

RESUMO

O campo da saúde é inesgotável em objetos de estudo, sendo, portanto, uma área atrativa para investigação científica. Diante de várias análises e observações nesse campo de estudo, optou-se pela pesquisa em saúde pública, tendo em vista sua importância e impacto social. Percebe-se que a saúde pública evoluiu em alguns aspectos, portanto há evidentes permanências e rupturas no que tange especificamente ao atendimento das Unidades de Saúde. A partir das visitas in loco, utilizando como instrumentos a entrevista estruturada e a observação não participante, verificou-se em algumas Unidades de Saúde do município de Ubá, Zona da Mata de Minas Gerais, uma efetiva distância entre as ordenas normativas e a prática pública, o que culmina diretamente na precariedade do atendimento público de saúde e consequente insatisfação dos usuários. As evidências obtidas em Ubá não são diferentes dos dados nacionais. Sendo assim, partindo da articulação da práxis com a revisão teórica, propõe-se uma matriz de percepção que fundamente a falha no atendimento público brasileiro.

Palavras-chave: SUS. Insatisfação. Saúde. Psicologia. Atendimento.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o significado de saúde depende da concepção que se possui do ser

humano e da sua interação com o meio ambiente. Esse significado varia de cultura para cultura, e sua transmissão se dá, modernamente, pelos princípios dos seres humanos.

Nesse processo histórico, caminha-se até a implantação do SUS, que foi realizada gradualmente no âmbito nacional. A Conferência Nacional de Saúde foi um evento importantíssimo para a guinada desse processo no setor público brasileiro, uma vez que resultou na implantação da máxima de que a saúde era “direito de todos e dever do Estado”. Para tanto, pode-se encontrar, em seu estatuto, cinco princípios básicos que orientam as normativas em relação ao Sistema Único de Saúde - SUS: 1) A universalidade (artigo 196), que tem por premissa que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”; 2) A integralidade (artigo 198 - II), que explicita a necessidade de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; 3) A equidade (artigo 196 - “acesso universal e igualitário”), que se baseia na máxima de que “saúde é direito de todos” e devemos “reduzir as desigualdades sociais e regionais” e “promover o bem de todos”; 4) A descentralização (artigo 198 - I), que promove que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo [...]. 5) e, por fim, a participação social (Artigo 198 - III), que mune a sociedade do direito de “participação da comunidade”. Nesses preceitos básicos, estão fundamentados, ainda nos dias de hoje, os pilares

* E-mail: vinicius-profile@hotmail.com

da saúde pública no Brasil.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com o objetivo de modificar a desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Competem ao SUS diversos postos de atendimentos, que vão desde centros e postos de saúde, hospitais, inclusive os universitários, até laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa. Todos os cidadãos possuem o direito a consultas, exames, internações, tratamentos e toda a assistência oferecida por essas unidades.

Segundo suas bases constitucionais, o SUS se propõe a promover a saúde, através de ações preventivas, de informações para que a população conheça seus direitos e riscos à sua saúde; fora isso, busca a excelência no controle de doenças, assim como a qualidade dos remédios, exames, alimentos, higiene e adequação das instalações que atendem ao público.

Logo na apresentação de seu manual, um resumo do Estatuto Legislativo, Fernando Passos Cupertino de Barros, presidente da CONASS em 2003, afirma:

A Constituição Federal define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde, a "Lei Orgânica da Saúde", além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS tem mais de 6,5 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações (SUS, 2015).

Faz-se necessário lembrar que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de

habitantes que busca oferecer à sua população o acesso universal à saúde, o que de certa forma é uma das premissas mais ousadas que se pode observar até o momento, uma vez que a corrupção e a desigualdade social estão presentes nas práticas públicas brasileiras, inclusive na saúde. Além disso, o SUS busca abranger uma área enorme de atendimento, como pode ser observado em algumas publicações sobre suas diretrizes básicas:

Art. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

E complementada pelo Artigo 6º, que afirma:

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - A execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A partir da análise obtida na literatura especializada (Finkelman, 2002), a respeito da História da Saúde no Brasil, observa-se um considerável avanço nessa área. Como evidências deste avanço, nota-se a melhoria na prevenção de doenças através da vacinação contra as epidemias endêmicas, assistência e acompanhamento sistemáticos a algumas doenças, tais como a

varíola, difteria, tétano, poliomielite, coqueluche, sarampo, caxumba, rubéola e vários tipos de meningites e pneumonias, febre amarela, febre tifoide, diarreias por rotavírus, cólera, raiva, hepatites A e B, gripe e varicela podem ser prevenidas pelas vacinas (Vacinação, 2015); e, mais recentemente, o pleno atendimento médico a todo cidadão, sobretudo àqueles que não são contribuintes da Previdência Social.

Apesar disso, as políticas públicas existentes não dão conta de atender as demandas da população, conforme aponta Merhy (2002, p. 16), o que é enunciado pelo baixo índice de satisfação dos usuários com o atendimento oferecido pelo SUS:

[...] se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto coletivo.

Segundo pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina em 2014 (G1, 2014), 54% dos entrevistados avaliaram o atendimento em saúde prestado pelo SUS com nota de 0 a 4, 33% com nota entre 5 e 7 e 13% com nota entre 8 e 10. Nota-se, portanto, que há uma tendência probabilística de que o atendimento às demandas na área da saúde no Brasil ainda está muito distante do desejável.

Partindo do pressuposto de que existe grande insatisfação do usuário em relação ao atendimento oferecido pelo SUS, foi proposto neste artigo identificar a matriz de percepção que fundamenta a falha no atendimento público brasileiro, a partir da pesquisa realizada. O processo saúde/doença, entendido como um fenômeno coletivo, num processo histórico, remete-nos a uma ação integrada com vistas à saúde, demonstrando a necessidade da interdisciplinaridade.

Inicialmente percebe-se que o próprio processo de formação histórico do SUS aponte e sustente a matriz de percepção desta falha no atendimento desde seu início, e isso se dá a princípio na recepção dos Postos de Saúde da Família (PSF). Acredita-se também que tal falha

se estenda por todo cabedal de atendimento até as intervenções mais complexas oferecidas por este sistema.

Neste sentido, a proposta desta pesquisa é oferecer uma construção teórica a partir dos dados observados no atendimento oferecido pelo SUS da cidade de Ubá, Zona da Mata de Minas Gerais, através dos postos de atendimentos dos PSFs. Para tanto, este trabalho se servirá da reflexão da matriz de percepção encontrada nesse processo de interação entre usuário e profissionais da saúde.

Para complementação dessa análise, esta pesquisa visa compreender também: 1) o que se perde entre o bem elaborado normativo do projeto dos PSFs e a efetivação dos atendimentos aos seus usuários; 2) as queixas mais graves obtidas na observação, enfatizando: a) a falta de estrutura do espaço físico oferecido aos profissionais e b) a presença dos médicos cubanos (Projeto Mais Médicos do Governo Federal).

Esses objetivos foram atingidos através do trabalho de campo realizado com estudantes do segundo período de psicologia da Faculdade Ozanam Coelho (FAGOC), como parte integrante da disciplina Psicologia, Sociedade e Integralidade II. Para tanto, foram realizadas visitas in loco aos PSFs da cidade de Ubá e, através da observação e das entrevistas realizadas com profissionais de saúde, os estudantes produziram relatórios individuais que serviriam para associar às teorias apresentadas na disciplina, especificamente *habitus* de Bourdieu (1983) e sociabilidade de Simmel (1967).

Avalia-se que esse tipo de análise se faz necessário, tendo em vista a formação do psicólogo como profissional da saúde, e essa reflexão possibilita melhor aproveitamento do curso neste momento de formação, permitindo aos estudantes de Psicologia um olhar mais humanizado em relação às demandas do atendimento nos postos de saúde, levando em consideração as devidas necessidades dos seus usuários.

REVISÃO TEÓRICA

Para melhor compreensão dos dados, propõe-se uma leitura do que é Atenção Básica de Saúde, a qual a considera um sujeito em sua subjetividade e em sua inserção sociocultural, buscando produzir a atenção totalitária. O direcionamento do exemplo de atendimento impõe a necessidade de transformação do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho dos funcionários públicos, exigindo de seus atores (trabalhadores e gestores) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre geração e execução do trabalho. O local de atuação da Atenção Básica é o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual conta com o apoio da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado. Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde. (Merhy, 1999, p. 36).

A ESF abrange as intenções básicas do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação. Porém, apesar dos incentivos federais para o crescimento e abarcamento desta meta, muitos municípios que aderiram ao ESF têm “muitas deficiências e desafios na execução dos trabalhos, com uma necessidade de maiores discussões sobre o modo de relação entre os profissionais e a população local” (Senna, 2002, s.p.). A ESF exige, além de uma maior aproximação com a população, mudanças institucionais maiores. Segundo Cruz (2011, s.p), “um dos traços da proposta da ESF é a participação da comunidade, o controle social,

tendo cidadão como o usuário no centro do processo de avaliação”.

Já as Unidades Básicas de Saúde (USBs) compreendem uma equipe maior, com médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, obstetras, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico.

Situar uma pesquisa em Unidades de Saúde (US), seja USB ou PSF, remete aos conceitos de espaços e lugares de Certeau (1998), sendo necessária a distinção entre eles. Pode-se entender lugar como sendo uma ordem, na qual se encontram distribuídos elementos nas relações de coexistência; assim, o PSF é o lugar preciso de se fazer a análise proposta, é neste lugar que temos os elementos de que precisamos.

Porém, o lugar é estático; portanto, o que o torna um movimento de ações e intenções é o espaço, que é a própria prática do lugar. Esse movimento é capturado através do relato – “os relatos efetuam um trabalho que, incessantemente transforma lugares em espaços ou espaços em lugares” (Certeau, 1998, s.p.) Essa imbricação ocorre em duas espécies de determinações que se apresentam através dos objetos e as operações. Isto é, cada relato contém objetos que falam do lugar, e cada objeto tem uma operação que fala do espaço, as práticas que produz, e a própria história produzida pelas ações de sujeitos históricos. Aproximar dos relatos é investigar a própria história que ali, no lugar e no espaço, foi construída.

Além de aproximar-se da história através dos relatos, é preciso analisá-los. Para esta análise propõe-se entender o conceito de habitus de Bourdieu (1983). Habit, segundo Setton citado por Toledo (p. 48), é “um instrumento conceitual que auxilia apreender uma certa homogeneidade nas disposições, nos gostos e preferências de grupos e/ou indivíduos produtos de uma mesma trajetória social”.

Assim, o conceito de habitus será, neste trabalho, o instrumento que permitirá a análise da história que foi deslocada para os relatos, como afirma Certeau (1998), pelos sujeitos históricos. Havendo, no relato, o deslocamento

dos elementos da própria história, então pode-se encontrar a matriz de percepção ali existente, pois o sujeito exterioriza tais percepções, sistematizadas no processo de construção social da realidade, através das práticas sociais.

A matriz de percepção, então, é assim entendida por Bourdieu:

Estas matrizes de percepções são como estruturas da vida cotidiana que emergem do mundo social e que são ordenadas mentalmente pelos “modelos de pensamentos” que fornecem aos atores sociais orientações das diferentes práticas humanas, como se orientam no mundo social...Estas práticas surgem pela socialização, por conseguinte, por meio das atividades em grupo realizadas no dia a dia, direcionando em parte, seus comportamentos. (Toledo, 2012, p. 50).

Parece já claro que essas práticas que advêm da socialização e que são estruturadas em matrizes de percepção tornam-se acessíveis aos atores sociais e também ao pesquisador, através do relato. Porém, este, que é produto do deslocamento da realidade subjetiva para objetiva, só existe através de um elemento da construção social da realidade chamado linguagem, sem o qual a própria realidade objetiva não existe.

A expressividade humana é capaz de objetivações. Isto é, manifesta-se em produtos da atividade humana que estão ao dispor tanto dos produtores quanto dos outros homens, como elementos que são de um mundo comum. Estas objetivações servem de índices mais ou menos duradouros dos processos subjetivos de seus produtores. (Berger, Luckmann, 2004, p. 53).

Os autores ainda concluem:

Deste modo, a linguagem é capaz de se tornar o repositório objetivo de vastas acumulações de significados e experiências, que pode então preservar no tempo e transmitir às gerações seguintes. (2004, p. 57)

Assim, a análise do relato ocorre pelo encontro com a linguagem. Embora a linguagem

falada seja o instrumento mais comum e importante, não é o único. É preciso atenção com a palavra não dita, aquela que intencionalmente é caçada, recolhida do relato. Ou ainda, não o bastante, aquela que é dita de outra forma, através dos jogos, das manhas e que se pronunciam de maneira forte e de fácil leitura, porque também estão estruturadas no modelo de pensamento no qual os atores estão permeados, e assim compreendem. Para aproximação dessa palavra não dita ou dita de outra maneira, evoca-se um aspecto da sociação de Simmel, a forma, que, segundo Toledo (2012), trata-se de estratégias de conquistar ou de convencer, as quais nos permitem identificar a sociabilidade, que, “mais que uma mera categoria de interação social, oferece um frutífero ponto de partida para se examinar a dinâmica da experiência vivida e seus modos sociais de organização” (Maia, 2002 citado por Toledo, 2012 p. 55).

METODOLOGIA

Para obter uma sequência nos diversos processos necessários a fim de atingir um resultado, precisou-se saber como e quando foram executados. O estudo foi desenvolvido a partir de revisão bibliográfica e dos relatos dos alunos/entrevistadores (AE), estruturados em relatórios baseados na observação de duas horas nas US e aplicação de entrevista estruturada de cada aluno a um profissional da área de saúde. Essa técnica descreve o problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos e busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre determinado assunto, tema ou problema e, na visão de cada AE, apresentar a prática como a base para qualquer âmbito de trabalho em sequência.

A análise dos dados foi realizada a partir do método qualitativo descritivo, isto ocorreu no segundo semestre de 2015. De acordo com Bryman (1988) citado por Bauer (2002, s. p.), “um objetivo importante do pesquisador qualitativo é que ele se torne capaz de ver através dos olhos

daqueles que estão sendo pesquisados”.

Os alunos foram autorizados pela Secretaria de Saúde, após oito meses de negociação, a irem a campo mediante a intervenção de um funcionário da prefeitura; caso contrário a burocracia decreto teria se estendido. Este fato é de relevância, pois apresenta o mesmo padrão de atendimento dispensado aos usuários: longa espera e a necessidade de intervenções paralelas que minimizem o processo, que parece não se concluir em direção ao objetivo inicial.

Ao todo são disponibilizadas 14 Unidades de Saúde à população, distribuídas nos seguintes bairros: Bom Pastor, Cibraci, Cohab, Colônia Padre Damião, Eldorado, Peluso, Ponte Preta, Santa Bernadete, Santa Edwiges, São Domingos, São João, São Sebastião, Schiavon e Xangrilá. Como fator de inclusão para a pesquisa, definiu-se o seguinte critério: relação AE/US definida pela Secretaria Municipal de Saúde. Portanto, cada AE que participou desta pesquisa foi direcionado para a USB mais próxima da sua residência. O fator de exclusão, por sua vez, foram os bairros onde não há AE residentes, a saber, Santa Edwiges, São Domingos e São João.

Foram realizadas 37 entrevistas, aplicadas a 25 enfermeiros, 8 técnicos em enfermagem, 2 psicólogos, 1 dentista e 1 agente de saúde, de acordo com a disponibilidade da UBS.

As entrevistas tiveram como principais focos de investigação: A) relacionamento entre os profissionais da UBS; B) relacionamento com o profissional da psicologia; C) principais queixas trazidas pelos usuários aos profissionais de saúde; D) principais dificuldades por parte dos profissionais em atender as demandas; e, por fim, E) atendimento.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados são resultado da entrevista e da observação e serão apresentados de tal forma que seja possível uma visualização ampla das principais dificuldades da saúde pública de Ubá.

Relacionamento entre os profissionais da UBS

Os profissionais responderam, em sua maioria, que as equipes são integradas e mantêm um bom diálogo, conversando sobre os principais problemas na busca de uma solução em comum. Alguns profissionais relataram, de forma tímida, que a classe médica não é muito acessível, o que talvez, segundo eles, possa ser devido à supervvalorização da categoria ou mesmo por uma cultura de hierarquização, que é histórica e, portanto, cultural.

Ocorreu também um desabafo, com tom de denúncia, sobre o fato de um médico cumprir apenas 45 minutos de carga horária de trabalho, sendo que deveria cumprir 4 horas diárias. Porém, o fato de os usuários reclamarem apenas com os profissionais responsáveis pelo atendimento, sem formalização da denúncia, contribui, mesmo que de modo passivo, para a permanência de tal prática.

Relacionamento com o profissional da Psicologia

Os profissionais de saúde ficaram confusos quanto a esta questão. Apenas 4 dos 37 entrevistados responderam que há atendimento psicológico, sendo que os demais relataram a impossibilidade de falar sobre o relacionamento com o profissional da psicologia, pois o contato só ocorria por meio de encaminhamento. Contudo, esses relatos foram intercalados por comentários positivos acerca do trabalho dos psicólogos, mas sempre com certa distância e até incompreensão da função.

O que ocorre é que nenhuma das USs oferece atendimento psicológico. O atendimento se dá através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que recebe os encaminhamentos com vagas preestabelecida de acordo com a área de cobertura. Essas vagas são muito limitadas, e o NASF funciona em outro local, o que gera uma desapropriação do serviço de saúde mental por parte dos funcionários. Os psicólogos que responderam às perguntas da entrevista estavam circunstancialmente nas USs.

Principais queixas trazidas pelos usuários aos profissionais de saúde

O atraso de forma geral é a queixa mais presente trazida pelo usuário, seja no atraso do atendimento ou na marcação de exames e consultas, o que frequentemente acontece, podendo uma simples consulta com um especialista ter um tempo de espera de seis meses. A especialidade mais procurada é a oftalmologia – o que é um consenso entre todas as USs entrevistadas –, seguida da ortopedia e daquelas relacionadas à saúde mental (psicologia/ psiquiatria). Segundo os profissionais, isso ocorre uma vez que a área de cobertura é muito maior que o número de profissionais disponíveis para o atendimento.

A consequência direta desse desequilíbrio é a insuficiência de vagas para atender a demanda da população, além da falta de medicamentos, que seria o encerramento do atendimento, como resposta ao sintoma do paciente, com posterior acompanhamento para promoção da saúde e prevenção de futuras doenças ou ainda recidiva da doença.

A comunicação entre a USB e os usuários não é adequada, segundo os dados obtidos. As férias de médicos não são comunicadas previamente, portanto o usuário chega cedo para pegar senha e só é avisado sobre a ausência do médico bem mais tarde, perdendo um tempo importante de seu dia, sem alcançar o objetivo esperado.

Principais dificuldades por parte dos profissionais em atender as demandas

As principais dificuldades se manifestam em torno da falta de estrutura física, que parece incomodar tanto os usuários quanto os profissionais – estes são afetados diretamente no desempenho de suas funções. Isso se deve ao fato de muitas das USs estarem funcionando em locais que não foram construídos para esse fim, ou seja, na maioria são residências adaptadas. Algumas chegam a não ter sala de espera, e os

usuários necessitam aguardar em filas no passeio. Há ainda o comprometimento da ginecologia, devido à falta de instrumentos que deveriam compor uma sala destinada a esse fim; além disso, falta local destinado exclusivamente para curativos e vacinas, ocorrendo a manipulação de ambos na mesma sala.

Todos esses fatores ocorrendo de forma contínua, sem um vislumbre de solução, geram um estado de revolta no usuário, o que ele transfere diretamente para os funcionários da USB, através de hostilidade, prejudicando o próprio tratamento.

Atendimento

Esse foi o principal eixo desta investigação, sendo assim, notou-se que o mau atendimento corresponde a 91% dos relatos de insatisfação nas USs pesquisadas. Apenas em uma, os usuários não direcionam esse tipo de queixa aos funcionários.

O universo apreendido por atendimento não foi delimitado pela pesquisa. A pergunta foi ampla: “Os usuários reclamam do atendimento? Qual a maior queixa?”. Ela foi sendo delimitada pelas respostas, que deixaram claro que “atendimento” é entendido como o acesso e garantia da prestação do serviço de saúde, ou seja, marcação de consultas, incluindo as especialidades, marcação de exames e retirada de medicamentos, segundo os relatos.

Cabe acentuar que os dados de insatisfação foram colhidos com os próprios funcionários, o que demonstra o quanto eles sabem das queixas dos usuários, embora também admitam sua incapacidade de resolvê-los. Aqui entra uma dinâmica perversa, pois o conteúdo da queixa do usuário é também o conteúdo das dificuldades encontradas pelos profissionais. Usuário e profissionais se encontram insatisfeitos quanto ao não atendimento dos serviços básicos de saúde a que se propõem as USs.

A perversidade fica por conta do Sistema de Saúde, que atrai os usuários para o local, sem que seja garantida a base normativa (universalização, descentralização, equidade,

integralidade e participação), e usa dos profissionais como “objetos”, que irão garantir esse desvio da proposta. Usuários e funcionários se encontram como partes integrantes de um jogo de manipulação perversa, pois a Lei não tem poder de garantir: ela está ali, como uma espécie de preâmbulo, e deve ser depreciada, desqualificada, lembrando a todos, usuários/funcionários, o quanto são vulneráveis diante desse sistema.

Essa dinâmica ocorre com um “confronto sempre contraditório e agonístico (local de disputa) com as ordens normativas e os padrões culturais mais amplos da sociedade”. (Mai, 2202, p. 04) citado poe Toledo (2012, p. 55). Este local de disputa nos permite perceber a matriz de percepção que se apresenta no lugar e no espaço. No lugar, através de sua precariedade, a ausência de dignidade não é casualidade – são os símbolos necessários para que todos compreendam o movimento do Sistema de saúde e como cada um está integrado nele. O espaço são as operações que ocorrem no lugar, e uma interessa em particular a esta análise: a hostilidade dos usuários direcionada aos profissionais, o que se tornou perceptível pela análise da sociação e da sociabilidade.

É necessário, antes, desconstruir o paradigma de que pessoas de baixa renda são “baraqueiras”. O que se propõe é a análise de um dado e de duas referências. O dado é que os usuários não pertencem só da classe baixa, mas se estendem à classe média, sendo a hostilidade um padrão observado em todos. A referência é o Hospital do Câncer de Ubá, conveniado ao SUS e à Fundação Cristiano Varella, o qual oferece um atendimento de referência em múltiplos aspectos, desde o tratamento até o acesso e a garantia do atendimento, da simples consulta à internação. Público e privado se fundem em um tratamento de respeito e cordialidade, como resultado da ética.

A outra referência encontra-se na única US que parece funcionar dissociada dessa perversão, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), situada na Colônia Padre Damião, a qual possui um número maior de funcionários e

especialistas, mas tem uma boa estrutura física e uma organização respeitosa na condução do atendimento.

Partindo do princípio da desconstrução desse paradigma, vê-se a hostilidade como efeito mais direto da insatisfação do usuário, que se manifesta pela linguagem. Não é uma linguagem que visa resolver o problema, porque não é direcionada a algum órgão que garanta o direito do usuário, não é um direcionamento a lei.

É antes uma linguagem que denota a manutenção do problema. Todo sujeito precisa sentir-se parte integrada de um todo. Sem reconhecimento, perde-se a identidade do grupo, e não ser um indivíduo é um preço muito alto a pagar (Balmann, 2009). Ao procurar o SUS, através das USs de Ubá, o usuário recebe um atendimento que lhe confere um status. Quando o usuário reclama, mas não segue adiante, firma um tácito pacto social, cabendo aos profissionais e usuários fazerem a manutenção dessa matriz de percepção, a vitimização.

A linguagem vai e volta de um polo ao outro, usuário/profissional e vice-versa, em um contínuo, criando uma cristalização dos hábitos que é passada de geração a geração, de programa a programa (PSF, USB e ESF), de governo para governo. Nesse lugar e nesse espaço não há interlocução, não há mediação, mas há participação. O usuário sabe seu lugar: a vítima que não é ouvida. E esse discurso vitimizador tem plausibilidade na pós-modernidade, porque é ele mesmo parte da essência desse modelo de pensamento, conferindo-lhe um aspecto de normalidade, como afirma Balman (2009, p. 66):

A naturalidade com que o sofrimento é explicado pela suposição da vitimização pode ter efeito terapêutico sobre o sofredor, tornando a dor, psicologicamente, um pouco mais fácil de suportar. Mas também pode afastar a atenção dos sofredores da verdadeira causa de seu sofrimento.

Os funcionários não estão além, estão imbricados no mesmo modelo. Dizem “não poder falar”, direcionando aos usuários essa responsabilidade; mas reclamam, falam a quem

nada pode operar. Trata-se de uma vitimização, do outro polo, mas da mesma ordem, mesma matriz de percepção.

O “MAIS MÉDICOS”

A respeito dos relatórios feitos pelos AEs, o atendimento prestado pelos médicos cubanos, abarcados pelo Projeto Mais Médicos do Governo Federal, constituiu-se em um hiato no debate. Uma das grandes resistências dentro do Sistema Único de Saúde foi o referido programa. Ele faz parte de um amplo pacto para melhoria na atenção de cuidados de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, o qual prevê investimentos em infraestrutura de hospitais e unidades de saúde, bem como levar médicos para locais onde não existem profissionais.

A lei do Programa Mais Médicos apresenta a função de “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Dentro as metas, a intenção é reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias; fortalecer a prestação de serviços na Atenção Básica e aprimorar a formação médica. A lei entra como objetivo do programa e constitui a “troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e os formados em instituições estrangeiras”. Para que se atinjam todos os objetivos propostos, as principais mudanças são realizadas na formação dos médicos no Brasil.

Entretanto, tal lei não agradou os médicos brasileiros. Logo, formou-se a cultura da “invasão”. De fato, a luta por poder e capital simbólico é conceituada em Bourdieu para definir o espaço social, “que tende a funcionar como um espaço simbólico, um espaço de estilos de vida e de grupos de estatuto, caracterizados por diferentes estilos de vida” (Bourdieu, 1990, p. 160). “O capital simbólico é uma propriedade qualquer garantida pelos funcionários públicos em que as categorias de percepção são tais que eles podem reconhecê-las, atribuindo-lhes valor” (Bourdieu, 1996, p. 107).

“Num cenário de desentendimento,

a palavra deixa o papel de mero acaso para participar da tentativa de empolgar a opinião pública.” (Soares 1996, p. 28). Considerando-se a situação de disputa entre o Governo Federal e as entidades médicas, as declarações e as justificativas apresentadas por cada parte exemplificam o exposto. O tempo, de fato, está a favor dos mais necessitados, e é nessa expectativa que o programa funciona. Já no entendimento, o tempo deverá se encarregar de se apoiar.

Em especial, os médicos cubanos têm dispensado um atendimento que gera muita satisfação aos usuários. São atenciosos e as consultas são mais demoradas; com isso, já colhem mais respeito por parte dos usuários, os quais tendem a não ser hostis quando falam com eles e sobre eles. São profissionais qualificados sob uma outra matriz de percepção que não a brasileira, o que emerge nas práticas médicas públicas desses profissionais.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou alcançar os objetivos propostos, e a matriz de percepção foi construída a partir da linguagem trazida nos relatos e vista in loco, no lugar e espaço onde operam. Os resultados foram profícuos, uma vez que os AEs puderam relacionar a teoria à práxis e sentir as mesmas emoções que os próprios usuários, ao serem inseridos na mesma dinâmica, possibilitando-lhes construir um olhar mais humanizado e menos idealizado dessas estruturas sociais.

O trabalho ficou dificultado pelos critérios estabelecidos pela Secretaria de Saúde, que fez com que três USs ficassem fora da delimitação da pesquisa, além da pouca disponibilidade dos alunos em cumprirem as duas horas de observação, pois a maioria cumpre jornada de trabalho no horário comercial. Fica para além do alcance deste trabalho uma análise mais próxima da US FHEMIG, que se destacou nos aspectos investigados, mas se constitui em um campo profícuo de investigações futuras dessa

discrepante realidade com as demais USs.

A matriz de percepção construída a partir da investigação é apenas uma primeira construção de muitos desdobramentos que podem ser feitos, podendo-se aprofundar na própria análise da vitimização, talvez por uma pesquisa que tenha os usuários como público alvo, ou ainda avaliar pontos que não ficaram muito claros nesta primeira pesquisa, tais como o aprofundamento das políticas públicas orientadas pelos governos municipal e federal e a responsabilidade e omissão de cada um.

REFERÊNCIAS

Balman Z. Vida líquida. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.

Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som – um manual prático. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2002.

Berger PL, Luckman T. A construção social da realidade: tratado da sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 1985.

Bourdieu P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.

Brasil. Lei nº 12.871/2013 [acesso em 01 out. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011/2014/2013/Lei/L12871.htm.

Certeau, M de. A invenção do cotidiano: artes de fazer. Petrópolis: Vozes; 1998.

Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011.

Finkelman, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. 328 p. SciELO Books <http://books.scielo.org>. Introdução à saúde pública: prática técnica e social (os sentidos das ações de saúde). Emerson Elias MerhyProf. DMPS/FCM/UNICAMP Campinas; 2000 (rev 2002).

G1 [acesso em 29 out. 2015]. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/08/pesquisa-diz-que-93-estao-insatisfeitos-com-sus-e-saude-privada.html>.

Legislação do SUS [acesso em out. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.

Merhy, EE. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnico-assistencial para a saúde. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.

Merhy, EE. Introdução à saúde pública: prática técnica e social (os sentidos das ações de saúde). Campinas, 2000 (revisado em 2002).

Projeto Mais Médicos [acesso em 23 out. 2015]. Disponível em: <http://maismedicos.saude.gov.br/>.

Senna B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco /Ministério da Saúde; 2002.

Simmel G. A metrópole e a vida mental. In: Velho OG (org.) O fenômeno urbano. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.

Soares M. Retórica e política. In: Revista Comunicação & Política. Rio de Janeiro: CEBELA maio/ago. 1996; III (2).

Toledo GS. Produtores integrados na Zona da Mata Mineira: uma análise sobre as novas formas de sociabilidade rural. 2012. 201f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – UFV, Viçosa, Minas Gerais, 2012.

Vacinação [acesso em 28 out. 2015]. Disponível em: <http://www2.inf.furb.br/sias/saude/Textos/vacinacao.html>.