

ITINERÁRIO DO USUÁRIO DO SUS

Cláudia Márcia de Sousa Barboza

Graduada em Enfermagem pela UNESA- RJ
claudiabarboza@censanet.com.br

Patrícia Constantino

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/RJ

Resumo:

Através dos anos a saúde no Brasil passou por várias crises e várias mudanças, até em 1988 ter sido criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma política garantida na Constituição Federal, onde estabelece a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, garantindo um acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Esta política veio com o intuito de mudar o rumo da saúde no Brasil. Mas após 20 anos, este modelo ainda não alcançou um estágio que consiga resolver todos os problemas que os usuários têm quando se encontram com uma disfunção em seu estado de saúde. Este estudo que é fruto do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde Coletiva do ISECENSA veio tentar conhecer o itinerário que os usuários do SUS percorrem para a resolução de seus problemas, verificar a qualidade dos serviços ofertados e desmistificar as dificuldades encontradas neste caminho. Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, com abordagem qualitativa a fim de se adequar ao objetivo proposto. Foi realizada em uma unidade básica de saúde e em um hospital conveniado ao SUS, na cidade de Campos dos Goytacazes, com dez usuários na faixa etária entre 25 e 50 anos e renda familiar entre um e dois salários mínimos, que não possuíam plano de saúde. Na coleta dos dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada. Para analisar os dados coletados, o método utilizado foi uma análise de conteúdo observando o que havia em comum entre as falas. Ao final chegamos à conclusão que os usuários encontram um itinerário tortuoso. Muitas dificuldades são encontradas pelo caminho até conseguirem resolver seus problemas de saúde. Também verificamos que muitas vezes não conseguem alcançar seus objetivos, ficando sem soluções. Assim recorrem a outros meios para a resolução dos seus problemas.

Palavras-chave: SUS – Usuários- Saúde

Abstract:

Through the years the health in Brazil passed over several crises and several changes, even in 1988 to have been a servant the System Only one of Health (SUS), who is a politics guaranteed in the Federal Constitution, where it establishes the health like a duty of the State and a right of the citizen, guaranteeing a universal and egalitarian access to the services of health. This politics came with the intention of changing the course of the health in Brazil. But after 20 years, this model still did not reach a traineeship that manages to resolve all the problems what the users have when they meet with a dysfunction in his level of health. This study that is a result of the work of conclusion of the course of specialization in Collective Health of the ISECENSA came to try to know the itinerary through what the users of the SUS go for the resolution of his problems, to check the quality of the offered services and to demystify the trouble found in this way. It the question is a field work exploratória, with qualitative approach in order to be adapted to the proposed objective. It was carried out in a basic unity of health and in a hospital accorded to the SUS, in the city of Fields of the Goytacazes, with ten users in the age group between 25 and 50 years and familiar income between one and two minimum wages, which had not plan of health. In the collection of the data a semi-structured interview was used. To analyse the collected data, the used method was an analysis of content noticing what there was in common between the words. To the end we come to the conclusion that the users find a winding itinerary. Many difficulties are found by the way up to managing to resolve his problems of health. Also we check that they very often do not manage to reach his objectives, being left without solutions. So they resort to other ways for the resolution of his problems.

keywords: SUS – Users - Health

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. (Artg. 4º/ Lei Orgânica 8080/90).

Segundo Vasconcelos & Pasche (2006) o SUS é um “arranjo do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política no Brasil e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política.” Esta ação tem o intuito de prestar um atendimento de qualidade aos usuários com precisão e uma total resolução dos seus problemas, sem excluir nenhum cidadão brasileiro. Tentando de esta forma mudar a direção da saúde, que antes era tratada como um componente do trabalho, pois somente quem contribuía para a previdência tinha melhores acessos aos serviços, levando a uma desigualdade enorme neste setor.

Este problema no acesso e oferta pode ser diminuído ou excluído pelo SUS, que é um sistema universal e equânime. Como também pode compensar através de políticas públicas a desigualdade a qual o usuário está inserido, na classe e organização social em que vive, o que interfere no seu estado de saúde, como também no perfil patológico destes cidadãos. (BARATA, 2006)

O perfil da saúde brasileira vem sendo trabalhado há anos para superar uma assistência desigual. Um exemplo é na década de setenta, quando na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Atá (1978) aconteceram propostas para ofertar uma qualidade melhor na assistência e diminuir os gastos na saúde. Estas, vieram com a intenção de os governos possuírem melhores condições de promoverem uma população saudável, propondo a atenção primária como solução para este problema. (ANDRADE et al., 2006)

Esta atenção foi conceituada como:

Um nível de sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, excetos as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tantos básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde... (Idem)

Com a saúde funcionando desta forma sugerida, o usuário não necessitará usar as três esferas de atenção: a primária, a secundária e a terciária, diminuindo os gastos no setor e melhorando a qualidade na assistência. Assim foram criadas várias políticas com a intenção de complementar o SUS e tentar resolver da melhor forma possível os problemas de saúde da população.

Uma destas políticas é a portaria nº 648 de 2006, que através de seus princípios tenta melhorar a saúde da população brasileira, garantindo um fluxo aos usuários com capacidade de referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e responsabilizando-se por um seguimento no tratamento quando não consegue ser sanado na primeira escala da atenção em saúde.

As práticas de saúde apesar de todas as tentativas de acabar com a desigualdade, ainda estão enfrentando uma importante crise e não conseguem atender

efetivamente as necessidades dos seus usuários. Mesmo com o grande desenvolvimento científico e tecnológico.

As políticas de humanização, integralização, promoção da saúde, vigilância em saúde, entre outras, são estratégias de enfrentamento nesta crise, na tentativa de melhorar a qualidade nos serviços de saúde. Como também o uso adequado de recursos... (AYRES, 2004).

O SUS é uma política que é avaliada constantemente por vários estudos verificando através de sua eficácia, se ele está se tornando um instrumento de cidadania como preconizado na Constituição. Perguntas são feitas para verificar a “qualidade dos serviços prestados, a pertinência da tecnologia utilizada e sobre os modelos assistenciais implantados, dentre outros”, afim de o sistema ser avaliado na busca de respostas para a implantação eficaz desta política. (NOVAIS, 2000 apud FURTADO, 2006)

O caminho percorrido no setor de saúde para tentar sanar a crise é longo e lento. Um estudo realizado pela USP “A saúde no Brasil e na América Latina”, mostra várias carências que o sistema de saúde brasileiro possui. Não carências de aparelhos sofisticados, mas de atenção básica na saúde. Um dos caminhos que este estudo mostra é aprimorar a gestão na saúde como forma de aumentar a qualidade neste setor. (SÉ, 2008).

A razão pela qual foi escolhido o tema do estudo, foi conhecer o itinerário que os usuários do SUS percorrem para a resolução de uma disfunção em seu estado de saúde. Verificar se seus direitos estão sendo respeitados, como está o atendimento nos serviços de saúde, e se há um comprometimento destes serviços na execução das políticas de saúde.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem qualitativa por se adequar ao objetivo proposto de compreender o itinerário terapêutico dos usuários do SUS.

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2001) tem o propósito de permitir que o pesquisador compreenda de uma forma integral o objeto de seu estudo, dentro de um problema específico. Alcançar seus ideais e entender a questão investigada de uma realidade que não pode ser mensurada e sim analisada.

Foi realizada em uma unidade básica de saúde e em um hospital conveniado ao SUS, situados na cidade de Campos dos Goytacazes, com usuários que necessitam de atendimento no SUS. Foram utilizados dez sujeitos na pesquisa, com faixa etária entre vinte e cinco e cinquenta anos de idade, com renda familiar entre um e dois salários mínimos, que não possuíam plano de saúde (necessitando então prioritariamente dos serviços do SUS) e pacientes que utilizaram os serviços do sistema entre 2005 a 2008. Os critérios de exclusão são: indivíduos com menos de 25 anos e mais de 50 anos; com renda superior a dois salários mínimos; que possuíam plano de saúde e pacientes demenciados ou que não gozem de saúde mental perfeita.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado uma entrevista semi-estruturada como segue em anexo, contendo nove perguntas, e o uso de um gravador para melhor transcrever as falas dos sujeitos da pesquisa.

Para analisar os dados coletados nas entrevistas o método utilizado foi à análise de conteúdo através da leitura das falas dos entrevistados, observando o que havia em comum entre elas e identificando os caminhos percorridos pelos entrevistados. Ao analisar os dados coletados, o pesquisador descreve e avalia sem julgar as declarações dos sujeitos.

Antes de iniciar cada entrevista os participantes leram e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao sujeito da pesquisa e ao Estado.

Foram usados codinomes da natureza para relatar as falas e preservar a identidade dos participantes.

Resultados e Discussão

Para analisar e compreender as entrevistas, os dados coletados foram analisados a fim de investigar a questão norteadora: Conhecer o itinerário que os usuários do SUS percorrem para a resolução de uma disfunção em seu estado de saúde. Como também buscar as respostas para os objetivos específicos do estudo, que são: investigar o atendimento dos serviços de saúde aos usuários do SUS, verificar se os direitos dos usuários estão sendo respeitados pelos serviços de saúde e verificar o comprometimento dos serviços de saúde na execução de políticas de saúde a fim de garantir uma qualidade no atendimento.

Quanto às duas primeiras perguntas da entrevista, estas foram incluídas com a intenção de inserir o usuário no contexto da pesquisa, pois quando foram escolhidos os critérios de inclusão dos participantes, sabíamos que estes sempre necessitavam dos serviços do SUS e que a demanda seria devido a uma disfunção no estado de saúde.

Quando analisamos as respostas dos usuários da unidade básica de saúde, os entrevistados afirmaram que o atendimento é bom, apesar da dificuldade e do tempo de espera para marcar uma consulta, que dura em média de três a sete dias. Relataram que se deslocam de suas residências para o posto de saúde de madrugada, em torno das quatro horas da manhã. Apesar dos embaraços, estes conseguem ter os seus objetivos atendidos, porém somente dentro das especialidades existentes naquela unidade. Verificamos então que a atenção básica alcança em parte seu objetivo quando consegue resolver os problemas dos usuários, mesmo que somente em sua área de abrangência.

Levou uns três dias para eu conseguir marcar a ficha. Tem que chegar muito cedo, 4 horas da manhã. Depois eu marquei e no mesmo dia fui atendida. (Mar) (sic)

Aqui no postinho. Peguei ficha de madrugada, cheguei 4 horas da manhã, e fui atendida no mesmo dia, tem dia que não consegue. Tem que chegar cedo e ficar tentando até conseguir. (Floresta) (sic)

Quando o usuário não consegue na unidade de entrada do serviço de saúde solucionar seu problema, ele é encaminhado para outra unidade a fim de conseguir uma especialidade ou exames complementares e não conseguem na maioria das vezes chegar ao objetivo proposto, desistindo então de marcar a consulta ou os exames mais complexos pelo SUS. Daí são quase que obrigados a procurar por um serviço social, mesmo muitas vezes, sem condições financeiras, ou através do “jeitinho brasileiro”.

As falas dos usuários a seguir confirmam análise:

.... Eu tô tentando marcar transvaginal e não consigo. Vai fazer mais de mês.... Eu fui no ..., cheguei lá a moça falou que o posto que tinha que marcar prá lá. Como o posto levou mais de 15 dias para marcar e não marcou, eu peguei e tentei marcar por mim mesma.

Então eu vou esperar marcar por aqui. ...Quer dizer leva muito tempo. (Cachoeira). (sic)

...Meu filho tá precisando fazer um exame de ouvido, não sei o nome, é um nome complicado. Eu já estou esperando quase seis meses. Uma ora não tem verba, outra ora não tem vaga. Cada dia uma desculpa. Levei ele na clínica... que faz esse exame, só faz lá. O médico encaminhou. Quanto a esse problema eu não resolvi e nem sei se vou conseguir. (Mar) (sic)

...Manda a gente cada hora para um lugar. Uma vez eu passei mal. Primeiro eu fui ao hospital. Porque eu tenho pressão alta... O médico me examinou disse que estava tudo bem e me mandou ir embora para casa. Quando chegou a noite, eu passei mal de novo e tive que voltar para o hospital. Fui para ao ... de moto, com meu marido na frente e meu sogro atrás me segurando. Podendo acontecer um acidente. Aí falaram que não podiam resolver meu problema e me mandaram para o ... A ambulância estava ocupada. Aí eu fui de moto mesmo. Toda vez que eu preciso de um médico agora eu pago social. Eu não tenho dinheiro não moça. Eu falo que pago porque preciso. Mas quando você paga social, tudo tem que ser social, os exames os remédios. Vou fazer o que, as vezes nem faço os exame , só tomo os remédios. (Estrela) (sic)

Rapidinho. Aqui é tudo muito rápido. ..e..... eu cheguei aqui e.... falei para as meninas, funcionárias que estava precisando de uma consulta de urgência e imediatamente elas me atenderam. ...Não, eu não peguei ficha. Eu cheguei e pedi e pelo caso que eu contei.....(Depois observamos que a usuário é parente de um usuário de posto) (sic)

Ao realizamos as entrevistas no hospital, os entrevistados relataram que muitas vezes ficaram nas enfermarias de pronto socorro, angustiados aguardando uma solução dos seus problemas enquanto não eram transferidos para o hospital onde os entrevistamos.

Quando os usuários necessitaram de procedimentos cirúrgicos, a partir de um acidente, conseguiram ser atendidos, mas com algum grau de dificuldade. Relataram que tiveram alta do hospital que prestou o primeiro socorro mesmo com uma lesão em um membro que necessitava de uma cirurgia. Depois os usuários precisariam se deslocar de suas residências para apanharem uma ficha de atendimento em outro hospital, realizar uma nova consulta médica e somente depois se internarem novamente, neste outro hospital, para se submeterem a cirurgia. Relataram que quando não tinham condições de se deslocarem para conseguir a ficha (de madrugada) pediam a um parente mais próximo para marcar a consulta.

Eu fui atropelada na rua por uma moto. Primeiro eu fui para ... O atendimento lá é péssimo. O médico não vem vê a gente, só aqueles estudantes ficam “futucando” a gente. Depois de ficar lá uns 3 dias. Outro médico disse que eu tinha que operar e me encaminhou para cá. Já estou aqui uns quinze dias e ainda não resolveu meu problema. (Estrela) (sic)

...Eu fiquei lá na enfermaria e os médicos não apareciam para ver a gente. Depois o médico me olhou, fez um raio Rx, passou um remédio e disse que eu precisava operar. Me mandou para casa pra depois eu vim pegar ficha aqui ... para operar. Meu Mario veio de madrugada pegar ficha. Depois eu vim ao médico e ele mandou eu internar para operar. (Lagoa) (sic)

Nos relatos acima verificamos que quando há uma necessidade do usuário em recorrer a outra unidade para a resolução de um problema, estes passam por bastantes dificuldades e ficam a procura da solução por seus próprios meios. Não existe o comprometimento dos serviços de saúde na seqüência do atendimento ao usuário. O que se verifica na verdade é um corte na continuidade do serviço.

O usuário procura o atendimento para solucionar seu problema de saúde, mas encontra uma analgesia temporária e o principal fator etiológico a ser investigado fica a mercê do tempo que consegue ou não resolver o problema. Assim, podendo muitas vezes agravar o estado de doença que poderia ser sanado mais rapidamente. Observamos também que acontece um duplo atendimento nestes casos, o usuário volta a procurar o mesmo serviço ou outro equivalente para ter a mesma consulta, e da mesma maneira, não resolver a questão. Nestas duas situações observam-se maiores custos para os serviços de saúde. Se houvesse maior responsabilidade para com o usuário que foi a procura de um serviço, as dificuldades seriam consideravelmente menores.

Eu fiquei boba. O médico dome deu um remédio para dor, porque eu cheguei lá com muita dor. Não mandou fazer um exame de urina, de sangue, nada...mandou eu procurar um especialista. Me deu um encaminhamento. Ora se lá no hospital te laboratório porque não fez exames para ver o que eu tinha. Só deu um remédio para passar a dor. Outro dia eu senti dor forte de novo e fui para o... o médico me deu injeções, mandou fazer exame de urina...mandou marcar especialista também. Aí eu vim aqui no posto. Só que não consegui marcar. Vou pagar social, não posso ficar sentindo dor. Para resolver um problema é difícil. Eles só prestam emergência. Enquanto isso a doença vai comento a gente. Ta difícil...(Sol) (sic)

Nas análises acima conseguimos responder os objetivos específicos: Investigar o Atendimento dos Serviços de Saúde aos Usuários do SUS e Verificar o Comprometimento dos Serviços de Saúde na Execução de Políticas de Saúde a fim de garantir uma qualidade no atendimento. Verificamos que o atendimento no SUS está ferindo alguns dos seus princípios e diretrizes regulamentados na Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, no capítulo II, artigo sétimo. O primeiro princípio da Universalidade diz respeito ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; o segundo, a Integralidade da Assistência como um conjunto articulado e contínuo...; e o décimo segundo princípio que se refere a Capacidade de Resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Também a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada na portaria nº 648 de 28 de março de 2006, não está sendo exercida pelos serviços de saúde, que em seu capítulo I, rege os princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação, do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização e da equidade. Esta portaria propõe uma mudança na atenção básica já existente, além da implantação do Programa Saúde da Família para tentar melhorar a qualidade nos serviços do sistema. O que observamos é que a maioria dos atendimentos

não tem resolução na atenção básica e não há a responsabilização das unidades no que se refere a continuidade do serviços. Ou seja, os princípios desta portaria também não são respeitados no sistema.

Desta forma verifica-se que o modelo Flexneriano ainda está muito presente na saúde brasileira, pois o atendimento integral proposto nas políticas não consegue alavancar na assistência em saúde, continuando o usuário a ficar sem uma conclusão de seu problema.

Evidente que sabemos, que para modificar uma cultura que está entranhada nas veias de uma população, não é do dia para a noite. Querer que um sistema de saúde ainda novo, quando se compara a de outros países, resolva os problemas com a máxima capacidade é utopia. Mas, se houvesse um maior comprometimento dos responsáveis pelos serviços, sejam estes os gestores e os próprios integrantes técnicos, a solução seria mais eficiente.

Quanto à internação para o tratamento de uma doença crônica já em acompanhamento numa determinada unidade de saúde, os usuários não encontram dificuldades para resolverem seus problemas. Quando necessitam do atendimento, procuram pelo médico que faz o tratamento da tal doença específica e logo conseguem uma internação hospitalar. Neste caso alguns princípios estão sendo respeitados. Os usuários conseguem ter uma assistência adequada ao tipo de tratamento que necessitam, como mostra a fala do usuário:

...Eu já faço tratamento aqui de anemia falciforme. Então toda vez que preciso eu já venho direto aqui. Todo mundo que tem essa anemia faz tratamento aqui. Tem uma moça lá na enfermaria feminina que chegou no mesmo dia que eu. Só foi chegar e internar. Aqui eu não tenho problema. Por me tratar aqui, eu já chego e me interno. É só me consultar com o médico. (Rio) (sic)

Quando analisamos o objetivo: Verificar se os direitos dos usuários estão sendo respeitados como escrito na Carta dos Usuários do SUS, que têm por finalidade fazer o usuário ter um atendimento digno nas unidades de saúde, verifica-se que estes princípios não estão sendo respeitados como deveriam.

No primeiro princípio que diz que o usuário tenha um serviço eficiente e de resolução rápida, isso não acontece como vimos nas falas anteriores. Também quando ordena direito a remoção adequada para outras unidades, o que também não foi verificada na fala da usuária Estrela quando precisou deste serviço.

Os outros princípios da carta também estão sendo desrespeitados pelas unidades de saúde, como o direito ao tratamento adequado e efetivo, atendimento humanizado e acolhedor e o comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Ao finalizar a entrevista perguntamos aos usuários como eles avaliavam o atendimento prestado no SUS e verificamos uma insatisfação na maioria destes. Dos dez entrevistados, cinco conceituam como complicado o atendimento em que eles precisam ter persistência para conseguirem chegar ao seu objetivo. Um relata que só a emergência funciona. Outro diz que depende de unidade para unidade. Dois relatam que o atendimento é péssimo e somente um avalia o SUS como um bom serviço.

Em relação ao tempo médio para a resolução do problema que levou o usuário a procura do serviço, geralmente gira em torno de trinta dias a seis meses, sendo que em alguns casos nem assim conseguem resolver o problema. Os usuários buscam ter saúde, mas as barreiras encontradas são muitas no itinerário tortuoso que encontram quando buscam um serviço no sistema de saúde. Ele é encaminhado para vários lugares quando necessita de uma continuidade em seu tratamento, muitas vezes sendo tratado como

“joguete” e sozinho tenta achar uma solução para seu problema, que não conseguindo fica abandonado a sorte para tentar concluir seu tratamento.

Apesar de toda a razão que os usuários possuem em suas insatisfações, devemos analisar o outro lado da moeda, a que está diretamente ligada ao atendimento. Os profissionais das unidades também não estão satisfeitos, devido ao elevado grau de hostilidade dos usuários, ineficácia dos serviços prestados por estas unidades no aspecto clínico e epidemiológico. (AYRES, 2004).

Acreditamos que os próprios profissionais e gestores ainda não modificaram suas maneiras em aplicar os processos de trabalho. Com isso a Reforma Sanitária e o SUS não alavancaram como deveriam. O SUS foi criado, mas não houve uma mudança na maneira de lidar com o objeto de trabalho, faltou compromisso das equipes com a produção de saúde. Continuando num modelo curativista e fragmentado, e não um holístico. Os trabalhadores ainda não reconhecem que seu objeto de trabalho é a “vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade representados como doença.” Assim os próprios profissionais sofrem as conseqüências de um sistema de saúde que não abrange todas as necessidades de seus usuários. Quando começar a surgir esta idéia na mentalidade dos profissionais, poderá ocorrer uma mudança na saúde brasileira, pois eles são a alavanca para o sistema caminhar de forma adequada e digna. (CARVALHO & CUNHA, 2006)

Para atender as necessidades no setor saúde, os atores sociais devem revelar “formas da organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir em problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde...”(TEIXEIRA 2000 apud idem).

O desafio segundo Rozemberg, (2006) desta realidade da ineficácia do sistema de saúde em atender seus usuários é “compreender e articular as diferenças de forma aberta e crítica” que pode trazer grande modificação a realidade nas rotinas das pessoas. Ele ainda relata que na saúde este desafio “exige uma visão madura das relações de poder.” O profissional deve saber trabalhar verificando as diferenças e contradições, como também saber efetuar uma comunicação saudável com o usuário, já que somente a sua presença se traduz em comunicação para resolver um determinado problema para aquele cidadão.

Apesar das dificuldades encontradas no caminho, como a falta de repasse de verbas, a saúde do brasileiro merece uma atenção especial que deve ser dada por seus condutores. Sabemos que existem os planos de saúde particulares, mas devemos lembrar que a maioria dos brasileiros não tem condições financeiras para arcar com esta despesa, necessitando prioritariamente do SUS.

Cunha & Carvalho (2006), ainda nos permitem perceber, num exemplo, que os recursos podem produzir resultados diferentes na saúde. Eles mostram que em dois hospitais em cidades diferentes, com a mesma quantidade de profissionais e de recursos financeiros e materiais produzem resultados bastante diferentes em saúde. A maneira como “articulam os recursos, o modelo de gestão e as matrizes de conhecimentos utilizados.” Eles ainda ressaltam que reconhecem “parte das determinações do modelo são estruturais e geralmente sentidas como bastante externas aos sujeitos”, como a cultura e medicalização. Tentar melhorar estes modelos de saúde é “ampliar conhecimentos sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde.” Eles não propõe uma troca dos modelos, mas sim dar uma “maior autonomia na escolha de seus recursos e de modelagens adequadas à composição singular formada pelo trinômio usuários-profissionais de saúde -gestores”. Compreender o que é saúde e doença é saber olhar o que rodeia o homem, o que ele vive. Tratar deste problema é acontecer uma boa relação entre os componentes deste trinômio. Saber usar os recursos necessários para um bom desenvolvimento na saúde.

Com todos os problemas que cercam a saúde, existe uma insatisfação geral de todos os envolvidos neste setor, ocorrendo a crise que vivemos.

Boff (2000) descreve esta crise civilizacional como:

um descuido, descaso, abandono, numa palavra a falta de cuidado...Há um descuido e em descaso pela coisa pública...Face a esta situação de falta de cuidado, muitos se rebelam. Fazem de sua prática e de sua fala permanente contestação. Mas sozinhos sentem-se impotentes para apresentar uma saída libertadora, Perderam a esperança... outros tem fé e esperança. Mas propõe remédios inadequados aos sintomas de uma doença coletiva...

A aprovação da Emenda 29 que fixa os percentuais mínimos de investimentos em saúde, eleva seu orçamento e define o que são as ações e os serviços neste setor. É uma eventual garantia de que os recursos serão aplicados de maneira correta pelos governos, desta forma cumprindo o que rege a legislação brasileira. Também a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria nº 198/2004, alterada recentemente pela portaria nº 1.996/2007, tem uma proposta de qualificar e transformar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Desta forma se inicia uma esperança na melhora no setor saúde.

Um estudo realizado pela Fundação Instituto de Administração da USP (2008), mostra que o Brasil ainda investe pouco em saúde. A questão, segundo o estudo, não é só dinheiro. Falta informação, foco e gestão no setor.

Referências Bibliográficas

AYRES, J.R. de C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas e saúde. In: **Saúde e Sociedade**. Caderno de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, set/dez, 2004. Internet. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 julho. 2008.

ANDRADE, L.M.O.de; BARRETO, I.C. de C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**: São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BARATA, R.B. Desigualdades Sociais e Saúde. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**: São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 457-486.

BOFF, L. Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde: Evolução Projeto Multiplica SUS: Curso Básico Sobre SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Texto 2 ACURSIO, F. de A. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: Normas Básicas do SUS . Artigos 196 a 200. Brasília: Ministério da Saúde. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei orgânica 8080/90: Normas Básicas do SUS.. Brasília: Ministério da Saúde. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde: 12ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 230p.

CARVALHO, S. R; CUNHA, G. T. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos Para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva:** São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 837-868.

COHN, A., ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços. 4ª. São Paulo: Cortez. 1996. 80p.

FURTADO. J.P. Avaliação de Programas e Serviços. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva:** São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 715-739.

MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001. 80p.

POLIGNANO, M. V. Histórias das Políticas Públicas no Brasil. Internet. Disponível em <<http://f1.grp.yahoofs.com>>. Acesso em 05/12/2007.

SÉ, R.S. Estudo da Fundação Instituto de Administração, da USP, revela que o Brasil ainda investe pouco em saúde. A questão não é só dinheiro. Falta informação, foco e gestão no setor. **Diálogo Médico**, ano 34, nº2, pag. 41, junho 2008.

ROZEMBREG, B. Comunicação e Participação em Saúde. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva:** São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 741-766.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In. GASTÃO, W de S. C. et.al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva:** São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 531-562.