

O SIGNIFICADO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA OS USUÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SEGREDO (RS)

THE MEANING OF THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM TO ITS USERS
FROM SEGREDO, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Neusa Rolita Cavedon¹, Rosecléa Cristina Ensslin²

RESUMO

O objetivo deste estudo é verificar o significado do Sistema Único de Saúde (SUS) para seus usuários do município de Segredo, no Rio Grande do Sul, bem como evidenciar aspectos negativos e positivos do sistema. Consiste em estudo de cunho qualitativo, que teve como técnica de pesquisa entrevistas semi-estruturadas, realizadas com oito usuários no mês de junho de 2004. Em suas falas, os usuários priorizaram o significado do SUS como uma “ajuda” que é dada aos mais carentes, um plano de saúde dos pobres. Além disso, o atendimento considerado prioritário é aquele de ordem curativa e medicamentosa, sendo enfatizado como ponto positivo o fato da existência por si só do sistema. Os dados revelam uma visão que deixa transparecer um aspecto cultural brasileiro, qual seja, o paternalismo. Ao considerarem o SUS como uma “ajuda” dada aos mais carentes, os usuários colocam-se em uma posição passiva, que também revela o desconhecimento dos mesmos sobre o papel que têm junto aos Conselhos Municipais de Saúde. De certa forma, essa passividade pode ser decorrente de uma visão que lhes é transmitida através dos programas de Educação em Saúde.

Unitermos: SUS, usuários, sistema público de saúde, paternalismo.

ABSTRACT

The objective of this article is to examine what the Brazilian Public Health System (SUS) means to its users from the town of Segredo, state of Rio Grande do Sul, Brazil, as well as to evidence negative and positive aspects of the system. This qualitative study was performed through 8 semi-structured interviews with users, carried out in July 2004. The answers emphasized the meaning of SUS as a “help” offered to needy people, comparing it to a health plan for the poor. In addition, the main healthcare priorities identified were the curative treatment and the treatment with medicines. The sole fact that such a kind of service is provided to the population was pointed out as a positive factor. The study evidenced a typically Brazilian cultural point of view: the paternalism. When defining SUS as a “help” to needy ones, users are placing themselves in a passive position that also reveals their unawareness of their role in the Community Health Councils. In a way, such passivity may be the result of the way how the Health Education programs convey information.

Key words: SUS/BR, public health system, users, paternalism.

¹ Doutora em Administração, Mestre em Antropologia Social e em Administração. Professora, Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS); Pesquisadora do CNPq.

² Enfermeira, Secretária Municipal da Saúde de Segredo (RS). Especialista em Saúde da Família e em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde.
Correspondência: Profa. Neusa Rolita Cavedon, Av. Washington Luiz, 855/425, 90010-460, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-3819. E-mail: nrcavedon@ea.ufrgs.br.

INTRODUÇÃO

As ações estatais mais efetivas nas formulações de políticas de saúde, no Brasil, ocorreram no início do século XX, tendo como pano de fundo, no âmbito econômico, um modelo agrário exportador (1). Maior ênfase é dada à década de 1930, quando ocorreram transformações nesse modelo econômico consoante a uma diversificação da força de trabalho. O capitalismo liberal, estimulado a partir da década de 1960 do século XX, enfatizou a já existente dicotomização das ações de saúde, caracterizando, assim, medidas de assistência médica e de saúde pública (1).

Concomitantemente, consolidaram-se no país os modelos de prestação de assistência à saúde, destacando-se: o liberal privativo, que tinha como destino a parcela minoritária da população; a medicina de grupo, dirigida apenas a segmentos de trabalhadores urbanos; e o modelo previdenciário e da prestação de saúde pública – este baseado no modelo de programação normativa. A expansão desses distintos modelos deu-se às custas de recursos estatais, caracterizando, assim, a irracionalidade do sistema e a iniquidade de direitos.

Paralelamente a essa expansão do setor privado, há um lento crescimento de serviços estatais provocado pela diminuição da qualidade de vida. Isto se dá em consequência tanto da má distribuição de renda como do descaso do governo para com a saúde de grande parte da população, “marginalizada” pelo Sistema de Previdência Social. Vale ressaltar que a expansão do setor privado ocorre às custas de recursos públicos repassados a esse primeiro setor (1).

Assim, os gastos do governo com a medicina previdenciária, através da compra de serviços, aumentaram excessivamente. Estes gastos eram relativos à tecnificação e à sofisticação da assistência médica, bem como do engajamento de trabalhadores no mercado formal. Outro ponto crítico que merece ser destacado diz respeito ao grande número de fraudes nas contas destinadas ao repasse de verbas do governo aos prestadores de serviço.

Tais fatos resultam na denominada “crise da Previdência”, e a partir dela o governo militar busca alternativas para reversão deste processo. É nessa época que surge o Movimento Sanitário dentro do espaço acadêmico, concentrando-se nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (1).

Fatores como as carências sociais advindas da política econômica concentradora e excludente, juntamente com o final do denominado “período do milagre econômico” e a falta de espaço para manifestações políticas em oposição ao *status quo* vigente, acabaram

alimentando movimentos reivindicatórios por serviços públicos oriundos da população. Ao mesmo tempo, começaram a surgir mobilizações e debates buscando o fim do regime militar e a democratização do Brasil. O movimento sanitário então buscou a democratização da saúde e da sociedade usando como estratégia a Reforma Sanitária.

Em 1983, foi elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) um plano de reorganização do setor de saúde. Dentro deste plano, merecem destaque as Ações Integradas de Saúde (AIS), que objetivavam melhorar as condições de saúde da população. Foi através das AIS que ocorreu o repasse de recursos federais, predominantemente da Previdência às Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis por sua transferência aos municípios.

Uma das principais características de gerência das AIS era o mecanismo de colegiados de gestão dos serviços de saúde, que recebiam a denominação de Comissões Interinstitucionais, com participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados e também usuários. Após o término da ditadura, em 1985, ocorreu a eleição para a presidência por um colegiado eleitoral e a convocação de eleições para o legislativo com poderes constituintes.

Ocorre então, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento que foi um marco no processo da Reforma Sanitária. Na VIII CNS, foram lançados alguns princípios para a formulação de uma nova política de saúde, tais como: ampliação do conceito de saúde; saúde é direito do cidadão e dever do Estado; o controle social das políticas adotadas e a constituição e ampliação de um orçamento social. O relatório final da VIII CNS foi um instrumento que influenciou decisivamente para que se iniciassem simultaneamente dois processos, quais sejam: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a nova Constituição Federal.

O SUDS descentralizou os serviços através de convênio entre as três esferas de governo; possibilitava legalmente a transferência de recursos financeiros, humanos e patrimoniais para os estados e municípios e reforçou a participação de vários setores da sociedade nas Comissões Interinstitucionais.

Em 1987, um novo ator entra em cena: o Banco Mundial, que recomenda a redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde e a busca de outras fontes de financiamento. O Banco Mundial deixa muito clara a sua posição de que tratar a saúde como direito e oferecer serviços gratuitos, via de regra, não se torna algo eficiente.

Com a aprovação, em 1988, da Constituição Federal, a saúde fica definida como resultante de políticas

sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo algumas diretrizes, tais como: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

O SUS, então, é uma nova formulação política e organizacional para se reordenar os serviços e as ações de saúde, estabelecida pela Constituição Federal de 1988. É chamado de sistema único porque segue os mesmos princípios em todo o território nacional, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal, tendo como objetivo comum atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Universalidade, integralidade e equidade são os princípios doutrinários, enquanto regionalização, resolutividade, descentralização, controle social e complementaridade do setor privado são os princípios organizativos.

A universalidade garante atenção à saúde de todo e qualquer cidadão. Pela equidade, o usuário tem assegurado ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. E, através da integralidade, reconhece-se que o homem é um ser integral, biopsicossocial, que deverá ser atendido mediante esta visão integral, por um sistema de saúde também integral, voltado para prevenção, proteção e recuperação da saúde dos usuários.

A regionalização é um princípio que determina a necessidade dos serviços serem organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Outro princípio é o da resolutividade, que implica o serviço estar capacitado para enfrentar e resolver um problema de saúde dentro do seu nível de competência. A distribuição das responsabilidades, no que tange às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, é chamada de descentralização. O controle social é o princípio que garante a participação da população na formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução, em todas as esferas. E o último dos princípios é o da complementaridade do setor privado, que requer, quando da insuficiência do setor público, que seja feita contratação de serviços privados mediante algumas condições (que não cabe aqui serem discutidas).

O SUS insere-se no contexto de um país que foi colonizado e manteve por um longo tempo uma mão-de-obra escrava. Essas condições históricas acabam perpassando a ação dos brasileiros de modo geral. A nossa forma de atuar é permeada pela presença pro-

tetora do pai, que mostra o caminho, é o provedor da casa e define o que é certo ou errado dentro do núcleo familiar.

A sociedade brasileira é construída mediante uma separação bem marcada entre povo e elite. O desrespeito pelo popular sempre se fez presente. Havia o europeu “dominador” e os “dominados”, os negros e os índios. O diálogo entre esses dois mundos inexistia, as ordens deviam ser cumpridas. O autoritarismo surge sem encontrar fronteiras entre o espaço público e o privado, uma vez que o trabalho era exercido no âmbito da propriedade do senhor de engenho, e era esse senhor que garantia a moradia, a alimentação e o vestuário dos escravos (2). Vale destacar que as vestimentas, a alimentação e a moradia eram precárias. À guisa de exemplo, tem-se a feijoada, hoje considerada iguaria típica nacional, que surgiu a partir da utilização de partes dos porcos que os senhores consideravam menos nobres e as destinavam aos escravos, que, por sua vez, criaram um alimento que mais tarde foi ressignificado pelas camadas mais abastadas (3).

Com a industrialização, o imaginário do Senhor de Engenho é transposto para o contexto urbano, e os funcionários começam a enxergar o patrão como um herói que luta para manter o seu negócio e que lhes possibilita a obtenção de salários que viabilizam a subsistência. O patrão como uma figura constante no local de trabalho dos operários, mais a generosidade granjeada através de favores e da proximidade com o dono do negócio, bem como a noção de família organizacional onde trabalho e afetividade se mesclam produzindo um controle exacerbado, na medida em que a lealdade configura-se como essencial, viabilizam a permanência do paternalismo no mundo urbano-industrializado (2).

O paternalismo gera uma dependência muito grande entre líderes e liderados, dependência decorrente dos laços afetivos que se estabelecem entre patrões e empregados (4). Também é possível identificar uma relação paternalista entre os empresários e o poder público: os primeiros buscam no poder público uma relação paternalista e clientelista (5).

Esses elementos decorrem da rápida urbanização e de suas consequências, dentre elas, a absorção só de parte da população em atividades formais atreladas ao modo capitalista de produção, em contrapartida à existência de um excedente de mão-de-obra que fica marginalizado e refém de relações informais de trabalho. Essa realidade faz com que convivam lado a lado o tradicional e o moderno (6). Tal diáde faz com que a competência técnica e profissional não seja o bastante, é preciso ter proximidade com o detentor de poder, ele é quem vai nos mostrar o caminho e, no mínimo, nos proteger

(7), seja na relação patrão-empregado, seja na relação governo-governados.

O elo, no passado, entre patrões e escravos não era somente econômico, mas também moral. Elo que persiste ainda nos dias de hoje, com uma relação que, além de econômica, precisa de uma proximidade pessoal granjeada pela amizade, pela simpatia e pelos favores a serem obtidos (8).

Diariamente, na mídia impressa ou eletrônica, nos defrontamos com depoimentos e considerações tecidas pelos mais diferentes atores sociais sobre o atendimento à população realizado pelos profissionais da área da saúde pública. Essas declarações, via de regra, são de cunho negativo, com ênfase nas enormes filas, no atendimento precário, na falta de respeito para com os usuários do sistema, na insuficiência ou mesmo inexistência de materiais e equipamentos disponíveis para a realização de alguma intervenção. Mas será que o sistema é tão ineficiente como nos querem fazer acreditar certos segmentos da sociedade, que na maioria das vezes tecem tais críticas sem ao menos se predispor a ter um contato mais direto com o SUS?

Diante desse quadro, é relevante dar voz aos usuários do sistema, para que possam expressar suas percepções, tornando evidente o significado que o mesmo possui para aqueles que buscam efetivamente, de modo rotineiro, os serviços públicos de saúde, bem como evidenciar os aspectos negativos e positivos do SUS.

Segredo foi o município escolhido para este estudo de caso. A municipalização da saúde neste local deu-se em 1996, passando a atuar na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada em 2003. Reporta-se à 8ª Coordenadoria Regional de Saúde de Cachoeira do Sul, na Macrorregião dos Vales do estado do Rio Grande do Sul (RS).

MÉTODOS

A pesquisa configura-se como um estudo de cunho qualitativo, ou seja, leva em conta o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos usuários, buscando entender os achados de campo não através da quantificação e da relação causa-efeito, mas sim mediante um processo compreensivo-interpretativo (9).

A coleta de dados ocorreu nas unidades básicas de saúde de Tamanduá, Bela Vista, Serrinha Velha, distritos do município de Segredo, e na Sede. Com exceção da unidade da Sede, as demais se localizam na zona rural. A população é formada em sua maioria por descendentes de imigrantes italianos e alemães. A maior concentração populacional se dá na zona rural, sendo que a população desta área é de aproximadamente 5.000 habitantes; já na zona urbana, re-

sidem em torno de 2.000 habitantes. O município tem sua economia voltada essencialmente para a agricultura, onde as famílias trabalham em pequenas propriedades, cultivando principalmente fumo, milho, feijão e soja.

A unidade da Sede, localizada na zona urbana, atende a maior demanda de usuários do sistema. Também faz parte do sistema local de saúde um hospital geral filantrópico com 28 leitos, atendendo cerca de 70% da demanda através do SUS. É na área urbana que a população do município tem à sua disposição serviço bancário, correio, centro administrativo, hospital, escola de ensino médio e também variedade no ramo do comércio.

A partir de 2003, Segredo passou a contar com duas equipes do Programa de Saúde da Família. Possui uma equipe multiprofissional formada por agentes de saúde, auxiliar e técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e auxiliar de consultório dentário, que prestam atendimento nos postos de saúde da rede básica municipal.

A técnica utilizada para a coleta de dados baseou-se em entrevistas realizadas durante o mês de junho de 2004, nas 4 unidades de saúde do município. Todos os entrevistados eram usuários do SUS e se encontravam nas salas de espera das unidades, aguardando por algum tipo de atendimento, sendo escolhidos de forma aleatória.

A pesquisa qualitativa ganha representatividade pela diversidade de perfis dos sujeitos escolhidos para a coleta de dados. Os sujeitos deste estudo foram oito usuários do SUS, quatro de cada sexo, dois em cada unidade de saúde, com idades entre 30 e 57 anos. Apenas um entrevistado apresentou como escolaridade o nível médio completo, com os demais dividindo-se entre o ensino fundamental incompleto (cinco usuários) ou completo.

As entrevistas obedeceram ao seguinte roteiro: O que significa SUS para você? O que você espera do SUS? Quais são os aspectos positivos do SUS? Quais são os aspectos negativos do SUS?

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As falas aparecem da forma como foram expressas pelos sujeitos, ou seja, com erros de concordância, vícios de linguagem, etc. A partir da leitura do material transcrito, foram feitas análises à luz do referencial teórico.

Por fim, este artigo consiste em uma versão resumida e modificada do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, e operacionalizado pelo Programa de Pós-

Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

RESULTADOS

Na fala dos usuários do SUS, as palavras “ajuda”, “ajutório”, “ajudando” e “ajudado” foram pronunciadas com frequência, visando dar significado para o sistema. Diante de uma realidade econômica que inviabiliza a obtenção de serviços de saúde particulares por parte da maioria da população, a atuação do governo através do SUS configura-se como uma “ajuda”, especialmente para os trabalhadores rurais, que até algum tempo atrás viviam à margem em termos de conforto e bem-estar, algo que era prioritário para os habitantes de espaços urbanos.

As falas transcritas a seguir revelam essa visão por parte dos usuários:

O SUS eu acho que é quando ajuda quando as pessoas estão doentes, né? Acho que é isso aí.

Eu espero que continue, né, sempre ajudando a gente na colônia, porque, às vezes, tem tempo, às vezes de internação, que nem a minha guria que esses dias foi operada, era no começo do mês, aí ajudou um pouco, não, antes de ela ser operada foi que ela teve no hospital baixada, aí ajudou porque a gente, tudo a peso de dinheiro, olha, hoje em dia não é fácil. Eu acho que é uma coisa boa para a gente, colono, agricultor, que tem esse ajutório.

(...) é que continue sempre ajudando a gente, né. O por pouco que ajuda, mas pra gente que é colono, aí já serve, né, que a gente ganha, faz pouco, né. E que continua sempre ajudando a gente, que seja por muito tempo, né, favorece a gente. (Usuário 1)

Negócio de SUS, assim, que ajuda que o cara, dá pra dizer, por exemplo, consegue Internação Hospitalar, uma baixa, uma consulta, né. Assim, negócio de saúde, médico, né, baixas, tudo, hospital, tudo torna muito caro, né, pra gente. (Usuário 2)

É um convênio, assim, um convênio da prefeitura ou do governo, não sei, na ajuda das pessoas, né, no posto, leva pra fora pras pessoas ser atendidas de graça, eu acho, né, daí é uma colaboração das prefeituras, do governo, eu acho do federal, estadual, que é um programa que ajuda as pessoas, né, acho eu que é isso aí, significa um apoio dos meios que pode ajudar as pessoas aqui no interior ou na cidade também, né, os que mais precisam, trazendo, por exemplo, dentista, médico, enfermeira, tudo assim nas localidades, acho que é isso aí, né. E dando apoio quando precisa uma consulta pra fora também, né. Esse SUS que ajuda lá fora, acho que é isso aí. (Usuário 4)

O atendimento nos postos, né, que ajuda, né, que a gente não precisa ir particular, né, é uma ajuda mais se teria o caso de melhora, né, seria melhor, né. Porque o SUS é muito pouco, ele ajuda muito pouco pra, na colônia, né, que podia ajudar bem mais que, sei lá, pelo que a agricultura representa na... em todo o país, né, é a maior produção que sai da agricultura, e o SUS ajuda muito pouco a quem precisa ir nos posto consultar, por exemplo, aqui no Tamanduá, mas se vai pra cidade é muitas pessoas que vão lá, que aqui é conforme marcaram consulta pelo SUS, e nos posto na cidade não, né, tu chega lá, às vezes tu pega fila, se tu não vai às duas, três hora da manhã tu não consegue, não ajuda e isso aqui pra nós não, tá mais o menos, não vou dizer bom nem ruim, tá regular, né. Porque se fosse melhor que chegasse nos hospital, também o SUS, chegasse, internasse ou consultasse no hospital ou nos posto, seria transferido logo, se chegasse e atendesse logo era melhor, mas assim tu chega num posto, tu é transferido pra cidade, tu chega lá, maioria dos outros pessoal já tem a, sabe, as ficha preenchida no hospital do SUS. E pra quem chega do interior, se o médico assina a consulta que é pra internar eles internam, senão às vezes tu não consegue ficha, como marcado as ficha, aqui, aí tu vai pra cidade, tá uma pessoa passando mal, tu chega lá, aí tu pega aquela fileira, às vezes é uma pessoa ou uma criança, né, que tem febre de noite, tu chega lá, tu explica, ó, mas não tem mais ficha, aí não tem mais nada a fazer, aí tu tem que recorrer particular, e se não tem condições, fica ruim, né? Então seria o caso que melhorasse um pouquinho mais, né, se fosse, que tivesse condições, né, de ajudar o SUS.

Esperar a melhora, né, que melhorasse um pouquinho mais, né, esse SUS, eu acho que é intermédio do governo, né? Se o governo ajudasse um pouquinho mais, né, desse algumas fichas mais, pelos hospitalais, né, que chegasse quem tivesse passando mal, chegasse diretamente e consultasse, e se caso internasse, né, que o médico desse baixa pra internar se tivesse acompanhamento do SUS no hospital, né, em casos graves, né, não qualquer coisinha, porque chega o começo do mês tem pessoas lá que tem pouca coisa, o médico bota em observação, ah, o SUS, bota pelo SUS. Aí seria o caso, chega no fim do mês, aí teria que vê se tivesse ou uma condição do Governo pra ajudar a vê se os caso são mesmo pra internação ou não, né. (Usuário 8)

A visão paternalista reinante no contexto brasileiro revela-se nos discursos dos atores sociais que se utilizam do SUS, ou seja, na ótica dos mesmos, trata-se de uma instituição, um ente, uma organização que presta “ajuda” aos que precisam, o pai que auxilia, acolhe os desvalidos, aqueles que estão acometidos por doenças e que não teriam outra forma de obter um tratamento, e que esperam poder continuar contando com essa “ajuda”. Essa “ajuda” não é percebida como uma ação que

poderia ser preventiva no campo da saúde, mas sim curativa e medicamentosa.

Um outro aspecto que se revelou ao longo das entrevistas foi a percepção de que o SUS é só para pessoas carentes, só para os pobres. Na realidade, a legislação prevê a universalização do atendimento via SUS; ocorre que, em virtude de uma demora e precariedade no atendimento, as pessoas mais abastadas acabam recorrendo aos serviços pagos, e isso passa para os menos aquinhoados a idéia de que o SUS é o plano de saúde dos pobres, dos carentes. E se expressam de modo a enfatizar tal percepção:

...essas fichas, dá pra dizer, né, que o pessoal que não tem condição, né, de, dá pra dizer se não fosse isso ali, muita gente acabava morrendo, né, e não tinha solução. (Usuário 2)

Bem, o SUS significa atendimento, né, vamos dizer na nossa região de clínico geral principalmente, né, pra população que não tem nenhum tipo de vínculo com, como se diz, assim, com IPE, com UNIMED, com outro plano de saúde particular ou estatal, e é isso aí que as pessoas, é uma espécie de plano de saúde da grande maioria da população. (Usuário 3)

Bom, a princípio, a idéia que eu tenho de SUS é Sistema Único de Saúde, é uma ala da medicina pra favorecer as pessoas mais carentes, a idéia básica que eu tenho de SUS é isso, pra atender as carências das pessoas mais humildes, que não têm condições de ter um plano de saúde, enfim, uma medicina mais... é muito maior a procura do que a oferta, e geralmente quem procura na maioria dos casos é quem tem bastante necessidade, não tem condições de procurar um tratamento, digamos assim, de melhor qualidade... a pessoa que tem um poder aquisitivo mais elevado já nem depende do SUS, né, então o SUS, quanto mais ele for abrangente, mais ele vai favorecer quem realmente precisa, que é a classe humilde, né. (Usuário 5)

Atendimento grátis, atendimento nos postos, que as pessoas chegam, não tem dinheiro e são atendidas, isso ali. SUS... é o básico, é isso ali, atendimento básico para a população que não tem dinheiro, né. (Usuário 6)

O SUS, em si, eu não tenho muito conhecimento, que nem eu te falei, né, porque eu pouco venho, a gente só vem na verdade quando necessita, né. Porque uma consulta particular, entre vim aqui fazer uma consulta ou um dentista, se torna mais fácil pra gente, né, porque o dinheiro tá difícil hoje em dia. (Usuário 7)

O atendimento foi outro aspecto salientado pelos entrevistados, e as percepções aparecem: a) como

positivas; b) está bom, mas poderia ser ainda melhor; e ainda c) aqueles que referem ser inadequada a atuação do SUS.

De negativo, é outro pouco, não sei, esse negócio dessas fichas que é tudo negócio do SUS, não sei se dá pra dizer como aqui acontece, né, que o cara tem que marcar a ficha, tem que adivinhar, né, quando adoece, então dá pra dizer, se fosse assim diariamente, se, por exemplo, às vezes a gente vem aqui, não tem médico, né, tem que marcar de repente pra um mês pra frente, então isso ali tinha que ser, acho eu, né, diário, tu vinha durante o dia que tinha, né. Dá pra dizer como de marcar ali, de repente, que trinta dias sabe se o cara tá doente, ou já não tá, ou morreu, né, então, acho eu, que isso ali precisava ser nem se como tava um tempo atrás, o cara vinha bem cedo, né, esperava, e no dia conseguia, né. (Usuário 2)

Essa maneira de atender, agora, de ficar marcando, tinha que ter médico de plantão esperando, que tem pessoas que chegam ruim, doentes, mal, que as fichas tem umas sobrando ali, já foram, não tem mais, que as pessoas marcando um mês antes, chega no dia que não tão doentes, pega a ficha ou vem só por vir, e os próprios que estão precisando não são atendidos. (Usuário 6)

É uma parte, parte negativa, né, porque tu chega, tu gostaria de ser atendido porque tem problema. Eu sou assim, eu só procuro se eu tenho problema, né, tem gente que de repente, talvez, venha toda hora, né, e eu não, eu já só em caso de necessidade mesmo, senão não. Essa parte assim que teria que ser assim, não marcar com tanta antecedência, você tem uma doença, chega ali, né, poxa, não sou atendido porque não... não tem, né, não tem ficha. (Usuário 7)

Porque a gente nunca sabe o dia que a gente vai ficar doente, a doença é que vai seguindo o rumo da gente, né, quando vê a gente tá doente, a gente não escolhe quando a gente que fica doente, né, era isso.

De negativo é que essas internações, né, que seria o caso, né, que tivesse até o fim do mês, né, que não chegasse, oh, ah, é do dia vinte em diante, terminou as fichas do SUS, as consultas não tem mais, nos postos, chega lá as internações, os médicos internam, não tem mais. (Usuário 8)

A disponibilidade para o atendimento imediato configura-se como a reivindicação mais constante e revela uma preocupação com a cura e não com a prevenção. A idéia central esboçada pelos usuários consiste em obterem atendimento quando estão doentes, pois, neste caso, possuem necessidade, do contrário, nem aparecem no posto. De acordo com suas falas, só procuram atendimento “em caso de necessidade”.

Os aspectos positivos também foram enfatizados pelos usuários. A existência do sistema, por si só, configura-se como positiva por aqueles que se utilizam do mesmo.

Um aspecto positivo é ele existir. Só de existir, o SUS é uma “mão na roda”, digamos assim. Se tá ruim com ele, sem ele com certeza ia ser muito pior. Então o SUS, no geral, o que ele pode fazer tá sendo bem feito, aspecto positivo o que ele oferece é o que, de repente, ele tem, é o patamar que ele pode atingir, né, então é um aspecto positivo dele existir, né. Que é muito bom ter ele é bom, né, se tem gente que acha que é ruim, pior seria sem ele no caso, né, então o aspecto positivo é dele existir. (Usuário 5)

Ah, o acesso facilitado, né, das pessoas quando tem médico, tem dentista, tem toda a área da saúde, quando existe o funcionário, o atendimento é geral pra todo mundo, é igual pra todo mundo, esse é o aspecto positivo do SUS, e a medicação, né, também que consegue que muita gente não tem condição de comprar, e consegue aí, e sempre tem, né, o atendimento pronto quando há o profissional disponível. (Usuário 3)

De bom é que a gente é atendido, quando chega, né, é bem atendido, a gente também gosta, eu gosto de atender o pessoal bem, atender assim, né, de quando chega na minha casa, coisa assim, porque a gente não atende de outra forma, gostaria de, eu gosto de atender bem, então eu gosto de onde eu chego ser bem atendida, e aqui, graças a Deus, eu sou. (Usuário 7)

CONCLUSÃO

Diante do revelado pelas falas dos usuários, conclui-se que o SUS remete a uma significação equivocada, onde o usuário acredita nesse sistema como provedor de uma medicina destinada aos pobres e, ainda, de menor qualidade. A não-participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, de modo a contribuir para a reformulação do sistema, reflete-se na forma como percebem a administração concernente à distribuição de fichas e de autorizações para a hospitalização, além de revelar desconhecimento acerca do processo, trazendo à tona atores passivos, que aguardam as decisões articuladas pelo governo e pelos detentores de um saber profissional. O paternalismo presente na cultura brasileira reaparece no setor de saúde nos dias atuais, através de uma postura por parte dos profissionais da área, que, ao

atuarem com Educação em Saúde, via de regra, negligenciam o saber das camadas populares, caracterizando os educandos como incapazes de gerar conhecimento (10). E esses atores, que em outras esferas da vida social também se vêem marginalizados, acabam por se considerar como carentes, a quem o Estado ou os profissionais da saúde devem “ajudar”, implicando uma dependência mútua entre Estado e usuários (4).

Por outro lado, as falas dos usuários revelaram um SUS que não apresenta apenas aspectos negativos, mas também positivities. Portanto, a ênfase dada pela mídia e outros segmentos da sociedade aos pontos negativos precisa ser relativizada. É certo que há muito a ser feito, mas desconsiderar todo e qualquer benefício é tentar reforçar na população a idéia de uma medicina desqualificada e que se destina unicamente aos pobres, tal qual no passado, época em que as sobras dos alimentos eram destinadas aos escravos (3).

REFERÊNCIAS

1. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência. Rio de Janeiro: CEBES/Hucitec; 1981.
2. Davel EPB, Vasconcelos JGM. Gerência e autoridade nas empresas brasileiras: uma reflexão histórica e empírica sobre a dimensão paterna nas relações de trabalho. In: Motta FCP, Caldas MP, orgs. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. Pp. 94-110.
3. Oliven RG. Violência e cultura no Brasil. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 1986.
4. Prates MAS, Barros BT. O estilo brasileiro de administrar: sumário de um modelo de ação cultural brasileiro com base na gestão empresarial. In: Motta FCP, Caldas MP, orgs. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. Pp. 55-69.
5. Vasconcelos JGM. O coronelismo nas organizações: a gênese da gerência autoritária. In: Davel EPB, Vasconcelos JGM, orgs. Recursos humanos e subjetividade. Petrópolis: Vozes; 1996.
6. Oliven RG. A antropologia de grupos urbanos. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
7. Bresler R. A roupa surrada e o pai: etnografia em uma marcenaria. In: Motta FCP, Caldas MP, orgs. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. Pp. 111-26.

- | | |
|--|---|
| <p>8. DaMatta R. O que faz o brasil, Brasil? 4.ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1991.</p> <p>9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1992.</p> | <p>10. Schwingel B, Cavedon NR. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: Misoczky MC, Bordin R, orgs. Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa; 2004. Pp. 147-69.</p> |
|--|---|