

AMBIENTE HOSPITALAR E DINÂMICA DO ACESSO: O DESVELAR DE DIFICULDADES PERCEBIDAS POR USUÁRIOS DO SUS NOS ANOS 2000.

Ana Paula Munhen de Pontes¹, Rachel Garcia Dantas Cesso²,
Denize Cristina de Oliveira³ e Marcio Martins da Costa⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção dos usuários sobre as dificuldades de acesso existentes nos serviços de saúde do SUS nos anos 2000. **Materiais e Métodos:** Possui abordagem qualitativa, tendo como cenário um hospital federal geral de grande porte localizado na cidade do Rio de Janeiro. Participaram do estudo 24 usuários em atendimento no cenário escolhido. Os dados foram coletados utilizando-se a técnica de entrevista semi estruturada. A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os usuários reconhecem a existência de direitos no SUS e a ampliação do acesso. Dentre as dificuldades encontradas estão as relacionadas à entrada e ao fluxo do sistema, desde conseguir atendimento, consulta até internação. **Conclusão:** Diante disso, percebe-se que os usuários possuem consciência de seus direitos e percebem que estes não estão sendo atingidos totalmente. Acredita-se que o enfrentamento das dificuldades torna-se um caminho para se alcançar um sistema de saúde que promova alguma justiça social no país.

Palavras-chave: Sistema único de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Acesso universal a serviços de saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde; Ambiente de instituições de saúde.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo PPGENF/UERJ. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais. Professora Adjunta do Centro de Ensino Superior de Valença/ RJ- CESVA/FAA. Coordenadora Geral de Pesquisa do CESVA/FAA.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Universidade Gama Filho. Tecnologista Júnior - Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer.

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública USP. Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

⁴ Enfermeiro. Doutor em História das Ciências e Epistemologia do Programa de Pós-graduação do HCTE/UFRJ. Professor Adjunto do Centro de Ensino Superior de Valença/ RJ- CESVA/FAA. Diretor da Faculdade de Enfermagem de Valença/RJ. Coordenador Geral de Pós-graduação CESVA/FAA. Coordenador Geral do Núcleo de Ensino à Distância do CESVA/FAA

THE HOSPITAL ENVIRONMENT AND DYNAMICS OF ACCESS: REVEALING THE DIFFICULTIES PERCEIVED BY USERS OF SUS IN THE YEARS 2000

ABSTRACT

OBJECTIVE: Analyzing the users' perception concerning the access difficulties existent in the SUS healthcare services in the 2000s. **Materials and Methods:** The work presents a qualitative approach, having a large general hospital located in the city of Rio de Janeiro as its scenario. 24 users under care in the chosen scenario participated in the study. The data was collected utilizing the semi-structured interview technique. The data analysis was performed through Bardin's content analysis technique. **Results and Discussion:** The users acknowledge the existence of rights at SUS and the broadening of the access. Among the difficulties found are the ones related to the system flow and entry, since obtaining care, consultation, to hospitalization. **Conclusion:** In view of that, we observe that the users are aware of their rights and realize they are not being totally reached. It is believed that the confrontation of the difficulties becomes a way to achieve a health system that promotes some social justice in the country.

Descriptors: Unified Health System; Health Services Accessibility; Universal Access To Health Care Services; Health Services Evaluation; Health Facility Environment.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi promulgado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8142/90, com o objetivo de alterar o cenário de assistência a que estava submetido à população brasileira (BRASIL, 2006a), sendo bastante ampla e complexa a teoria que o sustenta.

Ao ingressarmos no serviço público de saúde, como profissionais, nos deparamos frequentemente com algumas inquietações sobre o sistema de saúde brasileiro, uma vez que diversas realidades são expostas cotidianamente no ambiente hospitalar e, muitas vezes, com situações contraditórias entre teoria e prática. Os usuários do SUS por diversas vezes se apresentam conformados e/ou agradecidos, como se o atendimento e a entrada nos serviços de saúde fossem um favor do Estado, e não um dever constitucional como estabelece a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

De acordo com o art.196 da Constituição de 1988 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no capítulo II, artigo 7, refere-se aos princípios e diretrizes do SUS, e a Lei 8.142/90 diz respeito a participação da comunidade nas decisões relativas ao sistema, por meio das conferências e conselhos de saúde (BRASIL, 2006a). Desta forma, o SUS traz consigo uma mudança radical: a saúde como direito, a ser garantido pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, regionalização, hierarquização e Participação Social (BRASIL, 2006b).

Para o alcance destes princípios existe a necessidade de organização dos serviços de forma que existam ações preventivas e curativas baseadas nas necessidades da população, e, também, comunicação entre os três níveis de assistência, colocando-se em prática ações de referência e contrarreferência. No entanto, nem sempre é isso que se observa na prática profissional.

A mídia, ainda nos dias atuais, apresenta uma imagem de caos na saúde, através de mortes nos hospitais, pessoas que ficam sem diagnóstico rápido e adequado por demora no atendimento, ou por falta de exames, outras não têm acesso a medicações, dentre outras imagens. Ela divulga constantemente um sistema que se encontra em condições ambientais, estruturais e organizacionais precárias e sem capacidade de atender as demandas da população.

Neste trabalho procura-se desvendar o pensamento dos usuários dos serviços de saúde, para assim melhor conhecer as necessidades destes atores sociais. Definiu-se como objetivo analisar a percepção dos usuários sobre as dificuldades de acesso existentes nos serviços de saúde do SUS nos anos 2000.

Este trabalho faz parte de um projeto integrado intitulado: “As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS” e apresenta o aprofundamento e a discussão em uma perspectiva histórica de uma categoria representativa do estudo de Pontes et al. (2009).

A percepção nos capacita a entender nosso próprio mundo e, portanto, pode ser uma via de acesso ao mundo do usuário, sendo essencial para a Enfermagem compreender o que o usuário percebe dos acontecimentos (SILVA, 1990). Com isso, pretendemos entender como os próprios usuários, a partir de suas vivências, percebem as dificuldades de acesso ao SUS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo que se caracteriza pela preocupação em compreender a maneira de agir e de pensar das pessoas ou dos grupos e busca responder às exigências colocadas aos fenômenos estudados (JODELET, 2003).

Os dados foram coletados em um hospital federal geral de grande porte localizado na cidade do Rio de Janeiro. Para a escolha deste campo foram levadas em consideração algumas particularidades de funcionamento, que são: ter sido constituído há mais de 20 anos, à época da coleta de dados, e ter construído uma história dentro do sistema de saúde do município; ser de fácil acesso à população, o que possibilita a procura de usuários de diversas localizações do município; e ter história de prestação de assistência anterior à implantação do SUS.

Os participantes estudados foram 24 usuários em atendimento no campo escolhido, a partir dos seguintes critérios de inclusão: faixa etária a partir dos 40 anos; usuários do campo de estudo e participantes que tenham tido experiência como usuários do serviço de saúde antes de 1990. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2005 a março de 2006, sendo utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, orientada por roteiro temático. Na análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2012) e o desenvolvimento da técnica foi apoiado nos procedimentos e instrumentos propostos por Oliveira (2008).

Em observância aos aspectos éticos de pesquisa que envolve seres humanos, foram respeitados os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente a época da coleta de dados, através da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro expresso no protocolo nº 006/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 24 entrevistas analisadas, foram identificadas 1178 unidades de registro (UR) distribuídas em 78 temas. Este conjunto de dados deu origem a 06 categorias, que, por sua vez, foram subdivididas em 15 subcategorias. Destaca-se que para efeitos deste estudo será aprofundada a discussão da primeira categoria, que se refere às dificuldades identificadas pelos usuários do sistema (PONTES et al., 2009).

Esta categoria representou 35,3% do total de UR (416), sendo a maior apresentada na análise. É composta por descrições dos participantes acerca das dificuldades encontradas ao buscar atendimento no serviço público de saúde, das consequências destas dificuldades e da adoção de medidas, por parte dos participantes, para suprir as suas necessidades.

Nesta categoria é destacada a insatisfação do usuário com relação ao tempo disposto para o alcance dos serviços oferecidos no SUS. Os usuários do SUS discorrem sobre a demora em conseguir atendimentos e sobre o espaçamento entre as marcações de consultas, bem como as dificuldades de alcance da mesma. Assim, colocam-se em questão as ações de referência e de contrarreferência do serviço, uma vez que esses usuários conseguem os encaminhamentos necessários, mas muitas vezes não chegam ao atendimento final. Os usuários se referem à possibilidade da morte como uma consequência da dificuldade encontrada ao buscar atendimento no ambiente hospitalar do sistema público de saúde.

Foi possível observar que a maior parte dos temas presentes nesta análise reflete as dificuldades vivenciadas por estes usuários na busca por atendimento nos serviços públicos de saúde. No entanto, também são abordadas as consequências vivenciadas por estes indivíduos resultantes das dificuldades pontuadas.

Subcategoria 1- Excesso de Demanda Dificultando o Atendimento

O conceito de saúde assegurado na Constituição Federal de 1988 apresenta-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado de forma universal e equânime (BRASIL, 2006a). No entanto, os brasileiros, na busca por assistência e cuidados de saúde no SUS são submetidos a filas, aguardam horas em ambientes

frequentemente desconfortáveis e são obrigados, quase sempre, a percorrerem mais de um estabelecimento para terem seus direitos garantidos (ABRASCO, 2007).

Podemos observar a percepção dos usuários sobre essa dificuldade de conseguir atendimento no SUS associada à presença de filas nos trechos das seguintes entrevistas:

São pessoas que tem expressão de sofrimento, estão na luta, vão para fila, você olha a pessoa sai angustiada, desorientada, porque não conseguiu (E 02).

Pontes et al (2009) refere que fila para conseguir atendimento apresentou-se como uma imagem marcada na percepção dos usuários, esta situação é uma barreira a ser vencida para que o atendimento se concretize onde a espera, a demanda a ser resolvida e a solução - ou não - do problema se entrelaçam na representação do próprio sistema, e que, apesar da longa espera, em algumas situações o atendimento não se concretiza.

Complementar a isso e, inclusive, como uma forma de explicação para a dificuldade apontada acima, alguns usuários referem que o aumento do número de pessoas associado à ampliação do acesso é um fator que dificulta o alcance e a qualidade do atendimento. Neste contexto, ressaltam a necessidade de chegar de madrugada e ter paciência para conseguir ser atendido no SUS, através dos seguintes depoimentos:

A gente multiplicou mais de cinquenta vezes, o povo multiplicou, então tudo isso trás qualidade ruim no atendimento (E10).

Tem que ter muita paciência, muita paciência, acordar de madrugada. Então tem que ser muito paciente e querer o melhor para si (E 01).

Torna-se interessante destacar que os usuários explicam a situação a partir de uma vertente em que não existe um responsável pelo processo de ampliação do atendimento à população, ou seja, o aumento da demanda a ser atendida é um desafio a ser enfrentado e cada um, inclusive os próprios usuários, necessitam dar a sua contribuição para a superação desta situação quase percebida como inusitada. Este fato justifica a utilização do termo paciência na fala acima sem maiores questionamentos, embora transpareça determinado grau de insatisfação (PONTES et al, 2009).

Ao usuário do SUS estão previstos, por lei, direitos como marcação de consultas ambulatoriais e de exames. No entanto, em suas falas os participantes enfatizam a dificuldade de acesso a consultas, sejam elas subsequentes ou de primeira vez. Esta situação sugere um impasse no fluxo do sistema, o que dificulta a continuidade ou o alcance do tratamento pelos usuários, pois estes referem existir um espaço grande na marcação de consultas no SUS e, também, certa dificuldade com relação à marcação da primeira consulta. Nas falas a seguir é possível observar este discurso:

De um tratamento para outro, de uma marcação de consulta mesmo, às vezes fazem meio ano (E14).

Eu (...) fui procurar um clínico (...) cheguei lá ele falou para mim que só em janeiro é que iria marcar (E02).

Estes atores sociais relacionam a existência de filas e o excesso de pessoas e de demandas a um número reduzido de oferta de serviços, bem como as dificuldades para o alcance das ações e dos serviços no SUS. Com isso, existe a necessidade de realizar sacrifícios pessoais, como acordar cada vez mais cedo ou buscar serviços longe da residência para conseguir o atendimento desejado e a satisfação de determinadas demandas.

Subcategoria 2- Deficiências dos Serviços do SUS

O acesso ao sistema de saúde deve acontecer através da atenção primária, e as unidades que oferecem assistência nesse nível de atenção devem promover ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, além de estar preparadas para atender os principais problemas de saúde da população, referenciando as situações mais complexas aos serviços de maior complexidade (SOUZA, 2001).

Neste sentido, destaca-se que uma política de saúde que defende um Sistema Único deve prever e empreender esforços, para garantir o funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, e assim, responder às necessidades de saúde da população em nível local (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Apesar de cada serviço de saúde ter uma área de abrangência, isto é, ser responsável pela saúde de uma parte da população, alguns usuários ressaltam a necessidade de buscar atendimento de qualidade longe da sua residência, uma vez

que, em sua localidade, o serviço não atende às necessidades da população local ou não é oferecido, o que acarreta na “peregrinação” por vários hospitais até conseguir atendimento. Isso gera um desconforto de deslocamento e gastos para os mesmos, como pode ser percebido nas falas expostas a seguir:

Eu venho de Caxias, outro vem de Belford Roxo, outro vem de vários lugares para [ser atendido] aqui (E 13).

Quem tem um posto de saúde perto da sua comunidade, quase não funcionam, porque não tem verba. Então o governo dando vai ajudar e todo mundo vai ali, não precisa pegar ônibus, transporte para ir a tal lugar para ser atendido (E15).

Se for consultar com um médico que não tem, então eles mandam para outro hospital aí [a gente] fica nesse jogo de empurra-empurra (...) (E16).

Destaca-se a importância do sistema local de saúde ser passível de oferecer respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando maior resolutividade na vigência de algum agravo (JULIANI; CIAMPONE, 1999). Torna-se então “imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica e estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde” (PONTES et al., 2009, p. 503).

A cidade do Rio de Janeiro apresenta-se como um dos locais com maior número de instituições de saúde do país, o que, em princípio, poderia gerar uma rede assistencial com capacidade de atendimento às principais demandas da população. No entanto, ressalta-se a existência de invasão de pacientes na cidade, vindos especialmente das cidades do Grande Rio e uma dificuldade em planejar o sistema de modo que todas as áreas programáticas contenham os principais serviços.

Com vistas à redução dessas desigualdades, uma estratégia utilizada para facilitar o acesso da população, no ano de 2008, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

A implantação de uma central de regulação como estratégia de gestão em Saúde Pública tem como objetivo principal unir as ações voltadas para a regulação do acesso nas áreas hospitalar e ambulatorial, propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população. Trata-se de um sistema que monitora a disponibilidade de vagas em atendimento especializado e de leitos, tornando mais ágil a marcação de consultas e exames e, ainda, a transferência de pacientes em estado grave de saúde e

que precisam de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou de procedimentos complexos, como cirurgias cardíacas e neurológicas. (MV, 2017).

Outra estratégia implementada pelo poder público para facilitar o acesso dos usuários que necessitam de serviços em casos de urgência foi a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU atende pelo telefone nas 24 horas, o que facilita o acesso a este tipo de serviço, cobrindo urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica e neonatal, bem como as cirúrgicas, gestacionais e de saúde mental, com equipes especialmente treinadas. Na central, profissionais de saúde avaliam cada caso e esclarecem ao usuário a melhor conduta, enviam unidades de suporte básico ou avançado, acionam bombeiros e contactam o serviço de emergência dos hospitais de referência (BRASIL, 2006b).

Contudo, os usuários referem à existência da dificuldade de acesso ao SAMU relacionado com o local de moradia:

(...) o SAMU hoje não estava querendo me pegar em casa desmaiada. Eu acordava e desmaiava, minha filha ou meu marido ligavam para lá, eles não queriam pegar, só se eu tivesse lá em baixo, porque eu moro no morro (E01).

Assim, é possível perceber na fala deste entrevistado a existência do serviço, que nem sempre é acessível a toda população, pois o alcance de um serviço de qualidade depende da instalação de equipamentos e da expansão dos serviços de emergência, de urgência e de referência do SUS (ABRASCO, 2007). Cabe destacar, contudo, que os grandes centros urbanos sofrem hoje com o alto índice de violência que impede, ao menos em parte, a ação dos serviços de saúde, como o exemplificado acima.

A dificuldade do SAMU se deve à necessidade de manter a segurança de sua equipe frente à falta de uma política de segurança pública que permita a atuação de outros setores públicos, como a saúde. Neste sentido, destaca-se a necessidade de integração interinstitucional entre SAMU e a polícia militar, e a mesma deve ser acionada para apoio de casos envolvendo pacientes agressivos e/ou situações que envolvam crimes e situações afins com objetivo de garantir a segurança da equipe de saúde (BRITO, 2006).

Percebe-se que o SUS enfrenta dificuldades administrativas, organizacionais, geográficas e inter setoriais e que, algumas situações que necessitam de solução, não se encontram no âmbito de atuação do próprio sistema, o que o dificulta na execução de seu planejamento e de suas atividades diárias.

Os usuários fazem menção à corrupção e falam do papel do governo para uma boa administração do setor saúde.

O dinheiro que vem que é destinado à saúde é uma quantia boa só que não chega para quem tem que chegar (E 09).

A corrupção pode ser caracterizada como uma situação causal da crise na saúde pública, tendo os diversos níveis de governo parcela de culpa diante desta situação (ECHEVENGUÁ, 2003). Complementar a esta ideia, entende-se que decisões da política de alocação de recursos e de critérios dos gastos necessitam ser transparentes e passíveis de controle pela população. Ao mesmo tempo, devem visar o acesso igualitário aos serviços de qualidade em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2007).

Com relação à qualidade do serviço prestado foi possível perceber, nas falas de alguns entrevistados, a caracterização do atendimento como precário:

É precário. O SUS é precário, é muito precário (E06).

É bastante precário o atendimento (E 20).

A precariedade do SUS se concretiza nas filas, no atendimento desumanizado, na presença de pacientes sendo atendidos nos corredores e nos consecutivos períodos de greves do funcionalismo público, entre outras coisas (MENDES, 2006). Os usuários percebem, também, deficiências de infra estrutura, como falta de profissionais e de materiais, que acabam por dificultar o alcance do atendimento ou a sua qualidade:

A pessoa necessitada, não ter um médico ali para atender, e ela sem recurso para um médico particular, fica difícil, uma vida difícil para elas (E 03).

Eu fui operar lá no hospital [...], cheguei lá e o hospital estava todo quebrado, os aparelhos todos quebrados, o médico falou para mim: não posso te operar aqui, você não pode ser operado aqui porque o hospital está nessa situação (E11).

Os discursos dos usuários reiteram, de forma continuada, as dificuldades enfrentadas no âmbito do sistema de saúde. Neste sentido, encontra-se tanto a falta de profissionais, quanto de materiais, que comprometem o processo de assistência e a satisfação das demandas apresentadas pelos usuários.

Essas dificuldades possuem suas raízes no espaço micropolítico de atuação – gestão da instituição, e no macropolítico – atuação do Ministério da Saúde, liberação de verbas do Governo Federal e estabelecimento de políticas de recursos humanos.

As ações e os serviços de saúde devem ser concretizados tanto para propiciar cobertura e atendimento regionais como para ensejar acesso universal e igualitário para toda população. A universalidade constitucional abrange a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento (MENDES, 2006).

Ainda complementando a ideia anterior, ressalta-se que a universalidade se caracteriza, basicamente, pelo acesso do cidadão às instituições de saúde e aos serviços que fazem parte da mesma em qualquer nível de atenção indispensável ao atendimento da necessidade sentida (RAMOS, 2007). No entanto, alguns usuários discorrem sobre a necessidade de recorrer à justiça para obter atendimento, e ainda refletem sobre a burocracia existente dentro do Sistema como um elemento que dificulta o alcance da assistência. Como pode ser observado:

Eu falei para ela (...) você é atendida (...) por bem ou por mal, é só ir na defensoria pública pegar uma liminar, e eles vão ser obrigados a te atender (E 17).

Não é liberal totalmente [o atendimento] sempre tem uma burocracia. Sempre tem, se não tiver, eles inventam (...) para as pessoas caminharem mais, andar mais (E 16).

Dentre os diversos obstáculos encontrados pelos usuários no serviço destaca-se a dificuldade de conseguir internações, e procedimentos cirúrgicos, como está exposto nas falas a seguir:

Depende também se tiver vaga. Também tem isso, se tiver vaga, porque eu tive que aguardar [para me internar] (E 08).

Estou aqui há quatro meses para fazer uma operação da carótida e não consigo resolver esse problema, é muito difícil (E11).

O acesso ao SUS é marcado por longa espera para consultas, procedimentos cirúrgicos e internação, além da falta de pessoal, de medicamentos e de tecnologias necessárias para o oferecimento de um serviço de qualidade (ECHEVENGUÁ, 2003). Para ampliar o acesso e garantir cobertura de ações e cuidados à saúde é necessário expandir e organizar redes articuladas de serviços de saúde.

Cabe destacar que no ano de 2010 foi instituída a portaria Nº 4.279/10 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. A RAS surge como estratégia para

superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010)

As unidades básicas acolhedoras, de qualidade e resolutivas em suas ações integrais, preventivas e curativas devem se articular com os demais níveis do sistema local de saúde com garantias de referência e contrarreferência, visando permitir um processo de atendimento mais eficaz e com maior rapidez (ABRASCO, 2006). O sistema de referência e contrarreferência é um dos pontos mais importantes para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Alguns usuários, ao serem questionados sobre os encaminhamentos, verbalizaram acerca das dificuldades encontradas para conseguir atendimento mesmo sendo referenciado por outro serviço.

É tendo encaminhamento é isso, vai, mas tem uns que não aceita, outros dizem que não aceitam que tem que procurar outros hospitais. Aí fica um jogo de empurra-empurra (E 16).

A falha no sistema de referência e contrarreferência se constitui numa deficiência importante no contexto do SUS, uma vez que este se configura como peça fundamental para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, pois sem funcionamento adequado deste sistema não há garantia de continuidade da assistência (PONTES et al., 2009).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento da atenção primária para os níveis de maior grau de complexidade (média e alta). A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS, ou seja, quando a continuidade do tratamento requeira menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas UBSs (SILVA et al., 2010).

Na atualidade, a partir da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis tecnológicos é importante ferramenta para articular seus pontos de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016). Nas RAS, esse sistema é parte constitutiva de um componente estruturante das redes, denominado “sistema logístico”.

Conforme expõe Mendes (2011), o sistema logístico, apoiado na tecnologia da informação, garante uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um processo dinâmico de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção.

No entanto, estudos recentes (PEREIRA; MACHADO, 2016; BRONDANI, et al., 2016) apontam que ainda existem fragilidades importantes na execução deste sistema, o que acarreta em grandes dificuldades aos usuários do SUS.

Subcategoria 3- Consequências das Dificuldades Encontradas pelos Usuários no SUS

As deficiências encontradas no atual sistema de saúde brasileiro resultam em algumas consequências que foram percebidas pelos participantes e estes as trazem em seus discursos. A demora para o alcance dos serviços e das ações de saúde e a qualidade do atendimento nos hospitais foram referidas por alguns usuários, como pode ser observado nos trechos abaixo:

Fiquei de nove horas até onze horas da noite não veio nenhum médico [...] para vir me examinar, peguei e vim embora (E 24).

O SUS é um órgão que atende muito mal, nunca atende como deveria atender (E 11).

Muitas pessoas que procuram atendimento nos hospitais do SUS apresentam um relato repetitivo de demora em conseguir consultas ou exames, bem como de

dificuldades para achar vagas nos hospitais públicos e insatisfação com o atendimento (PONTES et al, 2009). As dificuldades encontradas por estes usuários dentro do sistema tendem a acarretar um desinteresse para lutar por seus direitos, mesmo que estes estejam insatisfeitos com o serviço oferecido e, conseqüentemente, caracteriza-se uma conformação com a situação.

Deve-se compreender que os usuários apresentam um comportamento dentro do sistema de saúde que é similar ao que assumem na política e na sociedade, em que a acomodação muitas vezes é privilegiada em detrimento da busca de direitos já garantidos, mantendo-se conformados com a situação sem motivação para transformações. Neste contexto, é possível observar que existe um conformismo com o atendimento prestado, mesmo este não sendo satisfatório para os usuários.

Como eu estava muito necessitada, nem achei que o atendimento foi mal. Eu estava tão necessitada que eu aceitei o que veio para mim (...), não reclamei de nada porque eu precisava (E 03).

Para a pessoa que está dependendo e não tem condições, isso aqui está ótimo! (E09).

Essas falas apontam certa impotência dos usuários frente ao sistema, determinada pela necessidade e pelo fato de não terem outro lugar onde possam resolver seus problemas de saúde. Esta situação apresenta-se como perversa em função de penalizar aqueles que menos possuem na sociedade e que, por isto, não têm meios de fazer com que seus direitos sejam garantidos. Na atualidade, tem sido comum o surgimento de associações de usuários que possuem assessoria jurídica e objetivam organizar os indivíduos na conquista de direitos frente ao sistema de saúde.

Considera-se importante destacar que, em paralelo a isto, os usuários devem ser estimulados a cobrar a qualidade do serviço prestado de cada um dos profissionais e dirigentes do SUS. A humanização do cuidado que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde deve orientar todas as intervenções (ABRASCO, 2007).

Alguns usuários mencionam a falta de atendimento nos hospitais públicos e, também, a morte como consequência da falta desse atendimento:

Quantas pessoas morreram ano passado por causa de ficar na fila e chegar e não conseguir porque morre, porque fica doente ali mesmo, ali cai, ali fica, é uma coisa muito, muito difícil de entender (E 16).

Não tem condições de atender todo mundo, não tem condições (E 10).

A universalidade parte da premissa de que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e deve ser garantida pelo Estado. Logo, as ações e os serviços de saúde devem ser assegurados a todos os cidadãos que procuram assistência (VIANA, 1998). No entanto, como é observado nas falas acima, esse direito não chega ao alcance de toda população e ela reconhece isso de forma explícita, como o autor supracitado também pontua.

Outro aspecto importante abordado por estes atores sociais tem relação com a procura pelo serviço de saúde. Ao serem indagados sobre quando procuram o serviço, eles relatam que recorrem ao SUS em último caso, em momentos de extrema necessidade e apenas para resolução de um problema já instalado.

De acordo com o art. 198, inciso II da Constituição Federal de 1988 “o Sistema Único de Saúde deve prestar atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2006a). No entanto, não é isso que se observa na prática, como explicitado no trecho seguinte:

Eu sou difícil de vir no hospital. Só quando sou obrigado mesmo. Agora eu tenho que vir todo mês por causa da minha diabetes (E15).

[procuro o serviço] só em último caso. Só quando eu já estou caquética, me arrastando, vai me levando arrastando, aí eu vou (E 08).

A busca voltada para a cura da saúde se justifica, dentre outras coisas, pelas dificuldades encontradas por estes participantes com relação ao acesso e às deficiências do serviço, pois os usuários afirmam procurar o serviço de saúde somente quando estão debilitados e sem capacidade de autocuidar-se (PEREIRA, 2006).

As diversas dificuldades percebidas pelos usuários remetem, em parte, a uma avaliação negativa do sistema e expõem de forma concreta as limitações existentes no Sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, destaca-se a necessidade e a importância de ouvir os atores sociais que utilizam os serviços de saúde, uma vez que por meio de suas percepções torna-se possível analisar a dinâmica do acesso ao sistema.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, torna-se claro que a maioria dos usuários reconhece a existência de direitos no SUS e a ampliação do acesso, apesar das dificuldades referidas. No entanto, discorrem sobre a necessidade de adequações para que a efetivação desses direitos seja concretizada. Assim, as práticas são influenciadas pelas percepções frente à realidade dos serviços, as quais definem estratégias que são utilizadas para suprir as suas necessidades de saúde e alcançar seus objetivos.

Os usuários abordaram as dificuldades encontradas no ambiente hospitalar com relação à entrada e ao fluxo do sistema, desde conseguir um atendimento, uma consulta, uma internação, até um procedimento cirúrgico, como foi exemplificado nas falas expostas.

Dessa forma, o sistema aparece, em seus discursos, caracterizado pela dificuldade de acesso, decorrente de um excesso de pessoas a partir da democratização da assistência, o que acaba por dificultar o atendimento de todos. Isto fica evidente em relação a fatores como: o sistema possuir uma representação imagética de filas, o atendimento ruim, dificuldades de ser referenciado a outros serviços, dentre outros. Destaca-se que este ambiente é caracterizado, pelos usuários entrevistados, como precário, uma vez que relatam existir falta de profissional para atender a demanda excessiva do SUS, falta de recursos materiais e falta de investimento por parte do governo, uma vez que eles reconhecem ser dever do Estado garantir saúde para toda população.

Os participantes se reportam à corrupção dentro do sistema como um dos fatores que dificultam o acesso dos usuários aos serviços e exprimem a ideia de que se faz necessária uma atenção maior por parte do governo na área da saúde. Consideram também a necessidade de investimentos em recursos humanos e materiais, além da diminuição da corrupção dentro do Sistema para que o serviço seja oferecido com maior qualidade e efetivação para a população.

Estão presentes, ainda, medidas adotadas pelos usuários para o alcance da solução de suas necessidades como, por exemplo, se deslocar de sua área programática para buscar assistência em outra localidade, procurar o serviço ainda de madrugada, ter paciência e enfrentar fila, dentre outras.

Os usuários destacaram sua percepção sobre as dificuldades de atendimento relacionadas com os problemas de infra-estrutura, como a falta de material e de profissionais no serviço, com o excesso de pessoas para serem atendidas, com a corrupção e com a dificuldade do SAMU em chegar ao local de moradia.

É possível inferir que os usuários possuem consciência de seus direitos e percebem que estes não estão sendo atingidos num todo. No entanto, em algumas situações não procuram buscá-los ou exigi-los, o que pode ser percebido através do conformismo com o serviço oferecido, independente de este ser satisfatório ou não, em função das necessidades pessoais que precisam ser satisfeitas e da falta de opção destes participantes.

Acreditamos, no entanto, que o enfrentamento de conflitos e dificuldades cotidianas torna-se de fato o único caminho possível para se alcançar um sistema de saúde que promova alguma justiça social em nosso país. Este estudo pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas para implementação de um sistema universal nos anos 2000, cujas imensas desigualdades regionais e sociais afetam o acesso e a distribuição de recursos.

Cabe destacar que, apesar dos avanços legais e estruturais estabelecidos nos últimos anos, muitas dificuldades identificadas neste estudo ainda encontram-se presentes nos dias atuais, sendo uma realidade vivenciada pelos usuários do sistema único de saúde.

Com isso, destaca-se que na tentativa de prover o melhor para as pessoas e para o ambiente tanto agora como para um futuro indefinido, existe a necessidade de um olhar atento à saúde da população brasileira associado às questões ambientais, organizacionais, estruturais e legais, a fim de garantir maior qualidade e efetividade na assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA. Un SUS “en Serio”: Universal, Humanizado y de Calidad. **Salud Colectiva**. V. 2, n. 3, p. 317-27, 2006.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa (PT): Edições 70; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília (DF): MS; 2006b.

BRITO, M.C. A satisfação do cliente com o atendimento móvel de urgência-SAMU/192. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente** [online]. 2006 [acesso em 2017 abr 16]; 03(9). Disponível em: http://unianhanguera.edu.br/programasinst/Revistas/revistas2006/anuario_ic_2005.php

BRONDANI, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n.1, p. 01-08, 2016.

ECHEVENGUÁ, A.C. **Os direitos do usuário do SUS** [página na internet]. Porto Alegre (RS); 2003. [atualizado em 2012 março 11; acesso em 2012 Mar 11]. Disponível em: <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=130&idAreaSel=16&seeArt=yes>

JODELET D. Os métodos das ciências humanas. In: Moscovici S, Buschini F, organizadores. **Olhares sobre as metodologias qualitativas**. Paris (FR): Presses Universitaires de France; 2003. p. 139-62.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista Escola Enfermagem USP**. V. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.

MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV, organizador. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MV. **O papel da Central de Regulação na gestão em Saúde Pública**. Recife: MV Informática Nordeste. 2017. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/blog/o-papel-da-central-de-regulacao-na-gestao-em-saude-publica#>. Acesso em: 12 nov. 2017

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. V. 16, n.4. p. 569-76. 2008

PEREIRA, N.A. **As configurações do SUS para seus usuários**: uma contribuição para a prática de enfermagem e de saúde [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

PEREIRA, J.S.; MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 3, p. 1033-1051, 2016.

PONTES, A.P.M. de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300007>

RAMOS, R.S. **Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde**: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

SILVA, M.J.P. A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. **Revista Paulista de Enfermagem**. [online] São Paulo. V.9, n.3. 1990. Acesso em: acesso em 06 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.

SOUZA, R.R. A Regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Pereira v. 6, n. 2, p. 451-55, 2001.

VIANA, A.L.A. Desenho, modo de operação e representação de interesses do Sistema Municipal de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n.2, p. 20-23, 1998.