Estrutural - para fins de representatividade - em um quantitativo mínimo de duas mulheres por setor.

Com relação à idade, a faixa etária predominante foi 40 a 49 anos (6 mulheres). Duas mulheres estão na faixa compreendida entre 30 e 39 anos, duas entre 50 e 59 anos e uma na faixa de 60 a 69 anos. Todas as Marias Costura estão, portanto, acima da idade média da Estrutural, que é de 26,3 anos(4).

No quesito tipo de moradia, a maior parte das mulheres informou possuir casa própria, já paga (9 mulheres) e, portanto, segue a tendência apresentada pela PDAD 2018 como condição predominante na Estrutural; uma pessoa mencionou pagar aluguel; e uma indicou a opção "outros", que não foi detalhada.

Sobre raça/cor, a pesquisa contou com participantes predominantemente pardas (5 mulheres), seguindo a tendência da Estrutural em que 61,8% dos moradores indicaram ser dessa raça/cor. Três Marias se declararam brancas e as outras três, pretas.

A respeito do estado civil, a maior parte das mulheres informou ser solteira (5 mulheres), alinhando-se à estimativa da PDAD 2018, segundo a qual a maior parte da população com 14 anos ou mais de idade se declararam solteiros (55,7%). Por um lado, percebemos mulheres separadas/divorciadas se declararem solteiras. Estimamos, portanto, que o número de solteiras seja inferior ao registrado, e que haja casos de separadas/divorciadas não registrados.

Por outro lado, também nos deparamos com situações de mulheres que se declararam casadas ou com união estável registrada em cartório e que já não viviam mais com seus maridos/companheiros, que estavam em processo de separação ou, ainda, que não sabiam ao certo como declarar seu estado civil no momento da aplicação da pesquisa em função de conflitos com seus parceiros. Assim, é possível que os casamentos e as uniões estáveis estejam superestimados. Ambas as situações revelam conflitos no âmbito conjugal dessas mulheres e, por conseguinte, indefinição sobre o estado civil.

Com relação à escolaridade, predomina entre as Marias Costura o ensino fundamental incompleto (5 mulheres); seguido do ensino médio completo (4 mulheres); do médio incompleto (1mulher); e do superior incompleto (1mulher). A predominância do ensino fundamental incompleto, seguida dos ensinos médio completo e incompleto é representativa da realidade da Estrutural. Há uma participante da pesquisa que informou ter nível superior

incompleto, enquadrando-se, portanto, nos 3,5% da população da Estrutural com mais de 25 anos de idade ou mais que apresentam esse nível de escolaridade. Uma mulher informou não "ter leitura", o que foi interpretado como não domínio das habilidades de leitura e de escrita. Nesse caso, há possibilidade de ela ser representante dos 6,4% com cinco anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever.

Todas as Marias Costura são mães. Elas têm, em média, três filhos cuja faixa etária média é de 18 anos, sendo que quatro delas tiveram aborto e sete não. Na última gravidez, dez das onze mulheres afirmaram ter feito pré-natal próximo ao local de residência. Nove Marias informaram ter, em média, dois dependentes de suas rendas de aproximadamente R\$ 710,00; sendo que seis delas recebem algum tipo de benefício, previdenciário (1 mulher) ou assistencial (5 mulheres).

Do total de onze mulheres, oito se consideram chefes de família e sete informaram não cuidar da saúde de nenhum membro da família.

6.3 Como elas se chamam?

Em observância a preceitos éticos, a identidade das Marias Costura foi mantida em sigilo. As Marias serão apresentadas por nomes compostos fictícios, escolhidos pelas pesquisadoras. Buscamos preservar a ideia de que todas se chamam "Maria" na vida real, portanto, o primeiro nome de todas permanece "Maria". Além disso, pretendemos transmitir com o nome "Maria" a conotação de que a história delas poderia ser a de qualquer uma de nós e de que, portanto, as "Marias" são inúmeras. De outra sorte, cada uma delas tem uma história distinta, uma luta singular que merece ser reconhecida e valorizada. Por essa razão, elegemos o segundo nome de acordo com elementos marcantes da narrativa apresentada por cada mulher.

Maria Vitória - Após dois anos e meio de trajetória no sistema de saúde, ela conseguiu uma cirurgia para o seu filho Vitória: Maria Vitória ajeitou tudo em casa, deixou a janta pronta, e foi dormir no banco da enfermaria feminina - lá onde as mulheres ganham neném - do Hospital Regional de Samambaia para conseguir o agendamento. No dia da aplicação da pesquisa, Maria Vitória tinha conseguido, após muita chateação, tirar os pontos do filho. Ela é ou não é uma vitoriosa?!

Maria dos Milagres - Ela tem mioma e pólipos no útero e uma indicação de cirurgia. Há dois anos, ela peregrina pelo sistema de saúde para fazer seus exames e a sua cirurgia. Maria dos milagres já foi ao serviço de saúde na Estrutural, no Gama, em Padre Bernardo (GO) e, até, no Maranhão, onde mora sua mãe que, diante do sofrimento da filha, a convidou para tentar a sorte lá no Nordeste. Maria dos Milagres não obteve sucesso em nenhuma de suas tentativas. Ela sente dor, sente incômodo e convive diariamente com sangramentos, mas já desistiu de procurar o serviço de saúde. Finalmente, ela entendeu que - em seu caso - só um milagre. Ela entendeu que: "não é a hora do Senhor ainda, não é a hora. Tudo é na hora do Senhor".

Maria dos Remédios - Cansada de sofrer com o descaso e com preconceito por sua idade avançada, ela tem trauma do serviço de saúde. Maria dos Remédios prefere tomar remédio caseiro, esses que as pessoas ensinam, a ir a uma UBS, onde querem que ela morra, pois velho não presta pra nada mesmo! Ela foi criada com essas garrafadinhas e vai nelas mesmo! É diabética e se trata maneirando mais nas comidas, nas massas, tomando um chazinho, comendo uma frutinha, vai levando a vida assim...cumprindo a sina que Deus lhe deu...

Maria da Anunciação - Maria da Anunciação tem cistos e nódulos nas mamas. Por essa razão, ela precisa ser acompanhada por ginecologista a cada seis meses. Ela até vinha sendo acompanhada, mas depois que a médica saiu do posto, no ano passado, ninguém veio substituí-la. Desde então, Maria tem de correr atrás de outros hospitais para suas prevenções. Ela aguarda o anúncio da chegada de uma nova ginecologista à UBS da Estrutural para que possa fazer seus exames preventivos como antes. Uma de suas filhas, **Maria da Anunciaçãozinha**, a quem ela transmitiu o legado de sua miséria(30), espera o anúncio do término das férias do seu Agente Comunitário de Saúde há uns cinco meses para se cadastrar e dar início ao pré-natal.

Maria do Amparo - É uma liderança no território. Participa do Maria Costura desde seu início e está sempre disposta a contar a história do projeto, cheia de orgulho, e a receber novas Marias e Joanas que tenham interesse em aprender a costurar, que já saibam, mas desejem participar dessa iniciativa ou simplesmente que queiram fazer desse espaço um local de compartilhamento de histórias, de anseios e de vidas.

Maria dos Passos - São incontáveis todos os passos que ela já seguiu e todos que ela já deu ao longo de 6 anos em busca de uma cirurgia no sistema de saúde. Estrutural; consulta; a pé;

Guará; pedido de exame; Taguatinga; exame; de ônibus; papel; Hospital de Base; de ambulância; HUB; posto; Hospital do Paranoá; de táxi; UPA; cirurgia; São Sebastião; Maranhão; e cirurgia são alguns dos passos que ela deu.

Maria das Graças - Da última vez que precisou do serviço de saúde, ela foi muito bem atendida, graças a Deus. Não tem do que reclamar. Ela descobriu um sério problema de vista e, agora, está juntando dinheiro para fazer uns exames que o médico passou. Às vezes, aparece uma pessoa que a ajuda, que abre as portas, e Maria das Graças é muito grata às pessoas de coração bom que sempre a ajudam.

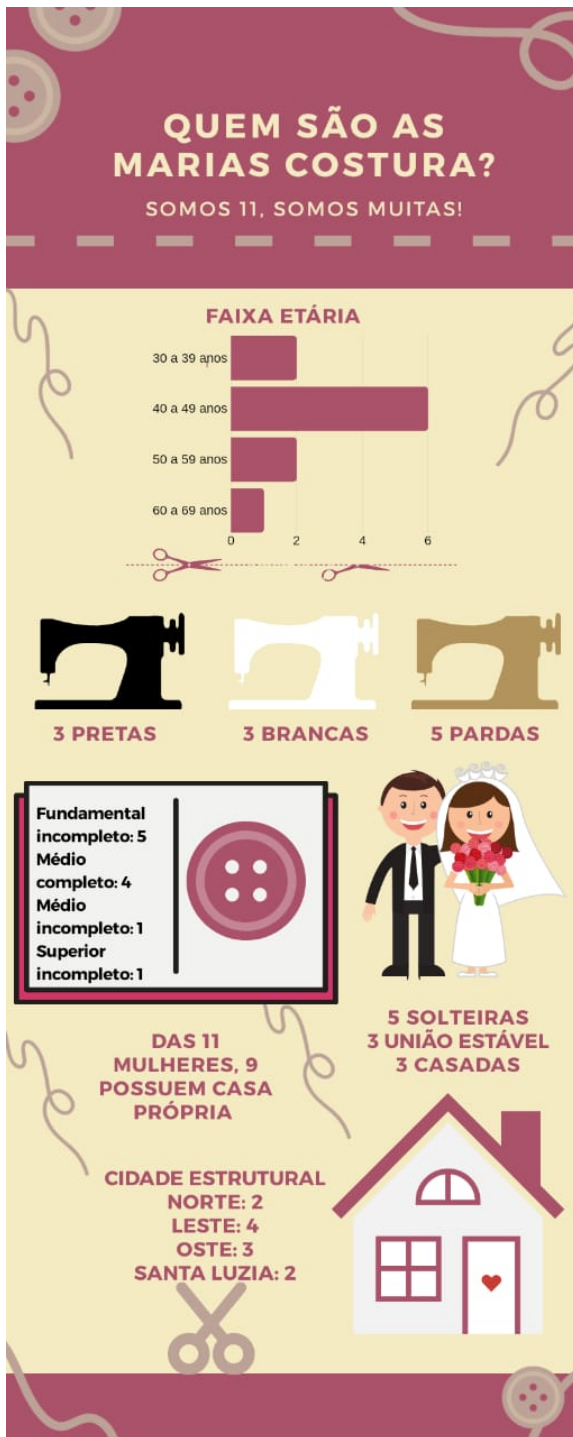
Maria dos Reclames - Quando se sente insatisfeita, ela já reclama logo! Na UBS, na ouvidoria, no Conselho, na Rede, onde quer que seja. Ela sabe que a resposta, quando vem, dificilmente é favorável para o povo. Ela sabe que eles dão uma explicação aqui outra lá, e que dificilmente resolvem, mas mesmo assim ela reclama, ela sabe que é nesses espaços que se busca ter voz.

Maria Clara - Ela tem claro em sua mente o que fazer quando, por exemplo, um funcionário se nega prestar-lhe informações: pegar seu nome e sua matrícula para ligar na Ouvidoria e na Corregedoria do GDF se for necessário. Ela sabe o horário de funcionamento da UBS, os dias de agendamento de consultas com sua equipe e tem clareza de que não precisa ir muito ao serviço de saúde já que não tem nenhuma doença crônica tipo diabetes ou hipertensão.

Maria Aparecida - Para ela, a atual conjuntura dos serviços de saúde na Estrutural não faz a menor diferença porque ela não usa: ela não adoece! Todo ano, ela aparece no Maranhão, onde nasceu, e faz todos os atendimentos de rotina. Lá, ela conhece todo mundo: o médico, o prefeito...Lá, ela não fica na fila. Lá, é tudo mais rápido. Lá, ela chega e já entra direto.

Maria Madalena - Parece que ela tem um problema grave no coração. Parece, pois ela ainda não conseguiu fazer os exames necessários para o diagnóstico preciso. Ela nem acreditou quando a médica disse que por pouco ela não teve um infarto. O cardiologista pediu uns exames, mas até hoje ela nunca foi chamada para fazê-los. Maria Madalena se sente culpada por nunca ter perguntado o preço desses exames para tentar fazê-los. Ela sabe que não tem nenhum exame que custe duzentos, trezentos reais...

Infográfico 1. Perfil das Marias Costura



Fonte: Autoras

Infográfico 2. Perfil das Marias Costura



Fonte: Autoras

6.4 Análise por categorias

A seguir, analisaremos o conteúdo dos dados coletados.

6.4.1 “Eu vou a pé quando eu tô passando mal. Demoro uns 15 minutinhos pra chegar lá.”

(Maria dos Passos)

Quando convidadas a relembrar a última vez que buscaram atendimento no serviço de saúde, a maior parte das Marias Costura (dez das onze mulheres) informaram que procuraram o serviço na própria Cidade Estrutural e que assim costumam fazer quando têm necessidades de saúde. A Estrutural conta com duas Unidades Básicas de Saúde, ambas localizadas no Setor Central. Para chegar até a UBS, a maior parte das mulheres vai a pé e demora, em média, quinze minutos a depender do setor da Região Administrativa em que residem.

(Maria Vitória) Eu fui a pé com o meu filho. Igual ele tava andando devagar [devido à cirurgia] demora mais um pouco, né? Porque é meio longe, né? Que nós mora lá no Setor Norte e o posto é aqui na entrada...demora mais ou menos uma meia hora, vinte e cinco minutos.

(Maria dos Remédios) **Eu vou a pé.** Eu ando essa Estrutural toda a pé. [...] Ah, **demora uns 10 minutos** [para chegar à UBS). Eu ando a Estrutural toda a pé. Aqui também não é tão grande assim. E eu gosto de andar é a pé. Eu acho que faz bem pra saúde, né?!

(Maria dos Passos) Eu vou a pé quando eu tô passando mal. Demoro uns 15 minutinhos pra chegar lá.

(Maria dos Reclames) Pra mim, menos de 10 minutos. É pertinho. Eu moro no início do Setor Leste e o posto fica no Setor Central, na entrada. Então, pra mim é tranquilo essa questão de distância, de movimentação.

(Maria Madalena) Eu moro bem pertinho do posto. Eu vou a pé, acho que não dá nem 10 minutos. É pertinho, muito perto.

(Maria Clara) É fácil pra mim chegar lá. Vou a pé.

Ramos e Lima(31) nos ensinam que a forma de deslocamento da usuária do sistema de saúde é fator que facilita ou dificulta o seu acesso. Por meio das falas destacadas acima, percebemos que - de maneira geral - as Marias Costura consideram simples o deslocamento

de suas residências até à UBS tanto com relação à distância que devem percorrer quanto ao tempo que gastam no percurso.

O tempo máximo gasto para o deslocamento casa-UBS a pé foi de 25-30 minutos (Maria Vitória), que está dentro da margem considerada aceitável para a usuária se deslocar da sua residência ao serviço de saúde: 5-35 minutos. Admite-se que, em uma caminhada de 5km/h, 15 minutos seriam razoáveis para percorrer 800 metros, considerando que o paciente em busca de atendimento, com sua saúde debilitada, não caminha a 5km/h, velocidade considerada rápida(32)(33).

Na Estrutural, portanto, a dimensão geográfica não constitui barreira de acesso dessas mulheres ao serviço de saúde, visto que a oferta está localizada a breves distâncias de seus domicílios, o que torna o percurso prático e econômico para essas mulheres, que não dispõem de muitos recursos. Além dessa forma principal de locomoção, que dispensa o uso de meios de transporte, duas mulheres mencionaram a bicicleta como alternativa para chegar ao serviço de saúde.

O aspecto geográfico se torna uma questão mais complexa quando o acesso ao serviço de saúde ou a continuidade do cuidado requerem deslocamento dessas mulheres para Regiões Administrativas do Distrito Federal que implicam em maior distância física a ser percorrida, a exemplo do Núcleo Bandeirante, do Guará, de Taguatinga e da Asa Norte entre outras. Nesses casos, os ônibus se tornam o principal meio de transporte e evidenciam outras variáveis como a distância, o dispêndio com passagens, o tempo de viagem e a necessidade de pegarem múltiplas linhas de ônibus para chegarem ao serviço de saúde, além de casos de desconhecimento de como chegar ao destino:

(Maria dos Passos) [...] Agora, quando é mais distante, aí eu vou de ônibus. As passagens caras também, tem que pegar dois, três ônibus. Aí, no caso, são quatro passagens: duas pra Rodoviária, sempre tem que pegar ônibus pra Rodoviária. Na Rodoviária que tem as outras linhas, né? Então, são quatro passagens quando é na Asa Norte, que agora mudou, né, os ônibus agora...São integração, né? E aí a integração só é três horas e só é em uma direção e no cartão cidadão agora. Ontem, eu fui fazer o cartão, e aí eu perguntei, e o rapaz foi e falou que a integração, se eu for pra Taguatinga, eu tenho que pegar essa integração só no rumo de Taguatinga. E eu tenho só até três horas pra eu fazer a integração. Eu vou daqui pra lá com integração e, se passar de três horas, eu tenho que pagar outra passagem. Eu acho um absurdo isso! É bem complicado mesmo.

(Maria Madalena) Pra ir pro Bandeirante, eu peguei o ônibus, foi complicado chegar lá, foi muito difícil, mas aí minha filha tem um aplicativo, né, foi rapidinho. Eu consegui ir com ela, mas se eu tivesse ido só, eu não teria encontrado. Fomos de ônibus. Nem sei quanto que dá a passagem daqui pra lá porque eu paguei com meu cartão estudantil e ela também, mas a gente pegou o de R\$ 3,50. Dá R\$ 14,00 pra cada, né? Se a gente fosse pagar porque é R\$ 3,50 pra ir; R\$ 3,50 pra voltar...porque daqui eu fui pro Guará, dava mais do que R\$ 14,00, né...tirar do bolso...

(Maria Vitória) [...] Eu não paguei nada [na última vez que acessou o sistema de saúde], só que eu tinha que pagar a passagem, né?! Não paguei, mas paguei, porque tem que pagar passagem, e caro porque era o meu e o dele [do filho], né? R\$ 28,00 e sem comer nada!

(Maria Clara) [...] Eu procurei pediatra no posto de saúde e naquele dia não teve. Então, tive que ir para o HRAN e aí eu gastei dinheiro pra me locomover até lá.

Em situações emergenciais, uma Maria Costura mencionou ter feito uso de táxi para chegar ao serviço de saúde:

(Maria dos Passos) Aí, no HUB, eu passei mal. Mas, mesmo assim, depois eu paguei um táxi - o último dinheiro que eu tinha - eu tava morrendo mesmo! Aí, o taxista me levou. Fui de táxi pra UPA.

Em estudo sobre acesso à internação hospitalar no Brasil, Oliveira *et al*(34) concluíram que a distância representa importante barreira de acesso aos mais pobres, que nem sempre podem assumir os custos financeiros do deslocamento. Destaque-se que, embora algumas participantes da pesquisa tenham se referido aos elevados custos das passagens de ônibus, nenhuma mencionou ter deixado de comparecer ao serviço de saúde por não poderem assumir as despesas oriundas de locomoção. Esse fato reforça a conclusão já apresentada na seção referente à capacidade financeira de que a mera expectativa de acesso - mesmo que do outro lado da cidade - faz com que essas mulheres efetuem os desembolsos necessários com transporte, mesmo que isso implique em abdicar de outras necessidades também prementes.

Ramos e Lima(31) nos alertam que a ideia de acesso "ultrapassa a presença física dos recursos". A mera existência do serviço nas proximidades dos domicílios das usuárias não é suficiente para fazê-las buscá-lo. Além disso, experiências prévias negativas, descrença na resolutividade do serviço ou até mesmo na possibilidade de conseguir acesso podem levar a usuária a buscar atendimento em outras unidades, por mais que haja necessidade de deslocamento maior, mais demorado e mais oneroso.

Apesar de dispor de serviço de saúde próximo à sua residência, Maria do Amparo, por exemplo, sempre prefere ir ao HRAN, situado a 15 quilômetros da Estrutural, por ali ter a garantia de que será atendida:

(Maria do Amparo) Eu vou direto no HRAN porque sei que, de madrugada, o atendimento é rápido. Sei que durante o dia é mais difícil, então eu espero até 00h.

(Maria do Amparo) Normalmente, vou de ônibus. Mas, na última vez, eu fui de carro. Meu esposo me levou. De carro, leva 15 minutos.

Situação semelhante ocorre com Maria Aparecida, que prefere não recorrer ao serviço de saúde na Estrutural. Para realizar seus exames preventivos, ela viaja todo ano para sua terra natal:

(Maria Aparecida) Agora, eu faço preventivo todo o ano lá no Maranhão porque lá eu conheço a médica e todo mundo. E lá eu fico mais à vontade. Eu sempre vou no médico lá no Maranhão, eu vou para lá sempre. [...] Eu conheço o médico, o prefeito e chego lá e não fico na fila. Lá é tudo mais rápido. Eu chego lá e já entro direto. [...] Eu, que não tenho leitura, como encontro algo que é mais fácil, eu pego e vou pra lá. No Maranhão, eu tenho casa e consigo resolver tudo. Aqui, pra mim é mais difícil pra conseguir atendimento.

Reparemos que Maria Aparecida, a despeito de residir no Distrito Federal, ainda mantém vínculo com o serviço de saúde no Maranhão, o que evidencia relação entre as perspectivas geográfica e funcional do acesso(31). Por meio dos argumentos usados para justificar o uso do serviço na capital nordestina, percebemos clara facilidade de acesso naquela localidade. Maria Aparecida introduz ao debate, ainda, a relação entre sua baixa escolaridade e a dificuldade de acesso.

6.4.2 "...a gente procura saúde não tem. A gente procura um médico e não tem."

(Maria dos Remédios)

Para Giovanella e Fleury(13), a disponibilidade é percebida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. Nessa mesma linha, Assis e Jesus(35) esclarecem que a disponibilidade se caracteriza, portanto, por todos os fatores de um serviço específico que estejam ao alcance do usuário.

Conforme abordado na seção dedicada ao critério de acessibilidade, a maior parte das Marias Costura - quando têm uma necessidade - costuma buscar o serviço de saúde na própria Estrutural, que conta com duas Unidades Básicas de Saúde. As Marias Costura identificam, entretanto, que o serviço de saúde estabelecido na Estrutural não apresenta resolutividade para parte de suas necessidades por falta de insumos, de recursos humanos, de manutenção nos equipamentos e por conta de deficiências em outros níveis de complexidade do sistema, que terminam sendo buscados pelas usuárias como alternativa à atenção primária:

(Maria das Graças) O atendimento aqui na Estrutural é bem basicozinho, porque eles mandam pra onde tem atendimento [...] Tem muitas coisas que aqui não é feita. O atendimento aqui é mais pra fazer exame de sangue, fezes, urina...essas coisas mais básicas. E quando a coisa fica pior, mais grave, eles encaminham a gente para os hospitais. Aqui não tem todos os atendimentos, mas eles facilitam quando encaminham. E, às vezes, a consulta é marcada aqui mas a gente é atendido em outro lugar.

(Maria das Graças) Procuo o posto de saúde da Estrutural mesmo [quando tem uma necessidade de saúde], que não resolve muito o nosso problema. A demanda é muito grande, todo mundo sabe.

(Maria do Amparo) Quando eu descobri que tinha endometriose, foi logo depois da perda [aborto], e fiquei muito tempo sangrando. Nessa época, eu fui várias vezes na unidade de saúde e não consegui atendimento.

(Maria dos Remédios) Aí, ela [a enfermeira] disse:

- Ah, eu vou falar ali com a médica. Como é que você vai tomar um remédio...

Digo:

- Ah, eu vou procurar um farmacêutico porque a gente procura saúde...[...] Eu sei que é errado, mas a gente procura saúde não tem. A gente procura um médico, e não tem.

(Maria Clara) Eu procurei pediatra no posto de saúde e naquele dia não teve.

(Maria da Anunciação) Eu tava tendo acompanhamento com a ginecologista [...] só que ela foi embora ano passado. Ela não está mais aqui no posto e não colocaram ninguém no lugar dela até agora [...]

(Maria dos Reclames) Dentista é muito pouco! Acho que são cinco pra toda a Estrutural. E, às vezes, o aparelho está quebrado. Aí, eles não ligam avisando. Você chega lá e o aparelho não está funcionando.

Nessa mesma perspectiva, em estudo sobre elementos que influenciam o acesso à atenção primária, Lima *et al.*(36) se deparam com a oferta insuficiente de médicos e de outros profissionais na atenção primária para a demanda existente. Os autores argumentam que esse problema resulta em aumento do tempo de espera para a população conseguir atendimento, e muitas vezes em baixa qualidade da consulta em relação às necessidades/expectativas do paciente.

Além dos aspectos apresentados no parágrafo anterior, as mulheres relatam que, nem sempre, as outras unidades de atendimento para onde são encaminhadas dispõem de recursos para responderem às suas necessidades:

(Maria dos Reclames) A última vez mesmo que fui [ao serviço de saúde] foi pro meu filho. Ele estava com dengue e aí, foi complicado pra fazer o exame no Guará: não tem médico, não tem reagente pra fazer o exame...Aqui [na Estrutural] a gente faz o primeiro atendimento e eles encaminham pra fazer o exame no hospital.

(Maria dos Remédios) Aí, passa um exame, você vai num lugar, vai no outro...Se você não tiver, dependendo do exame, você tem que fazer particular porque o Governo só tá oferecendo um exame, esses simples mesmo: de sangue, de urina e de

fezes. Aí, faz mais rápido um pouco, mas outro exame mais minucioso você não faz! É uma demora, é com quase um ano. Uma vez faz, outra vez não faz...

Essa indisponibilidade de serviços - tanto na Estrutural quanto em outros pontos do Distrito Federal - resulta em deslocamentos que costumam fluxos ao longo da rede em busca de atendimento. Esse é o caso, por exemplo, de Maria Clara e de Maria dos Passos:

(Maria Clara) [...] porém, na última vez que precisei com o meu filho, eu não fui atendida no HRAN, no HRT e fui no Hospital de Ceilândia e nenhum eu fui atendida.

(Maria dos Passos): [...] Ia pro Guará, ia pra Taguatinga, ia pro HRAN...Só uma vez que eu fui de ambulância, que eu tava muito mal mesmo! Eu desmaiei na rua. Aí, eles me levaram, mas as outras vezes eu fui de ônibus: pra Taguatinga, pra UPA...Teve uma vez que eu fui pra São Sebastião. Daqui pra São Sebastião, andei...fui em Taguatinga, fui no HRAN, fui no Base, fui no Guará, aí o último fui no HUB, aí foi um absurdo isso! E aí, como eu não tinha dinheiro [para um acompanhante], eu andei tudo só! Aí, no HUB, eu passei mal. Mas, mesmo assim, depois eu paguei um táxi, o último dinheiro que eu tinha...Eu tava morrendo mesmo! Aí, o taxista me levou. Fui de táxi pra UPA porque eles tavam no sistema, aí o rapaz lá no HUB olhou no sistema e falou:

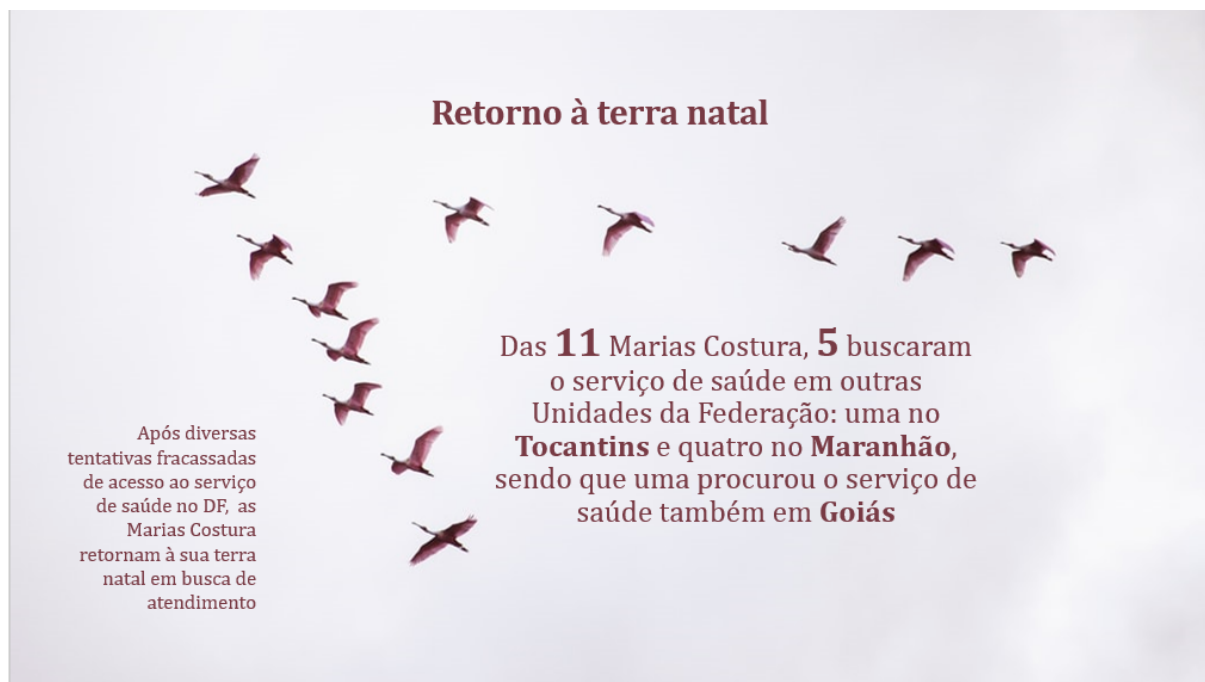
- Olha, tem atendimento na UPA. É em São Sebastião. Aí, eu fui. [...] Passei quatro dias internada na UPA. Depois, fui transferida pro Hospital do Paranoá. Passei 15 dias lá, aí era pra fazer cirurgia. Depois não!

- Ah, você melhorou, então vai pra casa!
Aí, não fiz. Passei 6 anos nessa luta, aí eu tive que ir pro Nordeste fazer lá [a cirurgia].

Reiteramos que, assim como outras categorias de análise e outros aspectos abordados, esses deslocamentos são multifacetados e, portanto, não devem ser percebidos apenas sob a ótica de uma única dimensão: eles são resultantes de vertentes geográficas, econômicas e organizacionais. Porém, os fluxos que esses deslocamentos traçam guardam em comum o desgaste emocional das Marias Costura, que realizam esses percursos por esperança, por mera expectativa de atendimento, que termina sendo frequentemente frustrada.

Alguns desses fluxos são deveras complexos e envolvem, inclusive, a busca por atendimento em outras Unidades da Federação. Das onze Marias Costura participantes da pesquisa, cinco relataram ter buscado o serviço de saúde em outras Unidades da Federação: uma no Tocantins e quatro no Maranhão após diversas tentativas fracassadas no DF, sendo que uma procurou o serviço de saúde também em Goiás. Como mencionado anteriormente, são diversas as razões que levam essas mulheres a procurar atendimento em outros estados, inclusive no Maranhão, cuja distância implica em amplo deslocamento e requer disponibilidade de recursos financeiros.

Figura 13. Deslocamentos das Marias Costura para outras Unidades da Federação em busca de acesso



Fonte: Autoras

Embora o local de origem das Marias Costura não tenha sido objeto de análise, dados da PDAD 2018(4) indicaram que o Maranhão é o segundo estado mais reportado no critério de procedência da população da Estrutural. Além disso, entre as mulheres que relataram ter viajado para o Maranhão em busca de atendimento, houve casos de mulheres que relataram já ter morado naquele estado e outras que ainda têm familiares na referida localidade. Essas informações nos permitem levantar a hipótese de que as Marias Costura que buscaram acesso ao serviço de saúde no Maranhão o fizeram em retorno à sua terra natal:

(Maria dos Milagres) Aí, assim, eu tava já com mioma, tinha que passar por uma cirurgia, mas acabou que eu nem fiz essa cirurgia. Aí, o que que eu fiz: eu tive que me deslocar daqui, eu fui lá pro Maranhão tentar a cirurgia e não consegui ainda. [...] Como minha mãe disse que lá [no Maranhão] era mais fácil, aí eu fui pra lá. Aí, eu resolvi. Fiz todos os exames lá, tudinho direitinho. Assim, foi também um pouco melhor do que aqui [na Estrutural]. Tem coisas que é mais rápido lá. Mas, assim, já a cirurgia não funcionou porque tinha um aparelho lá, o aparelho quebrou também. Mas também, eu entendi depois, eu digo: não é a hora ainda do Senhor, não é a hora. É tudo na hora do Senhor!

(Maria Madalena) Eu viajei pro Maranhão em janeiro, e lá eu me consultei com o médico [...].

(Maria dos Passos) Passei 6 anos nessa luta. Aí, eu tive que ir pro Nordeste [para o Maranhão] fazer lá. Tava quase virando câncer. Aí, o médico falou:

- Você tem que se virar! Não tem mais como!

Aí, eu fui e fiz lá [no Maranhão]. Lá foi mais fácil porque lá tem o hospital do estado, aí, como eu morava lá e vim embora pra cá, aí tinha tipo um socorrão, em várias cidades e, aí, foi bem legal lá!

Os limites desta pesquisa não permitem que conheçamos todas essas variáveis, mas há indícios de que a disponibilidade de serviços que atendessem às necessidades dessas mulheres e a crença na resolutividade desses serviços levariam as Marias Costura a reconsiderar dispor de seu restrito orçamento, de sua rotina familiar ou de suas férias para buscar atendimento no Nordeste.

Lima *et al.*(36) apontam, ainda, a falta de Agentes Comunitários de Saúde em equipes de saúde da família como aspecto que gera desigualdade de acesso dos usuários dentro do território. De maneira semelhante, Maria das Graças nos traz essa desigualdade na Estrutural ao revelar que:

(Maria das Graças) Tem setores aqui na Estrutural - a gente mora aqui e fica sabendo - que não têm esse mesmo atendimento, tem setor que nem tem agente comunitário.

6.4.3 “Pra marcar consulta, tem que chegar cedão, de madrugada ainda, no escuro ainda”

(Maria dos Remédios)

O acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade está compreendido na meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ramos e Lima(31) reconhecem a importância do conhecimento da percepção do usuário a respeito do serviço a ele prestado como uma possibilidade para repensar as práticas profissionais, a organização dos serviços de forma a aperfeiçoá-los.

Segundo Giovanella e Fleury(13), o critério de acomodação é definido como a "relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos".

Perceber a conveniência na maneira como a oferta está organizada e a ele se acomodar é um critério que pode ser diretamente relacionado à percepção da usuária com relação à qualidade do serviço prestado. Assim, por um lado, a possibilidade de a usuária se adequar à maneira como o serviço é ofertado pode indicar que, para ela, o serviço é de

qualidade. Por outro lado, seguindo o mesmo raciocínio, a dificuldade de adequação à forma de organização do serviço ofertado pode representar - para a usuária - baixa qualidade do serviço. De certo, a ideia de qualidade não se resume a esse aspecto aqui mencionado.

Do ponto de vista organizacional, Martins *et al.*(33) apontaram como potenciais dificultadores do acesso: o não atendimento no mesmo dia da marcação da consulta (tempo superior a sete dias entre os dois eventos), a existência de filas e a restrição de marcação de consultas a dias específicos. Este estudo corrobora esses três aspectos. Além desses, destacamos o condicionamento do agendamento de consultas ao contato com o Agente Comunitário de Saúde e a distribuição de senhas de atendimento. Vejamos:

(Maria Vitória) Ô, meu pai do céu! Aí, a gente tem que, muitas das vezes, madrugar, né?! [para agendar consultas] Tem que chegar bem cedo! Aí, a gente chega lá, por ordem de chegada, você pega a senha, chega lá cedo, é de 5 horas, 6 horas...Aí chega lá, pega a senha e aí que vai fazer. Só dão o tanto de senha que chama. Muitas das vezes, se a gente chegar mais tarde, aí não tem mais senha. Eles só dão aquele tanto. Se ele falar 'é seis', acabou! Não passa mais!

(Maria dos Milagres) Pra marcar a consulta, a gente tem que ir lá no Hospital de Base. [...] Quando chega lá, tem fila, aí tem que aguardar...

(Maria do Amparo) Aqui, tem que procurar o agente de saúde porque é só ela que marca [consulta]. Se eu chegar na unidade e se minha agente não tiver eu não consigo. Tem um dia pra agendamento. No caso, pra mim que estou procurando atendimento com ginecologista, é na quinta-feira, mas só a agente consegue marcar. Dessa forma não atende porque acaba demorando.

(Maria das Graças) Aqui, eu acordo mais cedo porque tem fila [para agendar consulta]. Também tem o agente comunitário que visita a nossa casa porque tem coisas que não precisa ir até o hospital. E os agentes já ajuda, tem uma orientação em casa. Tem dias e horários [o atendimento]. Às vezes, é na terça, às vezes é na quinta, às vezes é na segunda. Eles mudam porque não fica sempre no mesmo horário e aí, quando tem essa mudança, o agente avisa a gente.

(Maria dos Reclames) Tem que ir cedo. Às vezes, eu apelo pra agente de saúde. Se ela puder adiantar alguma coisa, agendar, ela faz. Mas agora, por conta da agenda aberta, temos que ir cedo e aguardar a vaga. Se for o caso de conseguir um encaixe, então tem que chegar cedo e esperar e torcer que tenha o número de vagas suficientes naquele dia. A marcação não está tendo mais, tem que ficar na fila. Agendamento acho que só para pré-natal, consulta pra bebê. E, no caso, como eu sou hipertensa, eu tenho acompanhamento a cada seis meses, que é só a troca de receita e avaliar como está a medicação e alimentação. Essa marcação sim é feita. Mas se for o caso de emergência tem que ir pra fila.

(Maria dos Remédios) Eu marco consulta aqui, mas é uma luta pra marcar. [...] Pra marcar consulta, tem que chegar cedo, de madrugada ainda, no escuro ainda. Pega uma fila. Não tem negócio de preferencial, não tem nada. [...] Teve uma época que marcava. Você ia com consulta e lá já marcava. Dava um prazo de 6 meses ou 7 já marcava a próxima consulta. Devia ser assim, mas não é!

(Maria Madalena) Só que foi rápida a consulta, foi questão assim...acho que não foi 15 dias, uns 10 dias me chamaram...uns 8 dias, rapidão!

Reparemos que Maria dos Remédios sente saudade de uma época em que o espaço de tempo entre a consulta inicial - oportunidade em que a próxima consulta já era agendada - e a segunda consulta variava de seis a sete meses. Nessa mesma linha, Maria Madalena considera rápido um período de cerca de dez dias entre a ida à UBS e o atendimento em consulta especializada em Região Administrativa próxima. Destaque-se que, em estudo sobre acesso aos serviços de atenção primária por adolescentes e jovens na Bahia, Martins *et al.*(33) apontam que tempo superior a sete dias entre a marcação e a consulta aumenta a chance de não efetivação do acesso.

No caso de Maria dos Reclames, que realiza acompanhamento a cada seis meses para troca de receita e avaliação de rotina, Ramos e Lima(31) comentam situação similar em que solução alternativa foi encontrada por uma unidade de saúde em Porto Alegre/RS: concentrar a demanda de troca de receitas ao final das consultas do dia, dispensando a marcação de novas consultas para essa finalidade.

De modo semelhante à espera por consultas, as Marias Costura destacam o longo período de espera para realização de exames e de cirurgias eletivas. Essa demora evidencia dificuldade da Atenção Básica de articular os diferentes serviços do sistema e de assegurar o fluxo das pessoas entre os níveis hierárquicos, o que prejudica a continuidade do cuidado:

(Maria dos Passos) Agora mesmo, estou precisando de um exame pra minha filha, já tem dois meses só pra marcar. Pra colocar no sistema foi um mês e, aí, agora já vai entrando pro segundo pra chamar. Eu também tô precisando também de uma cirurgia e já tem um mês que tá lá a requisição, o pedido médico, só pra marcar a avaliação com o cirurgião.

(Maria dos Remédios) [...] Porque é uma luta pra fazer, ó, ela passou esse exame, aí ficou quase 1 ano pra fazer esse exame, aí fiz, aí recebi já tem uns dois meses quase ou mais. Ainda não fui lá ainda pra levar pra ela ver.

(Maria Madalena) Eu já me consultei com o cardiologista e ele mandou eu fazer uns exames. Já tá no posto, mas até hoje eu nunca fui chamada. Já tem uns 3 meses.

(Maria dos Remédios) Uma vez, também, o meu filho teve problema de hérnia, ó, eu rodei tanto, mas tanto pra fazer essa cirurgia desse menino, mas eu rodei! Eu rodei! E ficou, e ficou pra fazer, ainda fui no HRAN, tinha uma pessoa lá que disse que ia falar com os médicos, uma conhecida lá, né?! Hoje em dia, se não tiver algum conhecimento...pra tudo...você não consegue nada. E aí, lutamos, lutamos. [...] a luta é grande, viu?! Eu passei foi quase um ano andando pro HRAN e me chateou bastante também, mas é assim mesmo.

No caso de Maria Madalena, percebe-se que, apesar de a usuária ter conseguido a consulta inicial com o especialista, em tempo que ela mesma considera rápido, ou seja,

adequado à sua necessidade (aproximadamente dez dias), ela ainda não conseguiu realizar os exames necessários ao diagnóstico e, por conseguinte, ao tratamento.

Com relação ao horário de funcionamento da UBS, houve manifestações no sentido de aprovação do horário estabelecido e de correspondência entre as necessidades das Marias Costura e a disponibilidade do serviço. Porém, para parte delas, é latente a necessidade de um serviço de saúde que funcione em horário estendido para atendimento a situações emergenciais ocorridas, essencialmente, no período noturno e aos finais de semana diante da ausência de outros níveis de atenção na Estrutural:

(Maria Aparecida) Funciona de 8h às 11h e 13h30 às 16h. Eu acho que o horário é bom.

(Maria dos Passos) O horário até que agora tá bem, das 8h até às 17h. Antes era bem mais complicado. Pra mim, sobre o horário não tem problema.

(Maria da Anunciação) O horário de funcionamento aqui da unidade é das 7h ou 7h30 da manhã até 17h30. Não é bom, porque antes ficava aberto até 00h00, e a gente chegava lá morrendo e eles atendiam. Só que agora acabou, não tem mais atendimento à noite e dia de sábado também não funciona.

Esses horários alternativos de atendimento são vistos, ainda, como uma oportunidade de pessoas que trabalham durante o dia também poderem acessar o serviço de saúde, visto que a falta ao trabalho para atendimento ou para agendamento pode representar prejuízos, inclusive de natureza econômica no trabalho:

(Maria dos Reclames) Geralmente, quando começam a atender é por volta de 8h ou 9h e às 11h já estão encerrando. Tem vezes que a farmácia não atende em um determinado período, por conta dessas questões de férias e falta de funcionário. Acho que não atende às necessidades porque, às vezes, acontece da gente precisar de algum atendimento...Antigamente, teve um período que ficou aberto à noite, 24h, e final de semana que facilitava pra quem tá trabalhando. Enfim, mas - no geral - não atende à necessidade. Não só minha como da comunidade, porque não tem atendimento.

(Maria Clara) [...] no meu caso, eu trabalho meio turno. A UBS atende, mas se eu trabalhasse o dia todo e retornasse às 6h ou 7h da noite, não me atenderia.

(Maria Madalena) Pra faltar trabalho tem que pagar. Quando você falta, você paga o outro turno [...].

Além da restrição do acesso, outra consequência dessa indisponibilidade do serviço à noite e aos finais de semana são deslocamentos que suscitam outras dimensões do acesso, a exemplo da acessibilidade, da capacidade financeira e outros, conforme abordado em outras seções.

Outro potencial dificultador do acesso das Marias Costura ao serviço de saúde - sobretudo em situações emergenciais - é a rigidez que a organização do serviço em equipes impõe sobre a rotina de atendimentos na UBS. Assim, embora as mulheres compreendam a dinâmica de funcionamento da Unidade a partir de equipes, saibam à qual delas pertencem, e conheçam os profissionais que dela fazem parte, discordam dos entraves estabelecidos ao atendimento devido a essa forma de organização:

(Maria Madalena) Quando eu chego no posto que a menina foi medir minha pressão, a minha equipe não tava atendendo, foi numa terça-feira. Eles não trabalham dia de terça. Eles têm reunião, eles não atendem ninguém. Trabalham, mas eles não atendem. Aí fui pra outra equipe, Equipe T, aqui do posto. Aí, também, a enfermeira não queria [atender]... Não foi fácil ir de uma equipe pra outra.

(Maria Madalena) [...] aqui [na Estrutural] é por equipe. Tem equipe R, S, T...se você não tá lá, ninguém de outra equipe pode te dar aquela informação. Só elas mesmo. Aí você tem que aguardar. Às vezes, você não fala nem com elas, às vezes elas não vêm. O dia que elas não trabalham é terça. Elas não tão lá na terça. Aí, se passar mal, tem que pedir pra alguém de outra equipe atender porque eles não atendem.

As falas de Maria Madalena deflagram o caráter real da crônica "Adoeci no dia errado"(37), que conta a história de Suelen, moradora do bairro de Santa Luzia, que passa mal em dia cujo atendimento no serviço de saúde da Estrutural é destinado a outras quadras e setores da cidade. Diante dessa restrição de acesso ao serviço de saúde, Suelen pede carona a um amigo e se direciona a outros hospitais do Distrito Federal em busca de atendimento ao passo que se ressentia por "não servir nem para adoecer no dia certo"(37). Suelen e Maria Madalena têm mais em comum: sobre toda a busca por atendimento paira a necessidade de comparecer ao trabalho, o que gera o conflito entre cuidar da saúde e ir ao trabalho.

Diante da culpa, Maria Madalena hesita sobre seu direito, interage com sua interlocutora, demonstra dúvida sobre sua cidadania na hierarquia da desigualdade, não sabe se é merecedora de atendimento diante do pecado de adoecer no dia errado e, no fim, vai embora:

(Maria Madalena) Eu não gostei da maneira como ela me atendeu, né?! Eu notei que ela assim...também não tinha obrigação [de atender], né?! Mas o rapaz disse que eles tinham porque quando qualquer emergência, era eles naquele dia que iam ficar. Aí, fui falar com a Diretora do posto, aí ela disse que não podia fazer nada. Aí eu falei assim:

- Pois então eu vou embora!

Ainda nesse sentido, é possível verificar o caso da filha de Maria da Anunciação, que espera o anúncio do término das férias do Agente Comunitário de Saúde de sua equipe para fazer um cadastro, condição *sine qua non* para acesso ao pré-natal:

(Maria da Anunciação) Agora, a minha filha que está grávida é da Equipe Q. Ela está completando 4 meses de gravidez e eles ficaram de ir na casa dela pra fazer o cadastro, ela só está aguardando, aguardando e até agora não apareceu ninguém lá pra fazer o cadastramento pra ela começar o pré-natal. E ela já foi atrás, mas disse que estão de férias, e só quando voltar que vão retornar de novo. Eu já fui lá [na unidade]. Eu, como mãe, já fui lá, conversei com a equipe dela. E aqui é assim: cada equipe tem um pessoal (profissionais). Eu já fui lá, reclamei e eles só falam que precisam aguardar a visita do ACS.

Um aspecto que também merece atenção no âmbito do critério de acomodação é o tempo gasto pelo usuário entre o momento de sua chegada no serviço de saúde e a obtenção de atendimento. Em estudo sobre acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS, os achados de pesquisa de Ramos e Lima(31) indicaram que esse tempo variou de 5 minutos a 1h25. De maneira similar, houve mulheres que informaram breve período de espera antes do atendimento, principalmente em situações de emergência e de preferência, e houve aquelas que narraram demora no atendimento, chegando a superar 1h de espera:

(Maria Clara) Não demorou muito porque a gestante tem prioridade para o atendimento.

(Maria das Graças) O atendimento não demorou muito, porque, como estava nessa situação [sangramento], então foi bem rápido.

(Maria Vitória) A médica atendeu 3 pessoas, aí depois foi que ela falou, me chamou, eu fui, aí ela falou:

- Não é aqui não. A senhora vai tirar os pontos é lá na sua equipe [...]
Mandou eu esperar e eu fiquei esperando [...] **eu fiquei mais de uma hora no posto ali**, esperando [...]

(Maria dos Passos) É mais a fila mesmo...essa questão de demora, o sistema às vezes está fora do ar, a gente tem que voltar de novo... Menos de uma hora não resolve. Ou mais. Menos de uma hora não resolve porque sempre quando chega tem muita gente. Sempre!

(Maria dos Reclames) Você chega cedo, fica horas esperando.

6.4.4 “Minha filha, tu acredita que eu peço a Deus todo dia que, quando for pra mim morrer, Deus me mata de uma vez...puf! Que é pra mim não viver sendo tratada igual cachorro. [...] tô te dizendo que eu peço a Deus todo dia: quando for pra eu morrer, me leva logo, não me deixa ficar doente não! Que seu eu ficar doente, eu vou morrer mais ligeiro ou então, eu não vou ver nem o vulto de Deus.”

(*Maria Vitória*)

As atitudes das usuárias sobre profissionais, as características das práticas desses profissionais e, ainda, a aceitação pelos provedores de serviço de prestá-lo a essas usuárias caracterizam o critério de aceitabilidade(13). A partir das narrativas das Marias Costura, percebemos fatores que facilitam e que dificultam o acesso ao serviço de saúde.

A flexibilização de procedimentos de rotina é um elemento que favorece o acesso. Neste estudo, consideramos que ela está mais relacionada à atitude dos profissionais diante da situação concreta do que à maneira como o serviço está organizado. Vejamos duas situações relacionadas ao Cartão Nacional de Saúde que ilustram essa perspectiva:

(**Maria Madalena**) [...] precisava do cartão do SUS pra ir de ambulância pro Guará. Pra ser atendido aqui também precisa, **mas eu dei o número do meu CPF e as meninas acharam no sistema**, mas elas queriam o meu cartão do SUS.

(**Maria Vitória**) No dia que o meu menino chegou do hospital [após a cirurgia], eu fui; peguei a receita; corri; fui lá [na UBS] pegar o remédio. Aí, o cartão do SUS dele - nessa ida e vinda - eu acho que eu perdi. Mas o número do cartão tá em cima do cartão do SUS, que o rapaz lá da Samambaia fez pra mim. Parecia que ele tava adivinhando, ele disse:

- Dona Maria, se a Senhora perder o cartão, esse número aqui é o do seu cartão.

E com esse número eu internei ele, fiz a cirurgia e saí de lá pra cá. E, com esse mesmo número, eu fui lá no posto pegar o remédio. Quando eu cheguei lá, o homem não quis me entregar o remédio. Você entende um trem desse? **Ele não quis me entregar o remédio porque ele disse que eu não tava com o cartão do SUS.** Falei:

- Meu filho, com esse número aqui, eu fiz uma cirurgia. Eu internei meu filho dentro do hospital grande e você diz que eu não posso pegar um remédio com esse número?

- Ah, mas é porque quando bate no computador dá errado.

Eu falei:

- Como que dá errado?

Aí ele disse:

- Dona, mas o negócio é o modelo do cartão!

Eu falei:

- Meu filho, o que voga não é o modelo do cartão não, o que voga é os números e os números não tá aí? Na hora que tu bater no computador aí, tu vai ver o número. “Vitório”, o nome dele tá aí! Ele fez uma cirurgia!

Eu mostrei o papel. Eu falei:

- Moço, então tá bom! Deixa o seu negócio aí, eu vou embora pra casa.

E aí, eu voltei em casa, peguei os documentos tudo e fiz outro cartão do SUS. Tive que fazer! Outro cartão com o mesmo número, aí ele me deu o remédio. Tem cabimento?

Em ambas as situações narradas, percebemos a ênfase na necessidade de apresentação do Cartão do SUS para atendimento no serviço de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o Cartão Nacional de Saúde, documento de identificação das usuárias em âmbito nacional, facilita a utilização do Sistema na rede de atenção do país, na medida em que confere a cada usuária uma numeração única nacional, configurando-se como uma "identidade da saúde"¹⁰.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao responder perguntas frequentes sobre o Cartão, esclarece que "ninguém poderá ter seu atendimento negado por não portar o cartão ou o número do cartão"¹¹. Ainda nessa linha, a referida Agência - por intermédio do mesmo instrumento - ensina que "nos atendimentos no SUS, o número do Cartão da pessoa poderá ser obtido por meio de consulta à base de dados, que terá âmbito nacional [...]"¹².

No primeiro caso, a rotina de apresentação do Cartão Nacional de Saúde antes do atendimento foi flexibilizada pelas prestadoras de serviço, que viabilizaram a transferência de Maria Madalena de ambulância para Região Administrativa próxima, onde ela foi atendida portando apenas a cédula de identidade e seu Cadastro de Pessoa Física.

No caso de Maria Vitória, no entanto, não houve tal flexibilização por parte do prestador de serviço, haja vista que ele condicionou o acesso ao medicamento à apresentação do Cartão do SUS físico, embora ela dispusesse do número do Cartão de seu filho. Essa conduta do agente obrigou Maria Vitória a retornar à sua casa, buscar documentos, e fazer um novo Cartão do SUS - com o mesmo número - para então conseguir o medicamento de que seu filho deveria fazer uso.

Destaque-se, nesse sentido, o prejuízo não apenas para a usuária, mas também para o sistema, diante do gasto duplicado de recursos para geração do mesmo Cartão, do dispêndio de tempo do prestador de serviço em atender duas vezes a mesma usuária e, por conseguinte, da redução da capacidade de atendimento do serviço: atender uma usuária duas vezes significa deixar de atender, pelo menos, uma outra usuária.

Sobre essa relação entre as pessoas prestadoras de serviço e a aceitação em prestá-lo, Maria Vitória destaca:

¹⁰ <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/perguntas-frequentes>

¹¹ <http://www.ans.gov.br/component/content/article/48-perguntas-frequentes/1659-cartao-nacional-de-saude-uma-realidade-para-todos-os-brasileiros>

¹² <http://www.ans.gov.br/component/content/article/48-perguntas-frequentes/1659-cartao-nacional-de-saude-uma-realidade-para-todos-os-brasileiros>

Elas tão no lugar errado. Não tem sabedoria pra estar naquele lugar trabalhando. Elas tão ali não sei porquê. Não sei porquê. Não sabem de nada. O caso é que as pessoas gostam de botar dificuldade nas coisas. Gostam de estar naquela coisa assim, sabe? Acha que porque a gente é pobre, a gente é burro. E a gente não é burro! Eu sei os meus direitos. Eu sei o que que eu devo fazer. Eu sei até aonde eu devo ir, eu sei como é que a coisa funciona, porque nós vive num mundo que todo mundo pode saber. Só que muitas pessoas não se interessa pra isso, vivem de qualquer maneira, mas eu sei! Aí, eu acho é que as pessoas não têm boa vontade ou tá fazendo uma coisa que não gosta, tá ali só por causa do dinheiro, é esse tipo de coisa!

(Maria dos Remédios) Só olhou pra minha cara assim e não falou nada [a prestadora de serviço]! Como se dissesse 'a gente tem é que morrer'. A gente entende isso, né? Quer dizer isso...é mais ou menos, pelo jeito que olha assim, pelo olhar pra gente, né, o descaso, né? Aí, você vai fazer o quê mais?

Por meio do trecho destacado, verifica-se um sentimento, por parte da usuária, de que o prestador de serviço supõe a existência de uma relação intrínseca e em cadeia entre pobreza, falta de conhecimento sobre o sistema de saúde, e estabelecimento de relações frias, desumanizadas e de desinteresse(31) por parte do serviço, que pune ao invés de acolher.

Maria Vitória suscita o debate, portanto, sobre um serviço que funciona sob uma "hierarquia de desigualdade"(38) - um lugar marcado por constantes constrangimentos e por desrespeito, em que há grande dificuldade de estabelecimento de vínculos, um lugar onde só se deve ir à beira da morte:

(Maria dos Passos) [...] sempre eu só vou pro posto quando eu tô quase morrendo. [...] Eu não vou no hospital se eu não estiver passando mal. Só vou mesmo no último caso, né? Como eu passei mais de seis anos com uma cirurgia de vesícula para fazer, então, assim, eu só ia quando eu tava morrendo, desmaiando.

(Maria dos Remédios) É, eu vou no posto [quando precisa de atendimento]. Quando eu não quero, também, não vou por causa dos aborrecimentos, do descaso com a gente que é de idade, entendeu? [...] Eu sei que as pessoas não dão valor...se for pra atender, se chegar um novo e um velho, ele atende o novo, mas não atende o velho porque a gente já tá velho, acha que a gente tem que morrer. [...] Você tem que ir, não tem preferencial, não tem nada. Só vai se estiver morrendo mesmo.

As Marias convivem com o receio de serem mal atendidas e demonstram descrença no serviço ofertado em função da baixa resolutividade. Ademais, elas resistem ao retorno a esse local de más experiências prévias e acabam desistindo de buscar cuidado:

(Maria dos Milagres) [...] Assim, eu não fui atendida como era pra ser, né?! Tem uns dois anos mais ou menos isso aí. Aí, eu não procurei mais não o posto, entendeu?

(Maria das Graças) Procuo o posto de saúde da Estrutural mesmo [quando tem uma necessidade de saúde], que não resolve muito o nosso problema.

(Maria Vitória) Eu não gosto de posto de jeito nenhum! Aí, quando você chega lá, as pessoas tinham que ter o senso e a educação de saber recepcionar.

(Maria dos Remédios) Eu fiz um exame de osteoporose, já recebi, já era pra eu ir lá, mas eu fico pensando: chegar lá, vai fazer a mesma coisa. A gente fica com trauma...fica com trauma. [...] É por isso que eu tô te falando: eu recebi um exame de osteoporose e ainda hoje tô pra levar lá [na UBS]. Eu recebi o exame e, aí, tem que marcar consulta. Não marquei, não fui marcar. Porque é uma luta pra fazer. Ó, ela passou esse exame. Aí, ficou quase um ano pra fazer esse exame. Aí fiz. Aí, recebi já tem uns dois meses quase ou mais. Ainda não fui lá ainda pra levar pra ela ver. Eu já fiquei com medo da moça, da enfermeira...Quando me atendeu, veio com onda comigo.

(Maria Madalena) Porque assim, não cuidar de uma dor de cabeça, uma dor de barriga, **não custa nada**, né?! Um curativo...Ó, a mãe chegou lá com um filho com o pé cortado. Você sabe o que foi que a mulher lá falou? Pra ela? Disse:

- Ave Maria, mãe, isso aí é um curativo! A senhora não sabe lavar o pé do seu filho e fazer um curativo não?!

Menina, tava com um corte enorme! O menino cortou o pé...Aí, mandou ela voltar pra casa e ela chorando com o menino com o pé cortado. E elas não botaram remédio?! Disse que não tinha, mentindo! Que tinha que o cara tinha acabado de sair de lá fazendo um curativo. [...] Ela com preguiça, mandou a mulher foi embora. Ela foi e disse assim:

- Esse povo pensa que a gente não tem o que fazer!

Desse jeito...Elas estão lá pra isso! Aí, a mãe voltou chorando com o menino.

(Maria Madalena) No ano passado, eu passei mal [...] eu tava com umas crises fortes de dor de cabeça [...] Aí, eu cheguei no posto uma vez, inclusive essa mulher ainda trabalha lá ainda. Muita dor de cabeça, aí eu cheguei chorando. Eu tava com tanta dor de cabeça que eu tava tremendo assim, minha visão ficou tremendo. Eu pedi pra ela uma ajuda pra ela me dar remédio. Ela foi e olhou pra mim assim:

- Tá passando mal, vá pra parada, pegue um ônibus e vá pra UPA!

Você acredita?! Tranquila, desse jeito...Ela tava sentada com as pernas cruzadas no celular. Ela disse que, se eu tava passando mal, era ir pra parada, pegar um ônibus e ir pra UPA, desse jeito! Elas estavam trabalhando, tranquilas, na minha equipe, uma mulher lá da **minha equipe**, no ano passado. Aí eu achei estranho, eu disse assim:

- Mas eu tô passando mal, sabe?!

- Problema é da senhora, não posso fazer nada! O médico não vai lhe atender também!

E o médico tava lá. Aí eu saí de lá chorando, fui pra uma farmácia [...], que é aqui pertinho do posto, aí lá o cara me indicou um remédio pra dor de cabeça. Nossa, foi um alívio. Comprei o remédio e tomei. Fui pra casa, né? Mas elas mesmo...ela disse foi isso pra mim quando eu passei mal...**da minha equipe** [...] Isso me magoou muito. Não sei o que que ela é e nem o nome dela eu não sei.

As fortes dores de cabeça de Maria Madalena foram resolvidas por um estagiário de Odontologia no HUB. Após diversas idas ao serviço de saúde na Cidade Estrutural, Maria

Madalena foi transferida para o referido hospital de ambulância. Ao ser atendida, o estagiário aconselhou que ela evitasse mastigar alimentos duros em função de problemas em seu maxilar relacionados à extração de um siso na adolescência.

Maria Madalena resume a sensação de diversas outras usuárias, inclusive de Marias que não puderam ser ouvidas devido aos limites de nosso estudo, mas que foram ouvidas por outros estudos a exemplo do de Coelho *et al*(38). Maria Madalena se sente culpada por não ser capaz de encontrar soluções para seus próprios problemas dentro do serviço de saúde; ela se sente culpada por ter medo de compreender seu real problema de saúde; ela sente culpa por não ter condições financeiras de realizar os exames necessários ao seu diagnóstico e, portanto, por depender do sistema de saúde. Depender do sistema de saúde é, então, uma punição que resulta da pobreza de Maria Madalena? De sua incapacidade de solucionar seus próprios problemas? Seria a saúde um direito a ser respeitado e, portanto, materializado na prestação do serviço?

6.4.5 “Estou juntando dinheiro pra fazer os exames pra ver o grau do glaucoma e, às vezes, aparece alguma pessoa que ajuda, que abre as portas...”

(*Maria das Graças*)

Em estudo sobre gastos públicos e privados em saúde no Brasil e em países selecionados, Figueiredo *et al*(39) definem ‘gastos em saúde’ ou ‘despesas com saúde’ como “todos os gastos efetuados com a finalidade de recuperar, promover e manter a saúde dos indivíduos de certa população durante um período de tempo definido”.

Entre os tipos de gastos em saúde, temos os desembolsos diretos (*out of pocket*), objetos desta categoria de análise, que são aqui considerados - de maneira similar - quaisquer despesas mencionadas pelas entrevistadas com os intuitos de recuperação, de promoção e de manutenção de sua saúde e/ou da saúde de seus dependentes e familiares.

Os desembolsos diretos estão diretamente relacionados aos gastos catastróficos em saúde. Esses são definidos como dispêndios que excedem uma proporção predefinida da disponibilidade de recursos do indivíduo ajustada pelos gastos necessários à subsistência desse indivíduo (capacidade de pagamento), embora não haja consenso na literatura a respeito dessa proporção e nem de metodologia para calcular os gastos catastróficos(40)(41).

Santos *et al*(41) esclarecem que “os gastos catastróficos não estão associados somente

a tratamentos de alto custo uma vez que dependem da importância relativa dos gastos no orçamento familiar”. Assim, segundo as autoras, o que define o quão catastrófico um gasto pode ser é a pressão financeira que ele exerce sobre uma família específica a ponto de alterar a sua estrutura orçamentária provocando, por exemplo, redução do consumo de outros bens e despoupança.

No âmbito da Agenda 2030 e no recorte definido por esta pesquisa, essa discussão ganha destaque na meta 3.8 (ODS 3):

Atingir a cobertura universal de saúde, **incluindo a proteção do risco financeiro**, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a **preços acessíveis para todos**.

2. Indicadores globais

[...]

Indicador 3.8.2 **Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total.** (grifos nossos)

Em proposta de adequação das metas definidas pelas Nações Unidas à realidade brasileira, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada traz os gastos catastróficos como subsídios para a construção dos indicadores nacionais para a meta 3.8:

[...]

3. Indicador de **gasto catastrófico** das famílias com assistência à saúde.

Dessa forma, apesar de o Ipea sugerir a adequação da meta inicial da Agenda 2030 em função do contexto brasileiro de sistema universal de saúde, o Instituto reconhece o gasto catastrófico como realidade na medida em que o inclui como subsídio para construção de indicadores dessa nova meta.

No território, foi possível verificar que as despesas com saúde são comuns às vozes de todas as Marias, razão pela qual optamos por começar a análise por essa categoria. Embora haja distintas necessidades, todas as entrevistadas mencionaram fazer uso de recursos próprios para arcar com gastos relacionados, essencialmente, a medicamentos, a exames e a consultas. Nessa linha, os resultados obtidos corroboram a ideia de Figueiredo *et al*(39) de que "uma das formas mais comuns de gasto direto das famílias é o pagamento direto de medicamentos e serviços de saúde, exames e consultas [...]".

Vejamos alguns trechos dessas falas:

(Maria Vitória) Nessa cirurgia do meu filho, um remédio eu comprei e o outro eu peguei no posto porque no posto, eles dão o remédio de 500mg, não, 600mg e o do meu filho era de 300mg, aí, eu tive que comprar [...]

(Maria dos Milagres) eu comprei um remédio lá que depois eu fiquei sabendo que não era preciso comprar, mas aí eu já tinha comprado...o médico passou, aí ele pediu pra mim comprar. Aí, eu comprei.

(Maria dos Remédios) Quando não tem no posto, eu compro [remédio]. É normal! Ixi, tem muitas vezes que falta. [...] se for uma coisa mais grave que você quiser mais rápido, você tem que pagar. Eu já tenho pago, mas geralmente, às vezes, eu vou melhorando, aí eu deixo pra lá.

(Maria dos Remédios) Uma vez também o meu filho teve problema de hérnia [...] E aí, lutamos, lutamos, a gente ia, fazia exame, cada vez que a gente ia fazia exame com um médico diferente e eu conversava e falava e aquilo foi me enchendo o saco assim, ficando aborrecida, até que eu deixei pra lá. Aí, eu procurei o irmão dele, que é da Polícia, e a mulher dele trabalha no hospital dos queimados lá na Ceilândia, em frente ao hospital público. E aí é particular lá. Aí a gente conversou e arrumou com ele, com o conhecimento dela, que ela trabalha lá desde menor, e aí foi que a gente fez essa cirurgia na maior luta, todo mundo contribuiu; o médico fez de graça, aí não teve como ficar. Foi terminando, terminando a anestesia teve que sair porque pra ficar tinha que pagar a diária e a diária era cara, né? Eu sei que arrumou lá, a gente fez, os irmãos pagaram, eu entrei, o pai pagou na cooperação pra pagar o anestesista, que não é muito fácil, assim, é mais caro um pouco, aí nós pagamos...juntou mãe, pai, irmão, irmã dele, aí fez, aí graças a Deus.

(Maria da Anunciação) Mas vou ter que fazer os exames particular, pelo público demora uns 3 a 4 meses.

(Maria da Anunciação) O médico me atendeu na unidade da Estrutural e passou os exames, vou tentar fazer particular, porque pela marcação do SUS demora, mas também vou demorar pra conseguir juntar o dinheiro.

(Maria do Amparo) Quando eu descobri que tinha endometriose, foi logo depois da perda [aborto], e fiquei muito tempo sangrando. Nessa época, eu fui várias vezes na unidade de saúde e não consegui atendimento e decidi pagar uma consulta no hospital São Francisco – Ceilândia e lá eu descobri que estava com endometriose.

(Maria do Amparo) [...] eu não ganhei medicamento. Tive que comprar.

(Maria dos Passos) [...] tem exames que não é pelo SUS, tipo tipo sanguíneo que demora demais, tem uns tipos sanguíneos que não faz, umas ressonâncias...tem vários exames que não faz pelo SUS. E aí a gente tem que pagar. Eu já paguei vários exames. Não devia, porque eles falam que tem o SUS [...]. Tem pessoas que não tem mesmo condições de pagar os exames, então, não tem condição, morre!

(Maria Clara) [...] os exames, se quer mais rápido, faz particular. Na época da minha gravidez, eu tive que fazer aquele exame de ecografia mais específica para ver se identifica algum problema na criança, quando estava com 6 meses, tem que fazer particular por que se for esperar pelo povo [balançava a cabeça sinalizando 'não']. Eu consegui fazer duas ecografias, mas como o meu caso era complicado, eu tive que fazer várias, então a maior parte foi paga.

(Maria dos Milagres) Normalmente, quando tem um remédio que o médico passa, a gente sempre compra.

O gráfico a seguir demonstra as despesas diretas das Marias Costura em saúde conforme destacadas acima.

Figura 14. Demonstrativo das despesas diretas das Marias Costura



Fonte: Autoras

Além de ter sido verificado como realidade para todas as entrevistadas, o desembolso direto merece destaque como categoria de análise desta pesquisa em função da representatividade que pode assumir face ao orçamento familiar dessas mulheres cuja renda é estimada em R\$ 710,00.

Salientemos que, em alguns casos, a renda é ainda menor do que o valor de R\$ 570,30 estimado pela PDAD 2018(4) para a Cidade Estrutural. Nesse sentido, temos a validação da ideia apresentada na problematização desta pesquisa de que a adesão a planos privados de saúde não é uma realidade para essas mulheres e, menos ainda, para o alcance da cobertura universal de saúde da maneira concebida originalmente pela Agenda 2030. Resgatamos, ainda, o argumento de Giovanella *et al*(9) de que "pagamentos de planos

privados de saúde também podem ser catastróficos, e que em situação de pobreza não há disponibilidade para gastos em saúde".

As vozes dessas mulheres indicam que suas despesas diretas com saúde vão ao encontro dos resultados obtidos por Luiza *et al.*(42) em estudo segundo o qual os gastos com medicamentos são os principais responsáveis pelos gastos em saúde, ficando em torno de 45% da despesa em saúde das famílias; e onerando - sobretudo - os mais pobres. Ademais, essas mulheres indicam que suas despesas com saúde seguem a tendência apresentada em estudo do Ipea de que "as famílias dos estratos inferiores de renda [...] gastam essencialmente com medicamentos, mas, à medida que cresce a renda *per capita*, maiores se tornam os gastos das famílias com planos de saúde"(43). Nessa lógica, os planos privados de saúde são reservados às famílias renda mais elevada, enquanto as de menor renda concentram seus gastos em saúde com medicamentos, conforme demonstrado na Figura 14.

Santos *et al.*(41) destacam, ainda nessa mesma linha, que "para os grupos socioeconômicos menos favorecidos, a parcela gasta com medicamentos pode representar uma proporção significativa de renda, sendo, portanto, fonte de iniquidades no acesso à saúde no Brasil".

Ao abordar as barreiras financeiras ao acesso e à utilização de serviços de saúde, Travassos e Castro ponderam que as pessoas pobres são as mais sensíveis na medida em que as barreiras financeiras as prejudicam mais do que às pessoas ricas quando se trata de uso dos serviços de saúde. As autoras destacam, ainda, que "as barreiras financeiras atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde e são desfavoráveis aos mais pobres, que têm menor capacidade de pagar"(11).

Vale destacar a implantação do "novo regime fiscal" trazido pela Emenda Constitucional 95/2016 (teto dos gastos públicos), por meio do qual é esperado que os gastos públicos com saúde apresentem severa redução, precarizando de modo crescente os serviços públicos de saúde e distorcendo as diretrizes constitucionais do sistema público. Nesse sentido, Vieira e Benevides(44) estimam que a Emenda em comento afetará mais intensamente os grupos sociais mais vulneráveis, e ensejará provável aumento das iniquidades no acesso a bens e a serviços de saúde.

Do ponto de vista do acesso, podemos afirmar, então, que o pagamento direto restringe o acesso da população mais pobre à saúde, tendo em vista que quanto menor o poder aquisitivo, menor a capacidade financeira para consumir serviços de saúde. Ainda nesse sentido, Luiza *et al.*(42) salientam a relevância de

[...] compreender o impacto econômico desse acesso [a medicamentos] para famílias e indivíduos. Os gastos em saúde podem contribuir para o empobrecimento das pessoas [...]. Quando ultrapassada a capacidade de pagar com sua renda, as pessoas se utilizam de empréstimos e economias, vendem bens, reduzem despesas essenciais, como a de alimentos ou educação, e todas essas medidas impactam negativamente na sua qualidade de vida.

Paradoxalmente, o mesmo estudo do Ipea mencionado anteriormente⁽⁴³⁾ relata achados de pesquisas que observaram que os estratos de mais baixa renda sofreram maior aumento de participação do gasto direto com saúde no gasto total das famílias metropolitanas entre o final da década de 1980 e 1990. Como conceber, então, que quem conta com a menor capacidade financeira para consumir esses serviços é justamente quem mais aumenta seus gastos com saúde?

Nesse contexto, importa-nos ressaltar que, embora todas as Marias Costura tenham declarado fazer uso de recursos próprios para arcar com gastos relacionados à saúde, nenhuma delas fez uso de sua voz para apresentar queixas sobre o fato de o terem feito. Em um cenário de tão escassos recursos e serviços, percebemos que o desespero pelo acesso é o que determina o dispêndio de recursos que poderiam ser destinados a outras prioridades no restrito orçamento familiar.

De modo similar, com relação aos gastos catastróficos com medicamentos no Brasil, Luiza *et al*⁽⁴²⁾ argumentam que "frente à necessidade de se usar medicamentos, mesmo que caros, os usuários são compelidos a se desfazer de bens ou recorrer à justiça para adquiri-los, de maneira a garantir a continuidade do tratamento e a mitigação de seu sofrimento". Assim, compreendemos que conquistar o acesso é o mais importante e ameniza grande parte dos reais impactos que a falta do valor desembolsado geraria ou os eventuais transtornos da judicialização poderia trazer.

Além dos aspectos já abordados nesta seção, esta categoria de análise traz a reflexão, ainda, sobre a espera a que Marias se submetem enquanto ainda não contam com condições de arcar com as custas de tratamentos/serviços de saúde:

(Maria das Graças) [...] no caso da minha consulta de vista, que descobri que tinha glaucoma. Mas uma professora me ajudou a pagar pra mim. Eu tenho que fazer esses cinco exames que foi a clínica (particular) que me passou, mas só que não consigo fazer na fundação (serviço público), estou juntando dinheiro pra fazer os exames pra ver o grau do glaucoma e, às vezes, aparece alguma pessoa que ajuda, que abre as portas [...]

O trecho acima destacado revela, ainda, um agravante: as despesas oriundas do desdobramento das consultas, o que gera dificuldade de início e/ou de continuidade do tratamento e até mesmo de diagnóstico. Uma vez que se tem acesso à consulta, surgem outras despesas relacionadas a exames, medicamentos e tratamentos. Assim, por mais que essas mulheres por vezes consigam se organizar para pagar uma consulta, não há necessariamente disponibilidade financeira para dar continuidade ao tratamento.

Boing *et al*(40) afirmam, ainda, que o gasto catastrófico em saúde "tem grandes repercussões na vida da população, desencorajando-a, em alguns momentos, a utilizar o serviço de saúde e/ou induzindo-a a não aderir às terapêuticas medicamentosas ou a adiar exames, consultas e procedimentos necessários".

De modo similar, Santos *et al*(41) presumem que a mera expectativa das famílias em incorrer em gastos catastróficos pode levar famílias a não procurarem serviços de saúde necessários e/ou adiar tratamentos médicos ou, ainda, a fazer uso irregular dos medicamentos. Nesse sentido, a exemplo do trecho abaixo, foi possível verificar situações em que há coexistência de momentos de esperança e de descrença na possibilidade de conseguir arcar com as despesas do diagnóstico/tratamento. Essa instabilidade gera conflitos para essas mulheres, que chegam a se sentir culpadas pela falta de atendimento, tendo em vista não terem buscado saber o preço dos serviços de que necessitam:

(Maria Madalena) [...] Então, quando eu voltar de férias agora eu vou tentar, eu vou pagar, porque até agora...ele disse que pelo SUS é muito difícil. [...] Talvez seja até barato esses exames, talvez a culpa é minha também que eu não perguntei o preço. [...] Acho que não tem tão caro assim. A culpa também é minha...que eu relaxei que eu sei que não tem nenhum exame de duzentos reais, trezentos...

Por fim, houve mulheres que mencionaram o gasto com transporte - público ou particular - como despesas diretas em saúde. Esses casos serão abordados com mais detalhes na categoria acessibilidade. Vejamos dois exemplos:

(Maria Clara) Eu procurei pediatra no posto de saúde e naquele dia não teve. Então tive que ir para o HRAN e aí eu gastei dinheiro pra me locomover até lá.

(Maria dos Passos) E aí, como eu não tinha dinheiro, eu andei tudo só. Aí, no HUB, eu passei mal, mas mesmo assim depois eu paguei um táxi, o último dinheiro que eu tinha [...]

Estamos cientes de que o que vimos é apenas um ponto da menor peça de roupa que essas Marias possam costurar - uma pequena porção de um todo. Sabemos que a realidade é

deveras mais complexa, visto ser constituída por elementos que esta pesquisa desconhece e não comportaria. Entretanto, podemos afirmar que os aspectos até então explorados contribuem, de certo, para explicar a premência da concepção de saúde dessas mulheres como ausência de doença, que se evidencia pelo reconhecimento do serviço de saúde apenas como um espaço que se procura em situações de doença, de urgência e de emergência e não de promoção da saúde, de acompanhamento e de estabelecimento de vínculos conforme será abordado mais adiante neste estudo.

Questionamo-nos, entretanto, em que medida não somos todas Marias? A concepção de saúde dessas mulheres se difere daquela praticada por tantos de "nós" que não estamos naquele território? Em que medida os serviços de saúde territorializados permitem que o SUS saia dos livros, das leis e das aulas?

Os autores destacam, ainda, que no Brasil, com a implantação do “novo regime fiscal”, é esperado que os gastos públicos com saúde apresentem severa redução. Destaca-se, nesse contexto, a precarização crescente dos serviços públicos de saúde e de distorção das diretrizes constitucionais do sistema público diante da Emenda Constitucional 95/2016 (teto dos gastos públicos). Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada estima que a Emenda Constitucional em comento afetará mais intensamente os grupos sociais mais vulneráveis, gerando provável aumento das iniquidades no acesso a bens e a serviços de saúde(44).

6.4.6 "Aí, o que eu eu fiz: arrumei tudo, deixei a janta pronta, e ajeitei as coisas tudo, e me mandei pra lá. Passei a noite lá no hospital."

(Maria Vitória)

Conforme aludido na introdução, há três razões principais que conduzem o caminho desta pesquisa para as mulheres: o perfil sociodemográfico da Cidade Estrutural, o perfil majoritariamente feminino dos membros da Rede Social da Estrutural; e a centralidade do papel social da mulher no cuidado e das questões de gênero no processo de desenvolvimento humano e social no território.

De acordo com o texto introdutório da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (6), as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Essa informação é justificada no texto em referência pelo fato de elas frequentarem os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, e - sobretudo - para acompanhar seus filhos, outros

familiares, pessoas idosas, com deficiência, seus vizinhos e seus amigos. As mulheres se configuram, portanto, como cuidadoras daqueles que as cercam, evidenciando a concepção de gênero como uma construção social e histórica que:

[...] se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras(45).

Nesse sentido, ao longo de nosso processo reflexivo para delineamento do objeto de estudo e dos sujeitos de pesquisa, ao pensarmos em mulheres, levantamos diversas hipóteses. Entre elas, destaca-se a de que acessaríamos variadas experiências e narrativas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, visto serem as mulheres as principais usuárias do SUS e responsáveis pelo cuidado da comunidade e de familiares - a despeito da fase da vida em que eles se encontram.

De fato, a maior parte das mulheres ouvidas trouxe ao debate experiências no serviço de saúde relacionadas a membros de sua família e da comunidade:

(Maria Vitória) Hoje de manhã, eu levantei cedo, fui lá no posto pra tirar os pontos da cirurgia que **meu filho** fez.

(Maria Vitória) [...] **uma vizinha minha** passou mal e foi lá pro Hospital da Samambaia e ela me chamou pra ir pra lá com ela.

(Maria dos Milagres) Eu fui pra lá pro Maranhão, aí fiquei muito tempo também esperando lá, na casa da minha mãe, aí vim embora, aí quando chega aqui, não demora muito, **meu esposo** sofre um enfarto, essas coisas assim...Com o enfarto dele já foi bem melhor. Graças a Deus.

(Maria dos Remédios) Uma vez também, o **meu filho** teve problema de hérnia, ó, eu rodei tanto, mas tanto pra fazer essa cirurgia desse menino, mas eu rodei!

(Maria dos Passos) Agora mesmo estou precisando de um exame pra **minha filha** [...]

(Maria dos Reclames) A última vez mesmo que fui [ao serviço de saúde] foi pro **meu filho** [...]

(Maria Clara) Na última vez que eu procurei lá [o serviço de saúde] porque **meu filho** estava tossindo muito, eu fui lá pedir um encaixe.

(Maria Clara) **Procuro o hospital quando o meu filho passa mal**, com febre. E na Estrutural quando eu preciso conversar com a ginecologista.

(Maria Aparecida) Quando eu precisei [do serviço de saúde pela última vez] foi lá para o **meu sobrinho**, ele teve uma dor na barriga.

(Maria Aparecida) Quando preciso de atendimento, eu ligo pra SAMU. A **minha vizinha** estava passando mal e eu liguei.

Essa responsabilidade pelo cuidado naturalmente relacionada ao papel da mulher na sociedade pode ser percebida, ainda, nas seguintes passagens:

(Maria da Anunciação) Fiz o meu cadastramento e dos meus filhos, fiz de todo mundo lá de casa porque agora eles só atendem com cadastramento. Se não tiver, eles não atendem.

(Maria da Anunciação) Eu já fui lá [na unidade]. **Eu, como mãe**, já fui lá e conversei com a equipe dela [da filha].

(Maria do Amparo) Por isso que, sempre quando alguém adoecer **na minha casa, eu pego** o caminho do HRAN, porque sei que lá, mesmo demorando, eu sou atendida.

(Maria Aparecida) Às vezes, eu até levo alguém daqui pra ser atendida lá [no Maranhão], tipo a **minha cunhada**.

Acrescente-se a esse cenário o fato de as mulheres trabalharem durante mais horas do que os homens e de, pelo menos, metade do tempo delas ser dedicado a atividades não remuneradas, a exemplo dos serviços domésticos, conforme aponta o Relatório sobre a Situação da População Mundial de 2018. Esse Relatório revela, ainda, a diminuição do acesso das mulheres aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde diante dessa realidade.

Dados do Relatório Luz da Agenda 2030 reforçam esse cenário: 90% das mulheres realizam trabalhos domésticos e de cuidado não remunerado, enquanto apenas cerca de metade dos homens os fazem. No caso delas, a situação de saúde se agrava em função da sobrecarga dessas responsabilidades acumuladas com o trabalho doméstico e com o cuidado. Uma fala é bastante representativa dessas ocupações, tanto do cuidado quanto dos afazeres domésticos, atribuídas à mulher:

(Maria Vitória) No dia que foi pra mim fazer esse...pra dar a entrada pra fazer a cirurgia, eu saí daí de casa, eu fui dormir lá [no Hospital da Samambaia] porque eu não tenho ninguém conhecido lá. E não tinha como eu ir pra lá cedinho, né? Aí, o que eu eu fiz: **arrumei tudo, deixei a janta pronta, e ajetei as coisas tudo, e me mandei pra lá**. Passei a noite lá no hospital.

Vale mencionar, ainda, que a maior parte das mulheres participantes da pesquisa informaram que vão ao Maria Costura no turno vespertino, após cuidarem da casa e deixarem o almoço prontos. Elas costumam enquanto seus filhos estão na escola. No período das férias escolares, algumas levam suas filhas e netas para o Maria Costura por não ter com quem deixá-las. Nos dois momentos de aplicação desta pesquisa, havia mulheres com meninas no Maria Costura.

Ferraz e Kraiczyk(46), ao valorizarem gênero como dimensão organizadora das relações sociais que produz desigualdades, defendem a ideia de que a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e conferir-lhes respostas de forma a promover a equidade de gênero. Imergir no território e na vida das mulheres evidenciou que as desigualdades de gênero, de classe e de raça são estruturais, imbricadas e se retroalimentam (interseccionalidade). Parafraseando Milton Santos no Espaço do Cidadão(47), há lugares em que há mulheres cidadãs; em outros, mulheres menos cidadãs; em outros, nem mulheres cidadãs existem. Na Cidade Estrutural, a desigualdade tem lugar, endereço, nome, gênero, classe e raça.

De certo, essas desigualdades estruturantes impactam o acesso aos serviços de saúde e lançam para o Brasil o desafio, face à Agenda 2030, de reconhecer seus significativos níveis e de buscar, por meio das políticas públicas e sociais, superar as desigualdades de gênero, de classe e de raça. Inclua-se, nesse rol, o respeito aos direitos humanos das mulheres e a garantia deles, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos, que têm sido campo de persistentes lutas feministas em diferentes locais do mundo(48). Reforça-se o papel do Estado democrático de direito e laico, assegurando condições para participação direta das mulheres em todos os ciclos das políticas públicas, sobretudo mulheres vivendo em condições de maior desigualdade e vulnerabilidade.

No que concerne ao atendimento para si, a maior parte das Marias Costura relataram procurar o serviço de saúde por questões relacionadas à saúde da mulher: os relatos denunciam a situação de saúde de mulheres pobres em plena fase da vida reprodutiva. Embora as causas do adoecimento sejam evitáveis, a tendência é de agravamento por falta de assistência integral, de qualidade e em tempo adequado. Com relação às consultas médicas, foi possível perceber a demanda por ginecologistas:

(Maria Vitória) [...] porque quando eu vou mais no médico assim é quando eu vou fazer uma prevenção, né, que a gente faz de dois em dois anos, né?!

(Maria dos Milagres) Tem um tempinho que eu descobri que eu tinha mioma. [...] Aí, assim, à tarde já me dá aquela sensação de febre no corpo e eu sinto eles aqui mexendo e quando eu tô de TPM, aí que melhora, aí depois eles ficam vindo, aqueles pinguinhos de sangue... Ainda bem que é só um pouco porque tem mulher que fica direto. Aí fica vindo, mas é muito chato, incomoda. Fico sentindo aquela dorzinha enjoada de cólica.

(Maria da Anunciação) É porque eu tenho 2 cistos em uma mama e na outra mama eu tenho um nódulo.

(Maria do Amparo) [...] Estou aguardando uma cirurgia na rede pública porque tenho endometriose. Quando eu descobri que tinha endometriose foi logo depois da perda [do aborto] e fiquei muito tempo sangrando.

(Maria das Graças) Tem pouco tempo que utilizei [o serviço de saúde], eu tive um problema de sangramento muito forte, eu acredito porque estava entrando na menopausa. Porque depois eu não tive mais a menstruação.

(Maria dos Remédios) Eu recebi um exame de osteoporose e ainda hoje tô pra levar lá [na UBS]. [...] Esses dias, eu estava com uma dor no osso dessa perna aqui.

(Maria do Amparo) Tem um dia pra agendamento. No caso, pra mim que estou procurando atendimento com **ginecologista**, é na quinta-feira.

(Maria Clara) Se o **ginecologista** sai de férias, ninguém fica substituindo ele. Aí, gera muito constrangimento pra gente.

(Maria da Anunciação) Eu tava tendo acompanhamento com a **ginecologista** [...]. Só que ela foi embora ano passado. Ela não está mais aqui no posto e não colocaram ninguém no lugar dela até agora.

(Maria das Graças) Tem época que a gente fica sem **ginecologista** por um tempo bem longo.

Entre as participantes da pesquisa, foi possível perceber, de um lado, uma tendência a desistir com mais facilidade do atendimento diante da incerteza da devida assistência quando o serviço de saúde é para si. Nesses casos, parece haver sublimação do sofrimento e do adoecimento. De outro lado, elas parecem incansáveis e encontram soluções alternativas para as barreiras impostas ao acesso quando a necessidade é de familiares e, sobretudo, de seus filhos:

(Maria Vitória) Eu passei dois anos e meio correndo atrás dessa cirurgia pro meu menino. Ele com um carço desse tamanho...

(Maria Vitória) No dia que foi pra mim fazer esse...pra dar a entrada pra fazer a cirurgia, eu saí daí de casa, eu **fui dormir lá [no Hospital da Samambaia] porque eu não tenho ninguém conhecido lá. E não tinha como eu ir pra lá cedinho, né?**

(Maria dos Remédios) [...] a gente fez essa cirurgia [do filho] na maior luta, todo mundo contribuiu; o médico fez de graça, aí não teve como ficar. Foi terminando, terminando a anestesia teve que sair porque pra ficar tinha que pagar a diária e a diária era cara, né? Eu sei que arrumou lá, a gente fez, os irmãos pagaram, eu entrei, o pai pagou na cooperação pra pagar o anestesista, que não é muito fácil, assim, é mais caro um pouco, aí nós pagamos...juntou mãe, pai, irmão, irmã dele, aí fez, aí

graças a Deus. Mas a luta é grande, viu?! Eu passei foi quase 1 ano andando pro HRAN e me chateou bastante também, mas é assim mesmo.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado na década de 1980 - antes mesmo da criação do SUS - foi resultado da convergência entre o movimento sanitário e o movimento feminista e trouxe uma nova maneira de perceber a saúde da mulher(49). Elaborada a partir da necessidade das mulheres e em parceria com diversos setores da sociedade, a PAISM buscou avançar em relação ao paradigma gravídico-puerperal do cuidado da saúde da mulher, segundo o qual a maternidade era o principal atributo do corpo feminino e da vida da mulher.

De fato, a política foi atualizada ao longo das décadas com participação social das mulheres nos espaços públicos e políticos, com destaque para sua participação no controle social no SUS, a exemplo da II Conferência de Saúde da Mulher realizada em 2017, cujo tema foi "Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade". Entretanto, a perspectiva da atenção integral à saúde da mulher foi relegada a segundo plano à medida que as estratégias e as redes de cuidado no SUS foram fragmentadas, o que causou descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas(50).

Das 11 mulheres que participaram do estudo, 10 afirmaram ter tido acesso ao pré-natal em sua última gravidez. Esse dado corrobora a ideia de que houve avanços nesse sentido e, ao mesmo tempo, demonstra que o pré-natal, de fato, não é a principal necessidade de saúde no âmbito do estudo. Entretanto, estudos futuros podem se dedicar à investigação da qualidade do pré-natal.

Registre-se, porém, que ainda há relatos de dificuldade para realizar pré-natal na Estrutural. Vejamos um exemplo:

(Maria da Anunciação) [...] Agora, a minha filha que está grávida é da equipe 09. Ela está completando 4 meses de gravidez e eles ficaram de ir na casa dela pra fazer o cadastro, ela só está aguardando, aguardando e até agora não apareceu ninguém lá pra fazer o cadastramento pra ela começar o pré-natal. [...] Eu acho isso um absurdo, né?! Porque ela está precisando, passando mal e eles estão bem tranquilos, ninguém está nem aí. Agora, ela tem que ficar lá esperando a boa vontade deles pra ela poder começar o pré-natal.

Figura 15. Quantitativo de Marias Costura que tiveram acesso ao pré-natal na última gravidez



Fonte: Autoras

A proposta trazida pela PAISM, além de incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, pretendia configurá-la como um mecanismo de valorização da importância do empoderamento das usuárias do SUS e da participação da mulher nas instâncias de controle social. Nesse sentido, avanços ainda são necessários, considerando que:

(Maria Clara) [...] Mas aqui falta projetos para as mulheres porque a maioria dos chefes de família são mulheres e pra orientar, pra capacitar, pra dar uma autonomia pra elas seguirem a vida delas e não se submeterem a violência e outras coisas.

Barata(51) defende a ideia de que - para a população brasileira - parece não haver discriminação para o uso dos serviços de saúde relacionada ao gênero. Assim, para a autora, como as mulheres apresentam a tendência de considerar sua saúde pior do que a dos homens e de ter maior atenção com a própria saúde, elas terminam por utilizar mais os serviços de saúde.

Entretanto, até que ponto a condição de mulher não estabelece o fluxo no serviço de saúde e a maneira como as usuárias são tratadas após acessarem o sistema? Homens teriam realizado o mesmo percurso que Maria dos Passos em busca de atendimento? Homens sentiriam culpa, assim como Maria Madalena, por não se tratarem? Homens se sentiriam na

responsabilidade de deixar a janta pronta antes de ir dormir na enfermaria do hospital para conseguir uma cirurgia para o filho como Maria Vitória? Ou melhor, homens teriam dormido no banco da enfermaria do hospital por essa razão?

A despeito dos inegáveis avanços trazidos pela PAISM, a ida ao território evidenciou que ainda há muito por fazer. A Agenda 2030 preconiza um mundo em que cada mulher ou menina desfrute de plena igualdade de gênero, um mundo do qual sejam removidos todos os entraves jurídicos, sociais e econômicos que comprometam o empoderamento feminino.

No Brasil, mais especificamente na Cidade Estrutural, não é possível afirmar que as propostas trazidas no arcabouço da política de saúde da mulher têm implicado em mudança na maneira como as mulheres têm sido incorporadas nas práticas de saúde como alertam Villela e Monteiro(52), tampouco na maneira como as relações sociais de gênero se desenrolam no território.

Em estudo sobre relações de gênero e desenvolvimento territorial, Staduto e Kreter(5), retomam a Década da Mulher das Nações Unidas (1976-1985) como momento de grande relevância para o reconhecimento do papel da mulher - sobretudo as de baixa renda - no desenvolvimento social e econômico dos países e das comunidades. Reconheceu-se, nesse contexto, que as mulheres constituíam recurso inexplorado e que poderiam oferecer significativa contribuição econômica para o desenvolvimento, a despeito de elas terem sido deixadas de fora desse processo.

Ainda no âmbito do mesmo estudo, os autores criticam o fato de a resposta dada para a negligência com o potencial da mulher para o desenvolvimento ter sido a capacitação das mulheres pobres em atividades domésticas e - tradicionalmente - femininas, a exemplo da costura, de forma a reproduzir o caráter secundário da mulher na esfera produtiva.

O Maria Costura foi concebido como um espaço que viabiliza maior participação das mulheres em atividades produtivas e de geração de renda. Nesse sentido, o projeto deve ser valorizado como um espaço de aproveitamento do capital humano e social disponível no território e, portanto, como uma oportunidade de contribuição para o desenvolvimento do território.

Para as mulheres, o projeto é um lugar de aprendizado, de troca de saberes e de emancipação. Ali, as mulheres lidam diariamente com o desafio de trabalharem juntas e encontram oportunidades de desenvolverem suas potencialidades, que vão além da questão econômica e de costurar os tecidos. Elas se veem costurando suas próprias histórias, seus sonhos e, também, suas dificuldades.

Além de costurarem e de cuidarem da própria casa e dos filhos no turno oposto à participação no projeto, as Marias Costura desenvolvem atividades extras que as limitam ao âmbito doméstico para gerar renda: elas faxinam, passam roupas para fora, fazem trabalhos manuais como bordado e crochê, e cuidam dos filhos das vizinhas que saem para o trabalho.

À luz da reflexão trazida por Staduto e Kreter(5), até que ponto o Maria Costura é capaz de ser propulsor, de fato, do empoderamento e do desenvolvimento do território? Qual é a contribuição do projeto para o reforço da posição feminina histórica na escala produtiva? Ao mesmo tempo, como reconhecer os potenciais do território para que, de fato, haja mudança na vida dessas mulheres e desenvolvimento no território a partir da equidade de gênero?

De outra sorte, é o Maria Costura que nos possibilita lançar olhares sobre esses espaços, sobre essas mulheres e torná-las objeto de estudo na busca por transformação social, assim como outras pesquisas. Sem a costura, não teríamos acesso a essas histórias, a essas narrativas, a esse conhecimento, a essa oportunidade de contribuir para dar voz a essas mulheres, embora também reconheçamos os limites deste estudo como promotor de mudanças nas relações intrafamiliares, nos papéis tradicionais de gênero e das transformações que almejamos.

6.5 Outras considerações das pesquisadoras

Como cada um lê a partir de sua experiência de mundo, cada um verá nas falas dessas Marias um aspecto que salta aos seus olhos. Os aspectos aqui destacados e as reflexões realizadas constituem apenas uma leitura, diante de tantas outras possíveis, diante da riqueza dos vislumbres compartilhados por essas mulheres sobre suas vidas. Outros aspectos chamaram nossa atenção como a relação da maior parte dessas mulheres com a religião, os conflitos conjugais vividos por muitas delas, assim como conflitos relacionados à maternidade.

Considerando que a questão de gênero está imbricada em diversos aspectos da vida cotidiana, e que não é possível dissociá-la das relações com o sistema de saúde, algumas reflexões que trazem à tona esse aspecto ainda poderá ser retomado.

Outro ponto que vale ser destacado é a integralidade, como um dos princípios do SUS, que está relacionada à condição integral e não parcial como identificamos a partir das narrativas das Marias Costuras, e sim atendendo a todas as necessidades de saúde da pessoa.

“A integralidade como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade”(53).

7 DE COSTUREIRAS DE SAGAS A *DESIGNERS* DE SOLUÇÕES PARA O TERRITÓRIO: UMA PROPOSTA DE APLICAÇÃO

Considerando a importância da realização do processo educativo na pesquisa participante, e surge-se a ideia da realização de uma oficina que contribuirá com o processo de troca de conhecimentos partindo da própria realidade social e o cotidiano das pessoas e assim, busca-se priorizar as verdadeiras demandas dos sujeitos envolvidos em um processo coletivo e colaborativo, desta forma realizando a definição das necessidades de mudanças abrindo possibilidades para a conquista dos seus direitos. “Daí espera-se que surja um novo conhecimento que possibilite transformar tanto os sujeitos implicados no processo quanto a realidade dos problemas”(54).

A partir da análise dos resultados apresentados anteriormente e dos objetivos deste estudo, propomos a realização de uma oficina baseada nos princípios do *Design Thinking*¹³(55) com as Marias Costura, com membros da Rede Social da Estrutural e com trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde da Estrutural. A estratégia consiste no reconhecimento do potencial de cada indivíduo como *designer* de soluções a partir de suas vivências, de suas experiências diárias com os problemas e, portanto, de alternativas que encontram a fim de concretizar o atendimento de suas necessidades e desejos.

Na introdução, vimos que a Rede Social da Estrutural é espaço que busca potencializar a participação de sujeitos individuais e coletivos para reorganizar a comunidade e o serviço, pensando políticas intersetoriais(2). A proposta de aplicação consiste, portanto, em promover uma oportunidade de alinhamento entre esse potencial da Rede, dos trabalhadores e das Marias Costura na qualidade de *designers* das soluções para problemas por elas identificados no acesso ao serviço de saúde, de modo a contribuir para a implementação da Agenda 2030.

Esta proposta parte da percepção dessas pesquisadoras de que o caminho até aqui costurado por este estudo se aproxima - em alguns momentos e aspectos - da abordagem de *Design Thinking*. Dessa forma, consideramos que esta pesquisa já cumpriu algumas dessas

¹³ *Design Thinking* é um conjunto de princípios que buscam conhecer melhor as necessidades das pessoas que estamos servindo. Ele pode ser aplicado por diversas pessoas a uma ampla variedade de problemas. Por meio do *Design Thinking*, busca-se estabelecer correspondência entre as necessidades humanas e os recursos técnicos disponíveis, considerando as restrições existentes. É uma abordagem usada para solucionar problemas complexos e que coloca o ser humano no centro do processo. É uma forma de catalisar a colaboração, a inovação e a busca por soluções inovadoras por meio da observação e colaboração, a partir de prototipagem rápida e da análise de diferentes realidades.

etapas, mas que ainda restam aquelas voltadas para a criação de soluções, conforme apresentaremos a seguir.

7.1 Conhecendo as roupas das Marias Costura

O objetivo desta fase é entender as expectativas, os desejos e as necessidades dos sujeitos investigados. Nesse sentido, consideramos que esta pesquisa já venceu esta etapa. Adotamos como desafio estratégico o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção, conforme disposto na meta 3.8 da Agenda 2030, adequada à realidade brasileira pelo Ipea. Esse desafio parece-nos apropriado, pois representa uma problemática enfrentada por um determinado grupo de pessoas(56), no caso as Marias Costura e, possivelmente, por outras pessoas na Estrutural. A fase de ouvir dedicou-se ao levantamento de informações e à observação da realidade dessas mulheres. Os resultados desta fase foram discutidos na seção anterior.

A partir do contato com as participantes da pesquisa, tivemos a oportunidade de praticar a empatia - faculdade essencial ao *Design Thinking* - que optamos por representar em forma de ilustrações dos fluxos de mulheres para obterem atendimento no serviço de saúde (Apêndices E, F e G). Essas imagens se assemelham a Mapas de Empatia, na medida em que contemplam o sentir, o pensar e o fazer das Marias Costura ao longo desse processo.

De acordo com a Rede de Inovação no Setor Público - InovaGov¹⁴, o Mapa de Empatia "é uma ferramenta que ajuda a criar 'pontos de vista' e gerar *insights* que ajudam a entender problemas e necessidades das pessoas e assim 'repensar' e redesenhar problemas utilizando como foco a empatia". Assim, o que fizemos muito se aproxima do exercício de utilizar dados de pesquisa, experiências e observações para criar pessoas fictícias que representam as usuárias do sistema de saúde na Estrutural, em outras Regiões Administrativas do DF e, até mesmo, em outras Unidades da Federação, tentando vestir suas roupas e, dessa forma, buscar entender seus problemas e suas necessidades.

A fim de que membros da Rede Social da Estrutural e trabalhadores do serviço de saúde dessa Região Administrativa também possam ter compreensão semelhante à nossa, faz-se crucial um momento na oficina de apresentação dos resultados deste estudo e dos mapas de empatia elaborados.

¹⁴ BRASIL. Rede de Inovação no Setor Público - InovaGov. Ferramentas para inovação: Mapa de Empatia. Disponível em: <http://inova.gov.br/ferramentas-para-inovacao-mapa-de/> Acesso em: 6 out. 2019.

Figura 16: Mapa da Empatia



Fonte: Design Thinking Xplane

A partir da análise dos dados obtidos junto às participantes da pesquisa, percebemos diversos problemas referentes a acesso como existência de filas e de restrição de marcação de consultas a dias específicos, rigidez que a organização do serviço em equipes impõe sobre a rotina de atendimentos na UBS e ausência de um serviço de saúde que funcione em horário estendido para atendimento a situações emergenciais ocorridas, essencialmente, no período noturno e aos finais de semana. Assim, a análise nos possibilitou a definição de uma série de problemas que podem ser objeto de prospecção de soluções. Até aqui, consideramos que os passos dados por este estudo foram satisfatórios para a elaboração da oficina, sendo necessárias pequenas adaptações, principalmente a socialização dos dados e dos resultados com os demais participantes da oficina.

7.2 Modelando novas roupas

Nesta etapa da Oficina, as Marias Costura devem eleger, entre os problemas definidos, aqueles que consideram mais críticos e que merecem ser priorizados. Entre esses, um problema inicial será definido. É sempre pertinente revisitar o desafio estratégico, conforme mencionado anteriormente. Devem ser realizadas, então, sessões de chuva de ideias

em que se espera grande quantidade de contribuições dos participantes para solucionar o problema.

7.3 Fazendo a primeira prova

A partir dessas sugestões, as melhores propostas e *insights* serão selecionados e deverão ser transformados em protótipos simples e rápidos que serão testados com as próprias Marias Costura. Assim, poderá ser observada a materialização das soluções, de forma que essas comecem a sair do plano das ideias e a se concretizarem.

7.4 Finalizando a peça modelo

Neste momento, as propostas de solução já testadas via protótipos serão implantadas e seu impacto deverá ser acompanhado. Para tanto, é importante realizar levantamento de riscos, de viabilidade, de forma que se tenha um plano de implantação simples a ser observado. Esse piloto poderá ser testado pelas próprias Marias Costura e, ainda, por outras mulheres na Estrutural. Esse processo de avaliação é constante e busca sempre a implantação de melhorias.

7.5 Produzindo roupas em série

Esse modelo de oficina pode ser replicado para prospectar soluções para os demais problemas definidos. Ademais, ele pode ser replicado em outros estudos semelhantes sobre acesso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É amplo o arcabouço político, institucional e legal instituído para a concretização do acesso dos usuários aos serviços de saúde no Brasil. Neste estudo, foi possível verificar que a universalidade prevista constitucionalmente ainda não foi efetivada com plenitude para uma parcela da população, com destaque para aquela que se encontra em situação de vulnerabilidade, a exemplo das Marias Costura.

A ida ao território nos possibilitou verificar o quão diversas são as barreiras com as quais essas mulheres se deparam diariamente quando - diante de uma necessidade - buscam o serviço de saúde, seja aquele estabelecido mais próximo de seus domicílios seja aquele estabelecido em outra Unidade da Federação. Essas dificuldades variam desde a maneira como essas pessoas se deslocam para o serviço até a disposição dos profissionais de prestarem um serviço considerado satisfatório, sendo categorizadas de acordo com critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, capacidade financeira e adequação funcional.

Os dados que nos foram apresentados pelas Marias Costura a partir de suas narrativas, as reflexões que eles nos provocaram e os resultados que pudemos discutir costuram fluxos que dão vida a um Sistema Único de Saúde ainda não percebido em oportunidade anterior ao longo da Especialização em Saúde Coletiva para nós que não trabalhamos diretamente na assistência. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de as instituições públicas enfrentarem essas dificuldades de modo a ofertar assistência a todas, observando os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Nessa mesma linha, o Relatório Luz da Agenda 2030 demonstra preocupação com o caminho que o Brasil vem trilhando nos últimos anos e busca demonstrar o quão incoerente é nossa caminhada rumo às propostas da Agenda, especialmente no que se refere à meta de acesso com a qual nos dispusemos a trabalhar.

O fortalecimento de iniciativas locais a exemplo da Rede Social da Estrutural é igualmente importante nesse processo no sentido de reduzir os ruídos existentes nas relações estabelecidas entre usuários, trabalhadores e gestão. Aproxima-se, assim, do estabelecimento de processos de trabalho centrados no interesse das usuárias e da promoção de inclusão e de participação de sujeitos no processo de reorganização dos serviços rumo à ampliação do acesso às políticas públicas de saúde.

Faz-se premente, nesse contexto, que novas iniciativas sejam tomadas e que outros estudos sejam realizados no sentido de reconhecer a luta de mulheres para a concretização do

direito à saúde - para si, para seus familiares e para a comunidade. É preciso conhecer as alternativas às quais elas recorrem para transpor barreiras de acesso aos serviços, bem como as suas dores e as suas angústias diante do fracasso. É necessária a valorização das mulheres como propulsoras do desenvolvimento do território e, como consequência, do alcance das metas da Agenda 2030, de forma que não sejam apenas alvo de ações restritas a Objetivos do Desenvolvimento Sustentável específicos, mas que sejam elevadas à condição de parceiras na construção de um futuro sustentável que ecoe a partir de suas vozes.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Projeto Estrutural Saudável e Sustentável [Internet]. Sala de Situação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://salasit.saude.df.gov.br/estrutural-projeto/>
2. Oliveira TCS de. Rede Social da Estrutural: uma reflexão à luz da teoria social crítica sobre o prisma da relação entre Estado e sociedade. Universidade de Brasília; 2016.
3. Machado JMH, Martins W de J, Souza M do S, Fenner ALD, Silveira M, Machado A de AM. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comun Ciênc Saúde*. 2017;28(2):243–249.
4. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios SCIA/Estrutural. 2019;69.
5. Staduto JAR, Kreter AC. Gênero e território: um documento balizador para o Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu; 2017. 20 p.
6. Brasil, organizador. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1a. ed., 2a. reimp. Brasília, DF: Editora MS; 2011. 80 p. (Série C--Projetos, programas e relatórios).
7. Escola Fiocruz de Governo. Caderno do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. 2018.
8. Cebes, AMPASA, ABrES. Nota pública Cobertura Universal de Saúde [Internet]. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2014 [citado 3 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>
9. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A de CA, Rosa MC da, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:1763–1776.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Agenda 2030: ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília, DF; 2018 p. 546. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf
11. Travassos C, Castro M de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *Políticas E Sist Saúde No Bras*. 2012;2:183–206.
12. Noronha JC de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:847–849.
13. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: *Política de saúde: o público e o privado*. 1996. p. 177–198.

14. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017 [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Esstablece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 2014.
16. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. SciELO Public Health; 2018.
17. MATOS A da S, CORNELIO TF, GOUVEIA WCS. Territórios Saudáveis e Sustentáveis e injustiças socioambientais no Distrito Federal. Escola Fiocruz de Governo Brasília, DF; 2018.
18. Instituto de Estudos Socioeconômicos, Movimento Nossa Brasília. Mapa das Desigualdades. 2016.
19. Miranda JM. Infraestrutura e qualidade de vida: o caso da Chácara Santa Luzia - Cidade Estrutural-DF. [Brasília]: Universidade de Brasília Instituto de Ciências Humanas Departamento de Geografia; 2016.
20. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Estrutural.pdf>
21. Sala de Situação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Óbitos na Estrutural [Internet]. Disponível em: <https://salasit.saude.df.gov.br/estrutural-mortalidade/>
22. Brandão CR. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1984.
23. Mello DA, Rouquayrol MZ, Araújo D, Amadei M, Souza J, Bento LF, et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). Cad Saúde Pública. 1998;14:583–595.
24. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo. 2002;5(61):16–17.
25. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11º ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
26. Manzini E. A entrevista na pesquisa social. Vol. v. 26/27. São Paulo: Didática; 1990.
27. Manzini E. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Edue; 2003. p. 11–25.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
29. Rosa G. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

30. Assis M de. Memórias Póstumas de Brás Cubas. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1994.
31. Ramos DD, Lima MAD da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:27–34.
32. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa M da CN, Barreto ML, Natividade M, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2015;31:111–120.
33. Martins MMF. O Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um Município do Estado da Bahia. 2018;
34. Oliveira EX, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:S298–S309.
35. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. novembro de 2012;17(11):2865–75.
36. Lima SAV, Silva MRF da, Carvalho EMF de, Pessoa EÂC, Brito ESV de, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Rev Saúde Coletiva*. junho de 2015;25(2):635–56.
37. Instituto de Estudos Socioeconômicos, Oxfam, Movimento Nossa Brasília. Uma cidade em crônicas: encarando números na Estrutural. Brasília, DF; 2018.
38. Coelho E de AC, Silva CTO, Oliveira JF de, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*. março de 2009;13(1):154–60.
39. Figueiredo JO, Prado NM de BL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Em Debate*. 2018;42:37–47.
40. Boing AC, Bertoldi AD, de Barros AJD, Posenato LG, Peres KG. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):632–641.
41. Santos ICM, Andrade MV, Noronha K. Gastos Catastróficos a partir da aquisição de medicamentos das famílias. *Anais*. 2017;1–19.
42. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, Dal Pizzol T da S, et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:15s–15s.
43. Diniz C, Servo S, Piola F. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007.
44. Vieira FS, Benevides RP de S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. 2016;
45. Ministério da Saúde. Saúde da mulher e o enfoque de gênero. In: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2011.

46. Ferraz D, Kraiczyk J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Rev Psicol UNESP*. 2010;9(1):70–82.
47. Santos M. O espaço do cidadão. 7º ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
48. Camurça S. Os direitos das mulheres e o mito do nascimento dos pobres. 2004.
49. Medeiros PF de, Guareschi NM de F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev Estud Fem*. abril de 2009;17(1):31–48.
50. Oasis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:25–32.
51. Barata R. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
52. Villela W, Monteiro S. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro/Brasília: ABRASCO—Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas; 2005.
53. PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
54. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: o saber da partilha. *Aparecida: Ideias & Letras*; 2006.
55. Brown T. Design Thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 249 p.
56. Cavalcanti CMC. Contribuições do Design Thinking para concepção de interfaces de ambientes virtuais de aprendizagem centradas no ser humano. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2015.

APÉNDICE

APÊNDICE A – Convite para participação da pesquisa



Convite

Você mora ou trabalha aqui na Estrutural? Você tem entre 18 e 80 anos? Você é usuária do SUS e fez uso de algum serviço de saúde nos últimos 24 meses? Se você respondeu "sim" a essas 3 perguntas e se você, assim como a gente, acredita que as mulheres podem contribuir para o desenvolvimento no território, vem participar da nossa pesquisa!

A pesquisa "Vozes femininas estruturais e Agenda 2030: uma contribuição para as ações de saúde na Cidade Estrutural" busca entender como algumas metas do desenvolvimento sustentável se aproxima da realidade da Estrutural a partir do olhar de mulheres como você!

Qualquer dúvida, liga pra gente: Bárbara (98262 3919) e Raquel (99993 9127)

APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Agenda 2030 e o debate sobre cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural", desenvolvida pelas estudantes do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília: Bárbara Ferreira Leite e Raquel Barroso Borges Nunes, orientada pela professora Me. Maria do Socorro de Souza, nos termos relacionados a seguir.

A. JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

1. Esta pesquisa visa contribuir para a produção de conhecimento sobre cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção das mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Intersetorial nas temáticas relacionadas aos Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 e 5;
2. Com esta pesquisa pretendemos identificar e analisar os dados secundários da Cidade Estrutural, conhecer as necessidades de saúde representados a partir do grupo de mulheres e a percepção sobre acesso e cobertura universal, bem como identificar como a Rede Intersetorial da Estrutural pode contribuir para o alcance dos ODS 3 e 5 na Estrutural a partir do tema cobertura universal de saúde e propiciar espaço de diálogo e troca de saberes;
3. A pesquisa propicia o alcance de seu objetivo de contribuir para a produção de conhecimento sobre necessidades, cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção das mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Intersetorial nas temáticas relacionadas ao Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 (saúde e bem-estar) no contexto da Agenda 2030;
4. Neste sentido, gostaríamos de contar com a sua participação para participar de oficina em que serão abordados temas relacionados a acesso à saúde e questões de gênero e como acontece a organização da Rede Intersetorial da Cidade Estrutural na garantia do direito à saúde. Lembrando que todas as informações serão mantidas no anonimato, ou seja, não utilizaremos nenhum dado que possa levar a sua identificação. Informamos que, esta pesquisa, traz riscos mínimos à sua saúde e que você pode desistir qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade;



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE

SIGILO:

5. Serão garantidos, pelas pesquisadoras, esclarecimentos antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, sobre a metodologia ou outras dúvidas que venham a surgir;
6. A participação neste projeto não causará nenhum prejuízo, tendo a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
7. Esclarecemos que sua identidade e dados pessoais não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo assegurando-lhe absoluta privacidade;

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

8. A sua participação é voluntária, não será disponível nenhuma compensação financeira para sua participação na pesquisa e, ainda, não acarretará custos para você.
9. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da sua participação na pesquisa, você poderá buscar indenização obedecendo as disposições legais vigentes no Brasil.



DECLARAÇÃO DA(O) PARTICIPANTE

Declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa “Agenda 2030 e o debate sobre cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural”, oportunidade em que foram prestados esclarecimentos sobre o estudo. Sei que sou participante voluntária(o) e que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim desejar e que, em caso de dúvidas referentes a essa pesquisa, posso entrar em contato com as pesquisadoras nos contatos abaixo (telefone e endereço eletrônico) e elas podendo esclarecer minhas dúvidas sobre o projeto a qualquer momento no decorrer da pesquisa.

Declaro que, após esclarecidas minhas dúvidas pelas pesquisadoras e compreendido o objetivo da pesquisa e demais informações sobre as suas diferentes fases, concordo em participar e confirmo o recebimento de uma via deste TCLE. Concordo, também, que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser apresentados em aulas, congressos, palestras e publicados em periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

Brasília, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Pesquisadora Principal: Raquel Barroso Borges Nunes
 Telefone para contato: (61) 99993 9127
 Endereço: Rua 14 Sul, Lote 5, Apartamento 1008 CEP: 71.939-720 Águas Claras/DF
 e-mail: raquelbborges@gmail.com

Pesquisador: Bárbara Ferreira Leite
 Telefone para contato: (61) 98262 3919
 e-mail: barbaraleiters@gmail.com

Orientadora: Maria do Socorro de Souza
 Telefone para contato: (61) 99174 1174
 e-mail: maria.souza@fiocruz.br

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Brasília/DF, CEP: 70.904-130. Telefone: (61) 3329-4607 / 3329-4638
 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

APÊNDICE C – Relato da observação na reunião da Rede Social da Estrutural

Em março de 2019, participamos da reunião da Rede Social da Estrutural, que teve início por volta das 9h da manhã com uma breve apresentação dos participantes. Estávamos todos sentados no formato de círculo e estavam presentes aproximadamente 23 participantes (líderes comunitários e representantes dos serviços públicos, como: saúde, assistência social, educação, entre outros, e pessoas da sociedade civil organizada, como dos projetos sociais e associações, e organizações não governamentais). Logo em seguida, houve a apresentação do Instituto Federal de Brasília (IFB) - Campus Estrutural, que trouxe como pauta curso técnico sobre saúde e meio ambiente: resultado de uma pesquisa realizada na Estrutural a partir das necessidades e dos interesses profissionais de adolescentes e de adultos moradores da cidade. Houve debate, esclarecimentos e posterior aprovação do novo curso a ser ofertado pelo IFB após aprovação do MEC.

Um outro ponto de pauta, trazido pelas lideranças comunitárias (percebemos que é um assunto recorrente), foi o problema de falta de creches para crianças de 0 a 4 anos na cidade Estrutural. Foi relatado que a Estrutural não dispõe de creches suficientes da rede pública de ensino, algumas são conveniadas e que prestam serviço ao governo e que não há acompanhamento e supervisão do serviço oferecido. Compartilharam que há alguns meses atrás, uma dessas creches pegou fogo, gerando sérios problemas inclusive para as famílias/mães que não tinham onde colocar seus filhos e que muitas têm dificuldades de conseguir emprego e outros por falta de opção precisam levar os filhos para cooperativa de reciclagem.

Isso nos fez pensar, nos riscos para essas crianças, e também na importância das mães estarem seguras para desenvolver outros papéis sociais, como trabalhar e estudar. Mas acima de tudo a garantia dos direitos das crianças à educação. A Constituição Federal, no Art.208 prevê que o Estado deve garantir educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade. Deparamos assim, com a distância entre a lei e a realidade, uma das muitas dificuldades vividas por essa comunidade.

Logo em seguida, uma das representantes da administração regional da Estrutural, trouxe que está no planejamento de gestão, a construção de uma escola de ensino médio. Pois avaliaram ser um problema, já que as crianças precisam deslocar-se para escolas de outras regiões. Mesmo sem estar na pauta, esse foi um ponto que gerou discussão entre os participantes reconhecendo a necessidade de ter uma escola. No entanto, logo em seguida surgiu a seguinte fala, “na Estrutural não tem um terreno vazio, desocupado para a construção da escola, é provável a necessidade de desapropriação das famílias com moradias ilegais para

a construção da escola”. Essa foi a fala da coordenadora, que gerou muita inquietação durante a reunião.

É verdade que há escassez de escolas que atendem de modo suficiente a demanda da Estrutural, as crianças se deslocam para outras Regiões como o Cruzeiro e Guará para ter acesso à educação pública a qual tem direito, como pode ser verificado na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2018/2019. Mas será que a desapropriação das famílias para, um dia muito distante, ser construída uma escola é o melhor caminho? Seria isso, uma violência por parte do estado? Acreditamos que a melhor saída é uma política eficiente de regularização de moradias, reconhecendo que essas pessoas que ali habitam, encontram-se em uma situação de pobreza e sem acesso a recursos importantes para a garantia de uma vida digna. Sabemos que o diálogo e a busca de uma solução para esse problema deve ser coletivo. É preciso avançar no debate e no planejamento de ações que pautem de fato o direito à escola, à moradia e ao trabalho.

No momento, entre tantos burburinhos e arrastar das cadeiras, surge a fala de um morador, que faz uma crítica a falta de ações e de serviços públicos disponíveis na cidade, deixando claro a irresponsabilidade do governo para com os cidadãos da região.

Foi motivador ver a participação da comunidade enquanto sujeito consciente deste processo de luta e de direito, não se permitindo calar diante de uma situação tão grave apresentado por uma das gestoras presentes. Percebemos que as reuniões da “rede social” nem sempre atuam lado a lado e em conjunto, resolvendo os problemas locais.

Observamos que durante esta reunião, a pauta da saúde foi discutida brevemente como informe sobre a futura implantação de um Centro de Apoio Psicossocial especializado em álcool e drogas – CAPSad e do Núcleo de Atendimento à Mulher, com atendimento psicológico, e articulação com os serviços da saúde, educação, assistência social, segurança e justiça, com o objetivo de romper ciclos de violência e gerar autonomia e empoderamento entre mulheres no território. O que nos fez pensar, que a pauta da saúde está pouco inserida e por sua vez é pouco discutida pelos participantes da Rede. No entanto, sabemos que a Saúde Pública é um desafio no Distrito Federal, logo na Região Administrativa da Cidade Estrutural também apresenta fragilidades e desafios a serem identificados, discutidos, amenizados e quem sabe solucionados. Reconhecemos que a Rede da Estrutural é um espaço potente para trazer à tona as dificuldades enfrentadas pelos moradores, a fim de encontrarem coletivamente e colaborativamente estratégias e possíveis soluções para os problemas da comunidade em relação a saúde.

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista semiestruturada

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - MARIA COSTURA**A – PERFIL SOCIOECONÔMICO E FAMILIAR****1. Características Gerais**

Nome:

Idade:

Setor da Cidade Estrutural em que mora:

Tipo de moradia:

- própria
 alugada
 outros

Raça/Cor:

- parda
 branca
 preta

Estado civil:

- solteira
 casada
 união estável registrada em cartório
 divorciada
 desquitada ou separada judicialmente
 viúva

Escolaridade:

- fundamental incompleto
 médio completo
 médio incompleto
 fundamental completo
 sem escolaridade
 superior completo
 superior incompleto

2 Atividade produtiva e renda

2.1 Você desenvolve outra atividade que gera renda? (além da participação no projeto Maria Costura?)

- Sim. Qual?
 Não.

2.2 Quanto você recebe? (valor estimado em R\$):

2.2.1 Recebe por:

- dia
- semana
- mês

2.3 Em sua casa, há pessoas dependentes da sua renda?

- Sim. Quantas?
- Não.

2.4 Alguém da sua família recebe benefício do Governo? (Que mora com você)

- Sim. Qual? Pensão BPC Bolsa Família Outro. Especificar:
- Não.

3 Gênero e vida familiar

3.1 Você tem filhos?

- Sim. Quantos? Qual é a idade deles?
- Não.

3.2 Teve algum aborto?

- Sim.
- Não.

3.3 Em relação à sua última gravidez, você fez pré-natal na unidade de saúde perto da sua casa?

- Sim.
- Não.

3.4 Você é responsável familiar? (ex: é chefe de família)

- Sim.
- Não.

3.5 Você cuida da saúde de alguém da sua família?

- Sim.
- Não.

3.6 Você ou alguém da sua família tem algum problema/cuidado de saúde?

B- ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Você pode me contar como e o que fez quando precisou do serviço de saúde pela última vez?

(Permitir que a entrevistada fale livremente. Evitar interrupções. Observar se a entrevistada responde automaticamente às perguntas abaixo. Caso não as responda, realizar as perguntas abaixo).

Disponibilidade

1.1 - Quando foi à última vez que você buscou atendimento no serviço de saúde? Que tipo de serviço você buscou?

1.2 - Foi aqui na Estrutural mesmo?

1.3- Você foi atendida?

() Sim. Quanto tempo esperou para ser atendida? (Desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento) () Não. Por que?

1.4 - E você ficou satisfeita?

1.5- Na maioria das vezes, onde você procura atendimento?

Acessibilidade

1.6 - E como você faz normalmente para chegar lá? (quanto tempo demora? quanto custa?)

Risco financeiro

1.7 - Após esse atendimento (se tiver havido), você precisou ter algum gasto do seu próprio bolso? (medicamento, exame, insumos...)

2. Quando precisa marcar uma consulta aqui na Estrutural, como/o que você faz?

(Permitir que a entrevistada fale livremente. Evitar interrupções. Observar se a entrevistada responde automaticamente às perguntas abaixo. Caso não as responda, realizar as perguntas abaixo).

Adequação funcional (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone)

4.1- Como funciona o agendamento de consultas na UBS? Essa forma de agendamento atende suas necessidades?

4.2- É possível agendar por telefone?

4.3 - O horário de funcionamento da UBS atende às suas necessidades? Sim/Não/Por que?

Disponibilidade

4.4 - Você já teve a experiência de agendar a consulta e, no dia do atendimento, não ser atendida? Se sim, por qual motivo?

Risco financeiro

4.5 - Você já sentiu tanta dificuldade de conseguir uma consulta que decidiu pagar do próprio bolso? Com que frequência isso acontece? Em caso positivo, você teve outros gastos do próprio bolso? (medicamentos, exames, insumos...)

3. Quando você tem qualquer dificuldade para acessar os serviços de saúde como você age/se organiza para tentar resolvê-la? (ou fazer algum tipo de reclamação)

(Permitir que a entrevistada fale livremente. Evitar interrupções. Observar se a entrevistada responde automaticamente às perguntas abaixo. Caso não as responda, realizar as perguntas abaixo).

3.1 - Você conhece (já ouviu falar ou participa) a Rede Social da Estrutural?

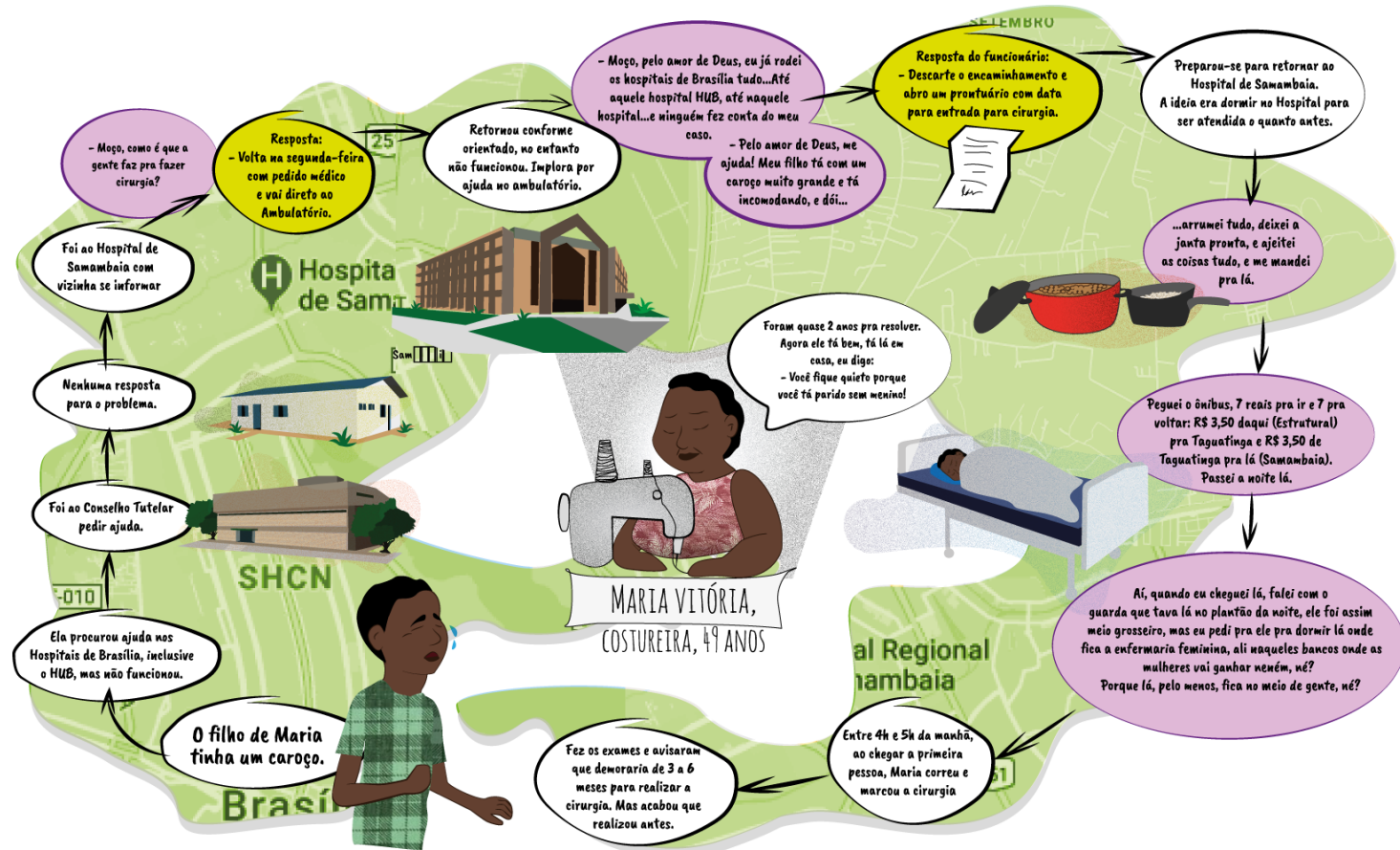
3.2 - Você participa de outros espaços de participação popular?

4. Então, diante de tudo isso que você me contou, como você gostaria que os serviços de saúde aqui na Estrutural fossem?

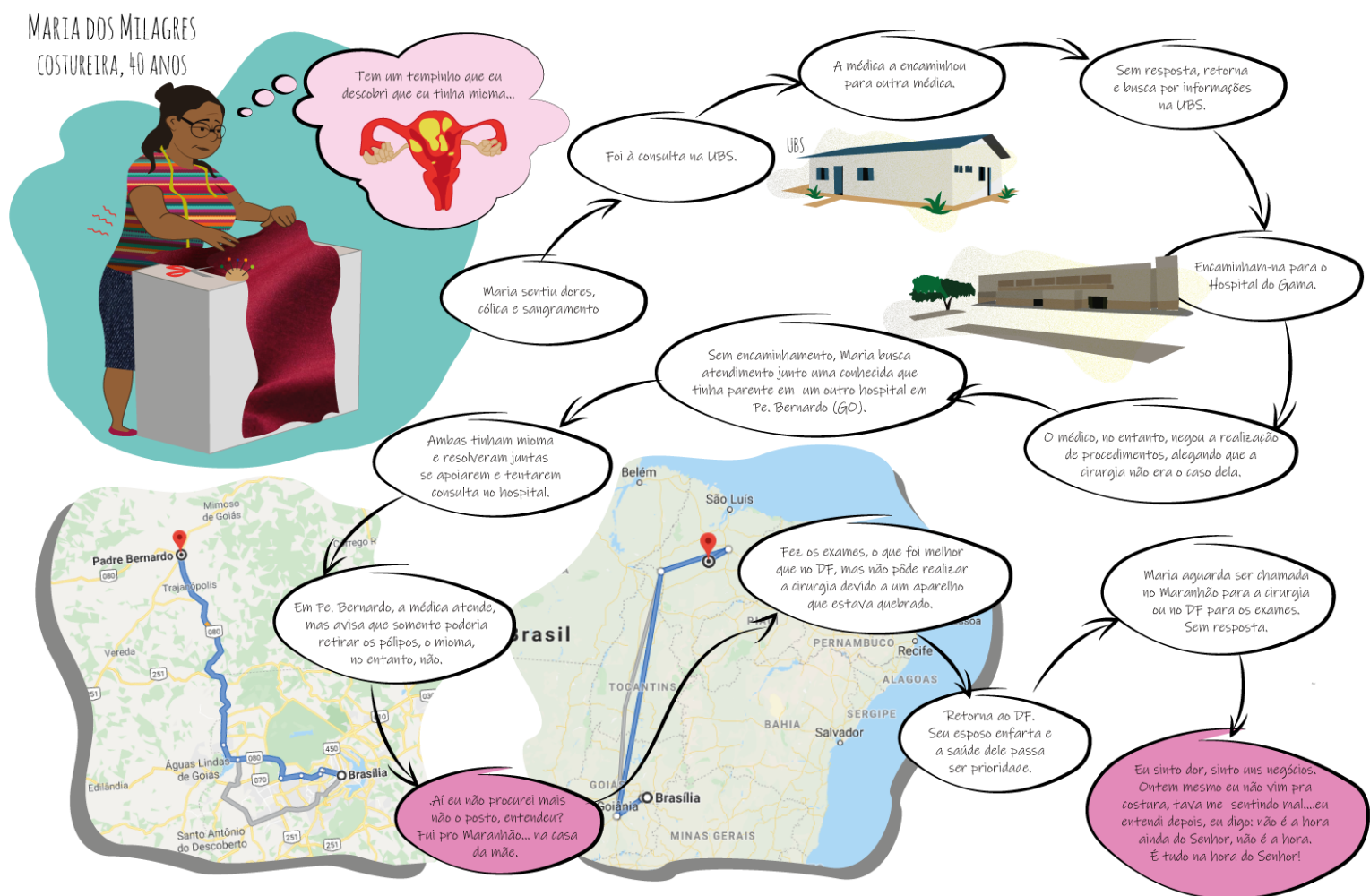
(Permitir que a entrevistada fale livremente. Evitar interrupções. Observar se a entrevistada responde automaticamente às perguntas abaixo. Caso não as responda, realizar as perguntas abaixo).

4.1 - Necessidades relacionadas ao acesso, à qualidade e ao modo de organização das ações e dos serviços ofertados na Cidade Estrutural?

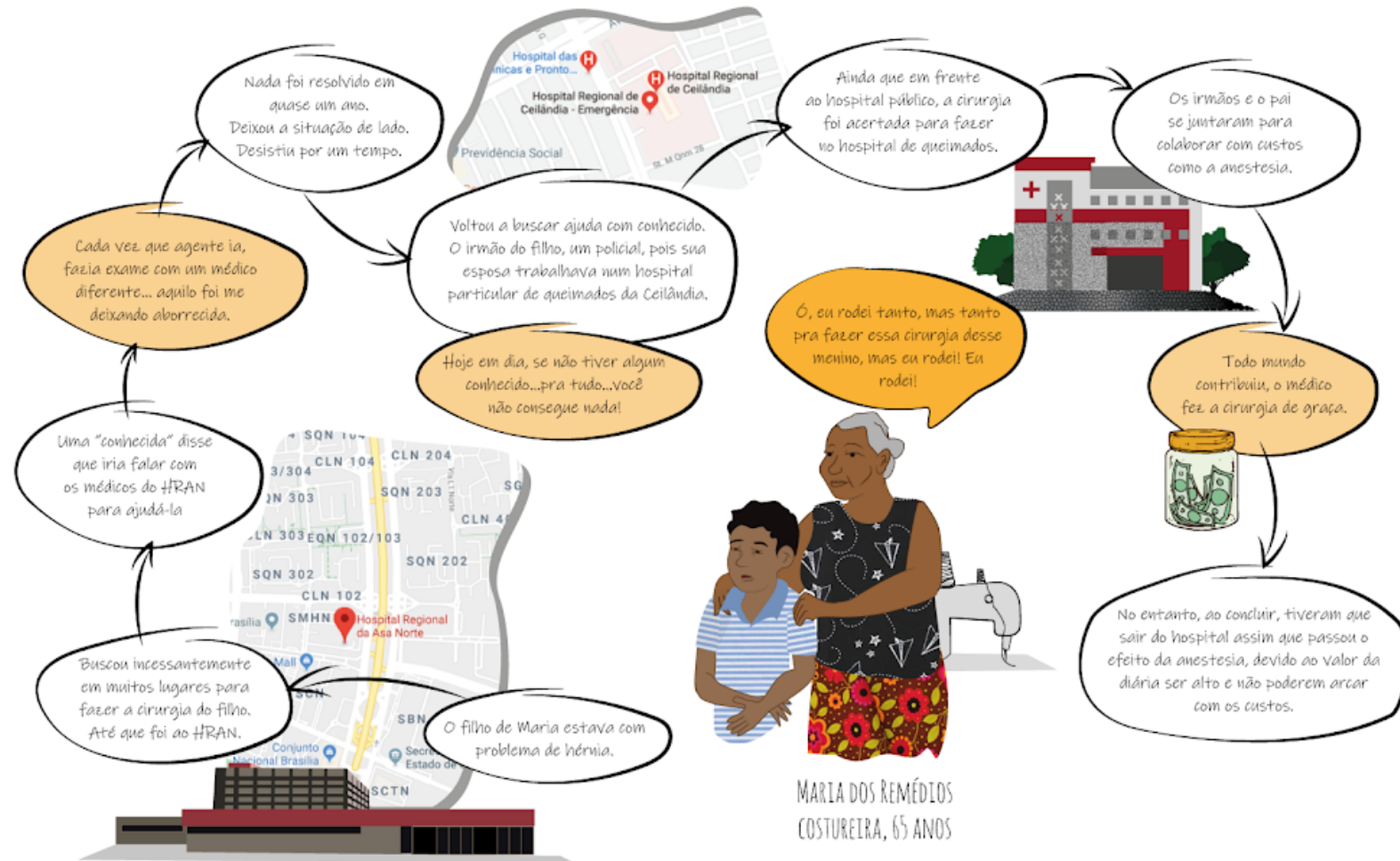
APÊNDICE E – Fluxo de Maria Vitória no serviço de saúde



APÊNDICE F - Fluxo de Maria dos Milagres no serviço de saúde



APÊNDICE G – Fluxo de Maria dos Remédios no serviço de saúde



ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Fiocruz Brasília

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Agenda 2030 e o debate sobre cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural

Pesquisador: RAQUEL BARROSO DE OLIVEIRA BORGES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21375819.4.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.593.141

Apresentação do Projeto:

A partir do compromisso assumido pelo Brasil e pelo Distrito Federal de alcançar o desenvolvimento sustentável, surge o desafio de territorialização dos objetivos do desenvolvimento sustentável com vistas à implementação da Agenda 2030 de forma a contemplar as necessidades e as prioridades locais diante de uma estratégia global.

Este projeto se insere nesse contexto e tem como objetivo contribuir para a produção de conhecimento sobre cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção das mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Intersetorial nas temáticas relacionadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 e 5 no contexto da Agenda 2030.

Para alcançar esse objetivo, este estudo será desenvolvido por meio de uma pesquisa-ação participante a partir da aproximação inicial e da articulação com um grupo de mulheres e com a Rede Intersetorial da Cidade Estrutural. Parte-se, ainda, do reconhecimento das potencialidades, da capacidade de análise crítica desses atores sobre sua realidade e da relevância do papel da Rede Intersetorial no processo de transformação social e na busca pela concretização de direitos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.593.141

Contribuir para a produção de conhecimento sobre cobertura e acesso à saúde na Cidade Estrutural, a partir da percepção das mulheres, com o intuito de potencializar o poder de agir da Rede Intersetorial nas temáticas relacionadas aos Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 no contexto da Agenda 2030.

Objetivo Secundário:

Analisar dados secundários da Cidade Estrutural sobre cobertura universal de saúde e relacioná-los com o objetivo 3 do desenvolvimento sustentável; Conhecer as necessidades de saúde apresentadas por um grupo de mulheres inseridas na Rede Intersetorial da Estrutural, realizando aproximações entre essas necessidades e acesso e cobertura universal de saúde; Identificar como a Rede Intersetorial da Estrutural recebe e encaminha as demandas de saúde da população relacionadas à acesso e cobertura universal de saúde; e Identificar como a Rede Intersetorial da Estrutural pode contribuir para o alcance do ODS 3 na Estrutural a partir do tema cobertura universal de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa traz riscos mínimos à sua saúde e os participantes estarão livres para desistir a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Benefícios:

O referido projeto contribuirá com o processo de formulação e de implementação de políticas de saúde, de forma a potencializar experiências sociais locais e o cumprimento das metas relacionadas aos ODS no contexto do Distrito Federal

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e pertinente que traz como temática a Agenda 2030 e sua relação com a cobertura e acesso à saúde de um território expressivo parao DF. Aponta riscos (mínimos) e benefícios e traz como proposta de estudo uma adequada relação entre problema de pesquisa, objetivos e metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresenta todos os documentos necessários e adequados à apreciação ética deste

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.593.141

Comitê de Ética (Projeto Básico, TCLE, Folha de rosto, cronograma e orçamento).

Recomendações:

De acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS, o pesquisador no transcorrer e no final da pesquisa deverá encaminhar ao CEP proponente seus relatórios parciais e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em consequência do prazo exíguo de defesa da pesquisadora, projeto aprovado Ad referendum.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS, o pesquisador no transcorrer e no final da pesquisa deverá encaminhar ao CEP proponente seus relatórios parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435185.pdf	18/09/2019 21:01:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/09/2019 20:59:43	RAQUEL BARROSO DE OLIVEIRA BORGES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	14/09/2019 10:56:10	RAQUEL BARROSO DE OLIVEIRA BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	coberturaeacesso_.docx	13/09/2019 13:11:31	RAQUEL BARROSO DE OLIVEIRA BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 23 de Setembro de 2019

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br