UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL: PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP

SANTOS
2021

CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Santos, para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Alves

SANTOS
2021

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Maria Rita de C. Rebello Nastasi - CRB-8/2240

S586r Silva, Cátia Regina Roriz

As representações sociais do sistema público de saúde para usuários da atenção básica do Município de Santos-SP / Cátia Regina Roriz Silva ; orientador Hélio Alves. -- 2021.

169 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 2021.

Inclui bibliografia

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Representação social. 4. Políticas públicas de saúde. 5. Participação social. I. Alves, Hélio - 1951-. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 159. 9 (043.3)

CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Hélio Alves

_____

Profª Dra. Carolina Ozawa

_____

Profª Dra. Luana Carramillo Going

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas.
Área de Concentração: Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas
Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas na Saúde e Assistência Social

Dedico este trabalho à minha amada filha Lívia, que me inspira a cada dia a ser melhor.

AGRADECIMENTOS

Na realização da presente dissertação, contei com o apoio direto ou indireto de várias pessoas e instituições as quais sou profundamente grata, a quem quero expressar os meus agradecimentos.

Meus agradecimentos ao meu orientador Prof. Dr. Hélio Alves, pela orientação prestada, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio.

A todos os amigos do mestrado, que de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração do presente estudo, pela paciência, atenção e força que prestaram em momentos menos fáceis.

À minha família por todo o apoio e pelo carinho que sempre me deram ao longo de toda a minha vida acadêmica e profissional.

Em especial ao meu marido Délcio e minha filha Lívia, por terem caminhado ao meu lado, pela paciência, compreensão e ajuda prestada durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço também a todos aqueles que se dispuseram a ajudar-me na realização das entrevistas, agradeço a atenção e paciência, em benefício da ciência.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santos, que acreditou no retorno deste aprendizado em minha prática profissional.

Às Professoras Doutoras: Carolina Ozawa, Luana Carramillo Going por aceitarem compor a minha banca de defesa, vocês enriqueceram minha dissertação.

O meu agradecimento a todos aqueles que, de um modo ou de outro, tornaram possível a realização da presente dissertação.

E por fim, o meu maior agradecimento a Deus, que me dá força e fé, para nunca desistir e ser grata ao que a vida me proporciona.

Muito obrigada!

Quando falo, ao mesmo tempo que eu, falamos "nós";
Nós, a comunidade cálida da qual somos parte.
Mas não há somente o "nós";
No "eu falo" também está o "se fala".
Fala-se, algo anônimo, algo que é a coletividade fria.
Em cada "eu" humano há algo do "nós" e do "se".
Pois o eu não é puro e não está só, nem é único.
Se não existisse o se, o eu não poderia falar.
Edgar Morin

SILVA, Cátia Regina Roriz. **As representações sociais do sistema público de saúde para usuários da atenção básica do município de Santos-SP.** Dissertação para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, Universidade Católica de Santos- Santos, 2021.

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a representação social sobre o Sistema Público de Saúde, para usuários da Atenção Básica do município de Santos-SP, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços de saúde. Teve como objetivos específicos: identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS; conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde e levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social. A hipótese pesquisada de que o usuário da Atenção Básica não se apropria dos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do Sistema Público de Saúde, o que levaria o usuário à não-participação social efetiva e producente, que poderia gerar uma insatisfação com os serviços oferecidos, formando representações sociais que interferem na sua integração com as políticas públicas de saúde e na organização dos serviços. A obtenção de dados foi por meio de um estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa e análise dos dados pautados na Teoria das Representações Sociais, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada com dez usuários de duas unidades básicas de saúde. Após a coleta e análise dos dados, por meio da análise de conteúdo descrita por Bardin, foram identificadas três categorias: I- Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica; II- Percepções sobre a unidade básica de saúde e III- Apropriação do princípio da participação social. Os resultados dentro das categorias apresentadas levaram à conclusão de que a representação social do usuário de duas unidades básicas de saúde do município de Santos é de satisfação com os serviços ofertados, a estrutura física e com o atendimento, porém desconhecem os meios para a sua participação efetiva no SUS. Para alguns usuários, o SUS está associado ao uso hospitalar e especialidades médicas. Os usuários mostraram-se satisfeitos com o Sistema Público de Saúde e não acreditam que poderiam ficar sem o SUS e entendem que as pessoas que não têm convênio ou recursos financeiros só podem recorrer ao SUS. Os resultados possibilitaram a discussão à luz da fundamentação teórica e a proposta para a realização do produto que contribuirá para divulgar o Sistema Único de Saúde como um bem público para todos, valorizado por meio de uma prática participativa dos usuários e do seu poder de tomada de decisão adquirida pela informação, com a organização dos serviços de acordo com as reais demandas dos usuários e sua integração com as políticas públicas por meio da apropriação das formas de funcionamento, organização, princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chaves: sistema único de saúde, atenção primária à saúde, representação social, políticas públicas de saúde, participação social.

SILVA, Cátia Regina Roriz. **The social representations of the public health system for users of primary care in the municipality of Santos-SP.** 2020. Dissertation to obtain Master's degree in Psychology, Development and Public Policies, Catholic University of Santos, Santos, 2021.

ABSTRACT

The general objective of the research was to analyze the social representation of the Public Health System, of Primary Care users in the city of Santos-SP, and its integration with public policies and in the organization of health services. Its specific objectives were: to identify the knowledge of Primary Care users about the Public Health System related to the principles, guidelines, organization and functioning of SUS; know the level of user satisfaction with the structure, services and care offered by the basic health unit and raise the users' knowledge regarding the principle of social participation. The hypothesis researched that the user of Primary Care does not appropriate the principles, guidelines, organization and functioning of the Public Health System, which would lead the user to effective and productive social non-participation, which could generate dissatisfaction with the services offered, forming social representations that interfere in their integration with public health policies and in the organization of services. Data collection was carried out through a cross-sectional descriptive study with a qualitative approach and analysis of data based on the Theory of Social Representations, using the semi-structured interview with ten users of two basic health units as an instrument. After collecting and analyzing the data through the content analysis described by Bardin, three categories were identified: I- SUS image for Primary Care users; II- Perceptions about the basic health unit and III- Appropriation of the principle of social participation. The results within the categories presented led to the conclusion that the social representation of the user of two basic health units in the municipality of Santos, is of satisfaction with the services offered, the physical structure and the assistance, however, they are unaware of the means for the effective participation in SUS. For some users, SUS is associated with hospital use and medical specialties. Users were satisfied with the Public Health System and do not believe that they could be without SUS and understand that people who have no health insurance or financial resources can only use SUS. The results enabled the discussion in the light of the theoretical foundation and the proposal for the realization of the product that will contribute to publicize the Unified Health System (SUS) as a public good for all, valued through a participatory practice of users and the public. its decision-making power acquired by information, with the organization of services in accordance with the real demands of users and its integration with public policies through the appropriation of the ways of functioning, organization, principles and guidelines of SUS.

Keywords: unified health system, primary health care, social representation, public health policies, social participation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Respostas dos usuários às perguntas norteadoras para o objetivo específico: Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS. **58**

Quadro 2 - Respostas dos usuários às perguntas norteadoras para o objetivo específico: Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde. **62**

Quadro 3 - Respostas dos usuários à pergunta norteadora para o objetivo específico: Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social. **65**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades temáticas estabelecidas a partir das respostas dos usuários, de acordo com a categoria identificada para o objetivo específico: Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS **66**

Tabela 2 - Unidades temáticas estabelecidas a partir das respostas dos usuários, de acordo com a categoria identificada para o objetivo específico: Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde **66**

Tabela 3 - Unidades temáticas estabelecidas a partir das respostas dos usuários, de acordo com a categoria identificada com o objetivo específico: Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social **67**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Rede de Serviços de Saúde do município de Santos.....**37**

Figura 2 - Políticas de Saúde no Brasil **40**

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
AFIP	Medicina Diagnóstica
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMBESP	Ambulatório de Especialidades
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
APAS	Hospital Santo Expedito
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CHDE	Complexo Hospitalar Estivadores
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COADOMI	Coordenadoria de Atendimento domiciliar
COCERT	Centro de Referência e Tratamento
COFORM-SMS	Coordenadoria de Formação e Educação Continuada
COMLIC-SMS	Comissão Permanente de Licitações – Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORABS- ZOI	Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde da Zona da Orla/Intermediária
CORABS-MORRO	Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde dos Morros
CORABS-RCH/AC	Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde da Região Central Histórica e Área Continental
CORABS-ZNO	Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde da Zona Noroeste
COSAMU	Coordenadoria de Serviço Móvel de Atendimento de Urgência
COVIG	Coordenadorias de Vigilância
DAPHOS	Departamento de Atenção Pré-Hospitalar

DAPHOS	Departamento de Atenção Pré-hospitalar e Hospitalar
DEAB	Departamento de Atenção Básica de Saúde
DEAESP	Departamento de Atenção Especializada
DEAFIN	Departamento Administrativo, Financeiro e de Infraestrutura da Saúde
DEREG	Departamento de Regulação do Sistema Saúde
DEVIG	Departamento de Vigilância em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EEPI	Equipamento de proteção individual
EMIRIBAS	Instituto de Infectologia Emílio Ribas II /Guarujá
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
GAB-SMS	Gabinete do Secretário de Saúde
HBP	Hospital Santo Antônio / Santa Clara
HGA	Hospital Guilherme Álvaro (Santos-SP)
HOSP- VIT	Hospital Vitória (Santos-SP)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAAF-SMS	Seção de Apoio Administrativo e Financeiro do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde

SAMU	Seção do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - Guarujá e Bertioga
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SC	Santa Casa de Misericórdia de Santos
SEACON-SMS	Seção de Apoio aos Conselhos – Saúde
SEATESC	Seção de Atenção à Saúde da Comunidade
SECASA	Seção Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de Aids
SECEDI	Centro de Controle das Doenças Infectocontagiosas
SECEDI	Seção Centro Diagnóstico
SECOI	Seção de Controle e Orientação em Intoxicação
SECRESA	Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva
SERFIS	Seção de Recuperação e Fisioterapia
SEVIEP	Seção de Vigilância Epidemiológica
SEVIG-MMI	Seção de Vigilância à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil
SEVISA	Seção de Vigilância Sanitária
SEVREST	Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento (Zona Leste, Centro e Zona Noroeste)
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **17**

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **20**

1.1 Contextualização do Sistema Público de Saúde 20

1.2 Trajetória do SUS- Cronologia 22

1.3 Rede de Atenção Básica do município de Santos-SP 29

1.4.Políticas Públicas de Saúde no Brasil 37

1.4.1 Política Pública voltada para a participação da sociedade nos serviços públicos de saúde. 41

1.5 A Teoria das Representações Sociais de Moscovici 45

1.6 A relevância da subjetividade nas políticas públicas 47

2. OBJETIVOS **52**

2.1 Geral 52

2.2 Específicos 52

3. HIPÓTESE **52**

4. METODOLOGIA **53**

4.1 Tipo de Estudo 53

4.2 Processo de produção de dados 53

4.3 Procedimentos para a coleta de dados 55

4.4 Análise de dados 56

4.5 Aspectos éticos 56

5. RESULTADOS **58**

6. DISCUSSÃO **68**

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS **81**

PRODUTO DE COMUNICAÇÃO: SOMOS SUS!.....85

INTRODUÇÃO 92

1. BREVE HISTÓRICO DO SUS.....95

2- A IMPORTÂNCIA DA SUBJETIVIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....100

3- RELEVÂNCIA DA PESQUISA E A CONTRIBUIÇÃO PARA AS PRÁTICAS.....102

4. OBJETIVOS 104

4.1 Objetivo Geral 104

4.2 Objetivos Específicos 104

5. METODOLOGIA.....104

5.1 Ações a curto prazo 104

5.2 Ações a médio e longo prazo.....104

6. DESCRIÇÃO DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO.....105

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....111

REFERÊNCIAS DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO 113

REFERÊNCIAS 115

ANEXOS 122

ANEXO A – Declaração Secretaria Municipal de Saúde de Santos.....122

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....123

APÊNDICES 128
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 128
APÊNDICE B - Parte I: Roteiro de Entrevista 131
APÊNDICE C - Parte II: Roteiro de Entrevista – Perguntas Norteadoras 132
APÊNDICE D - Transcrições das entrevistas 133

INTRODUÇÃO

Em 2018, o Sistema Único de Saúde completou 30 anos e vem avançando graças a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos. O SUS está implantado nas 27 unidades da federação e nos 5.600 municípios brasileiros.

A implantação do Sistema Único de Saúde trouxe uma nova concepção de saúde, não mais focada somente na saúde-doença, mas passou a compreender a importância da qualidade de vida das pessoas garantida mediante políticas sociais e econômicas.

A Atenção Básica apresenta-se como o local onde a representação social sobre o Sistema Público de Saúde, para um usuário dos serviços de unidades de saúde, pode ser melhor avaliada por ser a principal porta de entrada e centro para a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, ou seja, é o primeiro contato com o SUS, quando o indivíduo procura por serviços como: consulta médica, inalação, curativo, vacina, exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades, fornecimento de medicação e insumos. No início da pandemia da COVID-19, as unidades básicas tiveram grande destaque para a sociedade, pois foram o local de primeiro atendimento dos casos.

As unidades básicas são instaladas próximas de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenham um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2011).

Venho exercendo minha profissão há vinte quatro anos na Atenção Básica, como cirurgiã-dentista, com especialização em Saúde Coletiva, e durante cinco anos estive como gestora em unidades básicas de saúde, onde tive a oportunidade de interagir e trocar experiências com os diversos atores envolvidos: profissionais de saúde, usuários do sistema de saúde, gestores, organizações civis que trouxeram-me no dia a dia: falas, atitudes, anseios, contentamentos e insatisfações, possibilitando-me observações do cotidiano nas unidades básicas que provocaram-me inquietações, e a necessidade de compreender o pensar desenvolvido pelos usuários que fossem de encontro com a prática profissional nas unidades básicas de saúde.

A minha introdução ao mestrado profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, em 2019, propiciou-me uma evolução profissional e intelectual, e a compreensão de que a subjetividade leva a uma representação social e os comportamentos

sociais gerados pelas representações levam a implicações nos serviços públicos de saúde o que responderia às minhas inquietações profissionais.

Por meio do entendimento de como o usuário representa os serviços de saúde, passa-se a usar uma comunicação efetiva e pontual para atingir práticas eficientes, levando-se a refletir sobre o que se pode "melhorar" na representação social do cidadão sobre os serviços de saúde pública pautada em informações.

De acordo com MINAYO (2014), as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica e política de transformação, uma vez que são definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando.

Considerando-se os principais elementos do cenário até aqui apresentado, estabeleceu-se como hipótese de que o usuário da Atenção Básica não se apropria dos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do Sistema Público de Saúde, o que levaria à não-participação social efetiva e producente, que poderia gerar uma insatisfação com os serviços oferecidos, formando representações sociais que interferem na sua integração com as políticas públicas de saúde e na organização dos serviços.

A pesquisa teve como objetivo analisar a representação social sobre o Sistema Público de Saúde, para usuários da Atenção Básica, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços de saúde.

Para se atingir o objetivo principal da pesquisa, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: 1- Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS; 2- Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde; 3- Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social.

Para o desenvolvimento dos objetivos específicos adotou-se como metodologia uma abordagem qualitativa para esse estudo por se tratar de uma pesquisa que lida com uma realidade não reduzível a números, e sim um universo subjetivo, composto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2012). A entrevista semiestruturada foi fundamental para a obtenção de dados significativos para a caracterização das representações sociais junto aos usuários das unidades de saúde da Atenção Básica.

A partir da análise de conteúdo dos dados obtidos por meio das entrevistas, foram levantadas três categorias que respondessem aos objetivos específicos deste estudo: I-

Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica; II- Percepções sobre a unidade básica de saúde e III- Apropriação do princípio da participação social.

Para o embasamento deste estudo foi necessária a contextualização histórica do Sistema Único de Saúde, a organização dos serviços de saúde da Atenção Básica do município de Santos-SP, as Políticas Públicas de Saúde, a teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e a relevância da subjetividade nas políticas públicas.

Acredita-se que essa pesquisa tenha importância social e científica pois, por meio de uma abordagem qualitativa, procurou-se compreender a representação social sobre os serviços de saúde o que pode trazer resultados relevantes para a melhoria na organização dos serviços e possibilitar aos usuários a apropriação das políticas públicas de saúde, por meio do acesso ao conhecimento dos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS.

O estudo das políticas públicas aponta, por meio da percepção dos usuários, as reais possibilidades, expectativas e necessidades sobre o Sistema Público de Saúde e consequentemente propicia o conhecimento o qual contribuirá com propostas que considerem a subjetividade dos indivíduos, qualificando as ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde da Atenção Básica do município de Santos.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Contextualização do Sistema Público de Saúde

Sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma população, concretizando-se em organizações, regras e serviços para alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade, a qual constrói seus sistemas de saúde ao longo de sua história (GIOVANELLA et al, 2012).

Atualmente, os sistemas de saúde apresentam-se como estruturas públicas e privadas de atenção à saúde, e só se consolidaram como tal em meados do século XX, e desenvolveram-se devido ao crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações (GIOVANELLA et al, 2012).

O SUS surgiu em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado, e nesses 30 anos avançou, graças à elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos. Em menos de uma década o Sistema Único de Saúde foi implementado em 27 unidades da federação e em quase 5.600 municípios (PAIM, 2018).

Antes de existir o SUS, a saúde pública era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o INAMPS, o qual só prestava atendimento aos trabalhadores com carteira assinada (em 1984, sete por cento da população economicamente ativa estava desempregada, segundo dados do IBGE) e dividia os gastos entre o empregador, o governo e a população. Esse tipo de assistência à saúde surgiu para que os funcionários de grandes empresas e indústrias não perdessem dias de trabalho ou que, quando doentes, retornassem o mais breve possível; os que não tinham a carteira assinada só podiam recorrer ao sistema privado e aos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas, como Santas Casas de Misericórdia ou hospitais universitários, (CARVALHO, 1993).

A implantação do Sistema Único de Saúde trouxe uma nova concepção de saúde, não mais focada somente na saúde-doença, mas passou a compreender a importância da qualidade de vida das pessoas (educação, moradia, saneamento básico, trabalho, alimentação, meio ambiente), garantida mediante políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do

risco de doença e de outros agravos e o acesso igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O país avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, importantes para o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas (PAIM, 2018).

Com a implantação do SUS, houve a descentralização (comando único em cada esfera de governo: federal, estadual, municipal) de atribuições e recursos, favorecendo o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com a participação da sociedade por meio de conferências e conselhos, e a criação de instâncias de pactuação: como as comissões intergestoras tripartite e bipartite (PAIM, 2018).

As instâncias de pactuação e estrutura de gestão são foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS nos vários níveis: a tripartite, que envolve os três níveis de governo, a bipartite, relativa aos estados e municípios, e mais recentemente as Comissões Intergestores Regionais, em um esforço permanente para construir os espaços regionais e as redes regionais de atenção à saúde, garantindo a universalidade de acesso e integralidade da atenção (PAIM, 2018).

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS) para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, que obedeçam aos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade e equidade.

A universalidade diz respeito à Saúde como dever do Estado e direito de toda população, de modo a garantir total acesso aos serviços de saúde sem critérios de exclusão ou discriminação, em todos os níveis de assistência. O princípio de integralidade remete a um conjunto articulado e contínuo de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e assistência a doentes, em todos os níveis de complexidade do sistema. Já a equidade refere-se à necessidade de atender as demandas conforme a necessidade, de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade (TEIXEIRA, 2011).

A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social e dos orçamentos federal, estaduais e municipais com a maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços ficando a cargo dos municípios (CORTES, 2002).

> As esferas federal e estadual assumiam a responsabilidade pelo monitoramento e avaliação do sistema e pela provisão de serviços de maior complexidade que se constituíssem em referência para populações de mais de um município. Embora por lei a atenção à saúde tenha se tornado obrigação municipal, até meados da década de noventa, particularmente nas cidades de grande porte, a municipalização dependeu do sucesso de negociações complexas, muitas vezes conflituosas, entre autoridades de saúde municipais e estaduais. Debatia-se sobre como e quando os serviços passariam para a esfera administrativa municipal, quais deles seriam repassados e, principalmente, qual o acordo financeiro que viabilizaria ao município assumir os novos encargos (CORTES, 2002).

Os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde acabam nos dando subsídios do que se pensava à época em que aconteceram, assim como a III Conferência Nacional de Saúde já indicou o desejo de municipalização dos serviços de saúde em 1963, bem como o crescimento do pensamento para uma reforma no Sistema de Saúde, com a formação de sanitaristas com visão em um atendimento com integração das ações de saúde e assistência integral às pessoas. Foram surgindo movimentos organizados que iniciaram discussões sobre um novo Sistema de Saúde que fosse mais justo e igualitário (CARVALHO, 1993).

As Conferências de Saúde foram instituídas no Brasil a partir do ano de 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, quando, juntamente com as Conferências de Educação, deveriam servir como mecanismo do governo federal para o conhecimento e a articulação de ações desenvolvidas pelos estados nessas áreas. Eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre (CONASS, 2009).

1.2 Trajetória do SUS - Cronologia

Na primeira conferência, de 1941, debateram-se temas relativos à gestão e à administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía exemplarmente com a organização sanitária estadual e municipal e a determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. A segunda conferência tratou de temas como malária, segurança no trabalho e condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva a trabalhadores e gestantes (CONASS, 2009).

Em julho de 1963, foi convocada a terceira conferência, com o tema voltado para a situação sanitária e a reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição do papel das esferas de governo e de um plano nacional de saúde.

O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas por essa conferência, porém suas deliberações fomentaram muitos debates empreendidos por movimentos sociais a partir da década de 1970 (CONASS, 2009).

A quarta conferência, realizada em 1967, sob o regime militar, retomou o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas nos temas discutidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social. Contaram com um painel internacional sobre a política e as realizações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e as experiências sanitárias da Venezuela e Colômbia (CONASS, 2009).

A quinta conferência, realizada em agosto de 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde, tratou de estratégias e ações para a implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil; Programa de Controle de Grandes Endemias; Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais e implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (CONASS, 2009).

Em agosto de 1977, o tema da sexta conferência tratou de programas governamentais: o controle das grandes endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde.

A sétima conferência foi realizada em 1980, com o tema “Expansão das ações de saúde através dos serviços básicos”, um debate para o aprofundamento da proposta dos cuidados primários, que foi estratégica na discussão sobre o reordenamento do sistema de saúde. Nessa conferência, foi proposta uma política social para erradicar a miséria e atenuar a pobreza, buscando universalizar os cuidados primários para otimizar a cobertura de serviços de saúde em todo território nacional (CONASS, 2009).

Todas as sete primeiras conferências articularam uma construção política e movimento popular que caracteriza a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Com o fim da ditadura militar, houve uma intensa discussão de propostas e alternativas para o sistema de saúde culminando no movimento de Reforma Sanitária Brasileira. As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde discutiram a saúde enquanto direito à cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento (BRASIL, 1986).

A oitava conferência é um marco histórico em que a população se posiciona enquanto sujeito político, reafirmando o conceito amplo da saúde, enfatizando-a enquanto conquista social e trazendo a necessidade de participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde (GUIZARDI et al, 2004).

Em 1988, foi realizado em Olinda, o 5º Encontro Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e a criação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) exercem junto à instalação dos conselhos estaduais/municipais, e gestores municipais de saúde, ampla base de apoio ao SUS. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem demonstrado um ativismo significativo, mobilizando grupos sociais e confrontando algumas iniciativas dos governos (PAIM, 2018).

Desde as origens do movimento sanitário sempre esteve presente a preocupação com as bases de sustentação política para a Reforma de Saúde Brasileira/SUS. O empenho no envolvimento das entidades de saúde, sindicatos e segmentos populares foi muito debatido. Partidos políticos e parlamentares ligados às forças democráticas foram acionados no processo constituinte e na elaboração e aprovação da Lei Orgânica da Saúde. A instalação e o funcionamento da Plenária da Saúde representou um espaço de articulação entre essas forças, configurando um saldo organizativo para a implantação do SUS (PAIM, 2018).

A formalização do Sistema Único de Saúde ocorreu em 1988 com a promulgação da atual Constituição da República Federativa do Brasil.

As mudanças introduzidas pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016) rompem com a tradição histórica de políticas sociais centralizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios. O marco divisório que representou na história do sistema de gestão da saúde pública no Brasil formou-se a partir de dois elementos essenciais - a universalidade e a descentralização (PREUSS, 2018).

No início dos anos noventa foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normalizadores elaborados pelo poder executivo federal e editados na forma de portaria ou resolução ministerial que efetivamente operacionalizaram a descentralização, concretizando a implantação do Sistema Único de Saúde (PAIVA et al, 2017).

A NOB nº 1/1993 destaca-se por ter determinado a adoção das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, que proporciona grande importância na lógica de financiamento da política de saúde no Brasil (PAIVA et al, 2017).

A NOB nº 1/1996, reduziu as formas de gestão da política a duas modalidades: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema, proporcionando um crescimento exponencial no número de municípios habilitados, viabilizando assim a descentralização que ocorreu por meio da municipalização, pelas transferências financeiras fundo a fundo (PAIVA et al, 2017).

Em setembro de 1990, a participação social foi estabelecida e regulada pela lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde, conferindo a inclusão da sociedade para participar e influenciar nas políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Por definição, os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde, enquanto que as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990).

A Resolução nº 33/1992 estabeleceu que para que o Conselho Municipal de Saúde tenha representatividade, a composição dos membros deverá ser de: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1993).

A Lei Federal nº 8.142/1990 garante a instituição de conselhos em nível federal, estadual e municipal em caráter permanente e deliberativo, com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde, possibilitando a participação social no SUS (BRASIL, 1990).

O Conselho Municipal de Saúde convoca a Conferência Municipal de Saúde a cada dois anos, nos anos ímpares, garantindo a participação dos segmentos sociais: como representantes dos segmentos de usuários, de trabalhadores da saúde e de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, entidades que tenham realizado pré-conferências, eleito delegados e participado efetivamente da Conferência.

O Conselho Municipal de Saúde contará com uma plateia composta paritariamente por usuários do sistema, representados por associações organizadas do movimento popular, sindicatos, entidades afins e representantes dos prestadores de serviços, profissionais de saúde

e setor governamental. Os membros que comporão o Conselho Municipal de Saúde são nomeados com mandato de 02 (dois) anos.

No ano de 1992, com o tema “Municipalização é o caminho “, a nona Conferência Nacional de Saúde aconteceu em um cenário político de crise ética e com os trabalhos de apuração da Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo. Teve como temas de discussão: controle social no sistema, democratização das informações e do financiamento, e devido às dificuldades de implementação prática dos princípios e diretrizes conquistados na criação do SUS, o tema do processo de municipalização foi fomentado durante a conferência (LEMOS, 2018).

Um marco importante na cronologia da trajetória do SUS refere-se ao seu financiamento, que desde a sua criação, teve implementadas emendas na Constituição que foram modificando os percentuais. Em 2000, uma emenda fixou um percentual mínimo para estados e municípios, porém para o governo federal não ficou estabelecido um percentual mínimo o qual era vinculado à receita corrente líquida- recursos da Seguridade Social (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Os componentes dos sistemas de saúde são: a cobertura- quem é coberto, por quem e para quê; o financiamento- recursos; a força de trabalho - os profissionais; a rede de serviços- instalações, equipamentos, tecnologia; os insumos; a tecnologia e o conhecimento; e as organizações- agências públicas e privadas (GIOVANELLA et al, 2012).

O gasto público em saúde é financiado fundamentalmente por tributos: impostos e as contribuições sociais. Na implantação do SUS, em 1988, e com a implantação da Seguridade Social eram previstos recursos para a saúde de acordo com sua necessidade histórica mas isso não ocorreu (CARVALHO, 1993) e durante os anos seguintes legislações foram sendo acrescidas para que o poder público pudesse garantir e gerenciar o sistema com a participação social garantida. O SUS somente teve a regulamentação da Lei Orgânica em 2011 (decreto nº 7508).

A aprovação da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, garantiu a padronização das regras de organização da rede de atenção respeitando as especificidades de cada região do país (regionalização do sistema) exigindo a definição das responsabilidades de cada ente federativo para a construção do sistema (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

A construção do Pacto pela Saúde, aprovada em 2006, previa um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de gestão e a mudança de repasse dos recursos

em cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Em 2012 a lei complementar 141 estabeleceu uma metodologia para a distribuição dos recursos da União para estados e municípios, porém em 2015 a emenda constitucional 86 veio derrubar as expectativas de um financiamento mais adequado ao estabelecer um percentual mínimo para a União, porém de forma escalonada (ir de 13% a 15% em cinco anos) e tendo como uma das fontes: *royalties* do petróleo e não da receita corrente líquida, logo a saúde passou a ter um limite de gastos federais pelos próximos 20 anos e com correção pela inflação do ano anterior e não mais pelo crescimento da receita corrente líquida (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Em dezembro de 2017, a portaria n°3992 altera as normas da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, substituiu as seis destinações anteriores (áreas específicas) para duas genéricas (custeio e investimento).

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária substitui o Piso de Atenção Básica fixo e o variável para incentivo às equipes de saúde da família e ao núcleo de apoio à saúde da família por um pagamento por capitação ponderada calculado pelo número de pessoas cadastradas a equipes (COSEMS-SP, 2019).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela portaria, o financiamento da Atenção Primária deve ser tripartite garantido nos planos nacional, estadual e municipal de gestão do SUS.

As transferências dos incentivos financeiros da Atenção Primária à Saúde aos municípios são efetuadas em conta específica para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, facilitando o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (COSEMS-SP, 2019).

Os recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Primária à Saúde devem observar o disposto na Constituição Federal, na lei complementar nº141/12, e nas Leis Orgânicas da Saúde (lei 8.080 e 8.142/90).

A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu o novo modelo de financiamento “Programa Previne Brasil”, que altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O novo

modelo de financiamento tem como princípio: aumentar o acesso dos usuários aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe (BRASIL, 2019).

O Previne Brasil baseia-se no financiamento à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e da Atenção Primária, bem como pelo desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como: ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora); equipes de saúde bucal; informatização (Informatiza APS); equipes de Consultório na Rua; equipes com campo de prática para formação de residentes na Atenção Primária à Saúde, entre outros programas (BRASIL, 2019).

Componentes do financiamento do programa Previne Brasil: capitação ponderada - modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas das Equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária, considerando a vulnerabilidade socioeconômica, idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE; pagamento por desempenho - o valor transferido neste componente considera os resultados alcançados por meio de indicadores que são monitorados e avaliados no trabalho das Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica.

Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite: sete indicadores; incentivos para ações estratégicas (contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde), (BRASIL, 2019).

O SUS tem o desafio de dar assistência à saúde em um país de dimensões continentais, atualmente com aproximadamente 210 milhões de habitantes, com expectativa de vida que mudou de 66 anos para 75 anos, ocasionando um envelhecimento da população. Aproximadamente setenta por cento da população é totalmente dependente do SUS (MELO, 2019).

Dessa forma acredita-se que as práticas e as representações sociais têm correlação e ao refletirmos sobre a história do SUS bem como seus princípios, diretrizes, organização e funcionamento nos levaram ao objetivo maior desta pesquisa de analisar a representação social do Sistema Público de Saúde, de usuários da Atenção Básica, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços de saúde.

A participação da sociedade, por intermédio de suas entidades representativas (Conselhos e Conferências de Saúde) é a garantia da sociedade na participação do processo na formulação das diretrizes e prioridades nas políticas de saúde, na fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS, assim como controlar e avaliar as ações e

serviços de saúde nas diferentes esferas de governo. Os Conselhos e as Conferências de Saúde representam um canal permanente de interação entre gestores, profissionais de saúde e a população (GIOVANELLA et al, 2020).

As diretrizes das atuais políticas da Atenção Primária sinalizam para a prioridade para o cuidado individual, e as novas modalidades de financiamento poderão significar perdas expressivas para vários municípios. O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo estima uma perda de 47% dos recursos federais para a Atenção Básica em 2021, nos municípios paulistas (COSEMS-SP, 2019).

O novo financiamento terá como um dos componentes o desempenho que terá progressivamente um maior peso, de acordo com simulações prévias do Ministério da Saúde não representando recursos adicionais. O novo financiamento fica restrito ao público "cadastrado", podendo comprometer as ações coletivas de promoção à saúde (GIOVANELLA et al, 2020).

Somente com a participação da sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde, será possível ter um controle e discussões para que não se perca recursos na Atenção Básica, para que não haja uma redução de verbas para programas de prevenção, por exemplo, e que realmente o objetivo dessa normativa seja para desburocratizar e facilitar a aplicação dos recursos e que os gestores estaduais e municipais sejam comprometidos na identificação correta dos recursos para a prestação dos serviços de saúde (COSEMS-SP, 2019).

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde são as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde brasileiro, devendo ser compreendidos pela sociedade para a sua integração com as políticas públicas de saúde.

1.3 Rede de Atenção Básica do município de Santos-SP

A Atenção Primária à Saúde, nestes 30 anos de implementação do SUS, passou por profundas transformações. Nos anos 80, anteriormente à implantação do SUS, inexistia a figura de um médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, apresentando forte ênfase na Atenção Especializada. Poucos municípios prestavam serviços de saúde, em geral, ofereciam apenas serviços de urgência.

O processo de descentralização já se completou nos municípios brasileiros, sendo responsáveis pela Atenção Primária à Saúde de sua população, assim como pela Atenção

Especializada e Hospitalar, juntamente com as secretarias estaduais de saúde e municípios pertencentes a sua região (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A partir de meados dos anos 80, foram desenvolvidas experiências municipais de integração entre universidades-serviços com base na Atenção Primária. Um programa da assistência médica previdenciária buscou promover a integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios na Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS). Posteriormente, estas experiências inspiraram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida do Programa de Saúde da Família –PSF (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no plano individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde por meio de uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020).

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e é o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo seguir os princípios da universalidade, do acesso, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, e obedecendo às diretrizes do SUS: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da sociedade.

A Atenção Primária à Saúde é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, com responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo e acolhimento das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2020)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. (BRASIL, 2006)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a organização na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Destaca-se a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe

multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017).

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994, e gradualmente tornou-se a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso ao primeiro contato aos serviços de saúde no SUS. Em 2006, foi enunciada como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF busca ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, com maior vínculo entre equipe e comunidade (BRASIL, 2020).

A equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, podendo fazer parte desta composição: os agentes de combate às endemias, os profissionais cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2020).

É prevista, ainda, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da ESF ou também como uma forma de agregar os agentes comunitários para uma organização da Atenção Básica (BRASIL, 2020).

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por, no máximo, 3.500 pessoas, com uma média recomendada de 2.000 pessoas. O número de pessoas por equipe considera fatores como vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2017).

A PNAB 2006, ao assumir a Saúde da Família como estratégia, fortaleceu a mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

> A ampliação do acesso à atenção básica no País pode ser constatada por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos, que segundo dados do Departamento de Atenção Básica, passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017. Se considerarmos o mesmo critério de que uma equipe é responsável em média por 3.450 pessoas, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% :143 milhões (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Na Atenção Primária, a forma de acesso deve ser ordenada e organizada pela Atenção Básica, caracterizada pelo Pacto pela Saúde, 2006, como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006). É preconizado, ainda, o acesso prioritariamente pelos serviços próximos ao local de moradia, esses locais são conhecidos como Unidade Básica de Saúde (UBS) e são responsáveis por atender mais de 80% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida.

Em 2008, para ampliar a resolutividade das ações e serviços da Atenção Básica foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades (BRASIL, 2008)

Desde a primeira portaria da Política Nacional da Atenção Básica em 2006, o Ministério da Saúde já revisou as portarias em 2011, 2017 e a última portaria foi em 07 de fevereiro de 2020 que redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2020).

Em 20 de maio de 2019, foi publicado o decreto de número 9.795/2019, criando pela primeira vez na história do país, uma Secretaria específica responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) tem como competência: ampliar o acesso da população às unidades de saúde da família; definir um novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência; definir um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas; fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família; ampliação da informatização das unidades para registro individual eletrônico em prontuário de saúde e amplo uso dos dados provenientes desses registros para aprimorar a gestão nos serviços (REIS, 2019).

A Atenção Primária ao adquirir um *status* de Secretaria na estrutura do Ministério da Saúde passaria a ter maior poder decisório nas discussões sobre a destinação orçamentária de recursos do Ministério da Saúde.

Por serem a porta de entrada no Sistema de Saúde Brasileiro, os serviços de saúde da Atenção Básica são a cada crise política e econômica porque se passa no Brasil, alvo de discussões no que diz respeito à gestão, qualidade de atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, solução de problemas identificados e encaminhamentos resolutivos (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Municípios são entes federativos com elevado grau de responsabilidade na implementação de políticas públicas. Os diferentes arranjos de políticas públicas de saúde nos municípios dependem do porte populacional, densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico e político e capacidade de arrecadação tributária (PINTO, 2006).

De acordo com o IBGE (2020), o município de Santos possui uma população estimada em 433.656, com salário médio de 3,4 salários-mínimos dos trabalhadores formais, e 48,3% de pessoas com alguma ocupação laboral, taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 98,2% (IBGE, 2010). Com o índice de mortalidade infantil de 7,6 para mil nascidos vivos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2020).

O município de Santos apresenta 95,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. A maior cidade do litoral de São Paulo tem no Porto sua principal atividade econômica (IBGE, 2017).

Com a descentralização do sistema público de saúde cada município do país teve que criar uma estrutura para gerenciar a saúde: são as Secretarias Municipais de Saúde, que têm o objetivo de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde.

No município de Santos, a Secretaria Municipal de Saúde planeja, organiza, controla e avalia iniciativas executadas no município relacionadas à área, em conformidade aos preceitos do SUS, assim como controla as agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Santos exerce suas atribuições em parceria com órgãos municipais, estaduais e federais competentes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2021).

Santos é o município polo da Região Metropolitana da Baixada Santista, apresentando um sistema de saúde com todos os níveis de complexidade: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, garantindo um atendimento integral à sua população.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos apresenta uma estrutura com seus componentes hierárquicos, todos vinculados ao Gabinete do Secretário de Saúde (GAB-SMS):

-Seção de Apoio Administrativo e Financeiro do Gabinete SAAF-SMS;

-Seção de Apoio aos Conselhos – Saúde SEACON-SMS;

-Comissão Permanente de Licitações – Saúde COMLIC-SMS;

-Coordenadoria de Formação e Educação Continuada COFORM-SMS;

-Departamento de Atenção Pré-hospitalar e Hospitalar DAPHOS;

-Departamento de Atenção Básica de Saúde DEAB;

-Departamento de Atenção Especializada DEAESP;

-Departamento de Vigilância em Saúde DEVIG;

-Departamento de Regulação do Sistema – Saúde DEREG;

-Departamento Administrativo, Financeiro e de Infraestrutura da Saúde – DEAFIN;

-Seção do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência SAMU- Guarujá e Bertioga;

-Hospital Guilherme Álvaro- HGA;

-Santa Casa de Misericórdia de Santos – SC;

-Beneficência Portuguesa

-Hospital Santo Antônio / Santa Clara- HBP;

-Medicina Diagnóstica AFIP;

-Complexo Hospitalar Estivadores- CHDE;

-Hospital Santo Expedito – APAS;

-Unimed Santos – Pronto Socorro- Unimed- PS;

-Instituto de Infectologia Emílio Ribas II /Guarujá- EMIRIBAS;

-Hospital Vitória- HOSP-VIT;

Unidades de Pronto Atendimento (Zona Leste, Centro e Zona Noroeste) - UPAS (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

A Atenção Básica no município de Santos é subordinada ao Departamento de Atenção Básica (DEAB) da Secretaria Municipal de Saúde. Santos possui 32 unidades básicas de saúde (UBS), as quais exercem papel importante como principal porta de entrada de pacientes ao Sistema Único de Saúde.

As unidades estão distribuídas em áreas geograficamente delimitadas, subdivididas em quatro regiões e coordenadas pelas respectivas Coordenadorias: Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde da Zona da Orla/Intermediária- CORABS-ZOI; Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde da Região Central Histórica e Área Continental- CORABS-RCH/AC; Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde da Zona Noroeste- CORABS-ZNO; Coordenadoria de Atenção Básica de Saúde dos Morros- CORABS-MORRO (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

Até o início de 2006, Santos possuía apenas duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), desde então, a prefeitura criou mais 21 equipes. A estratégia é baseada na promoção e atenção à saúde e na prevenção de doenças. O atendimento ocorre na própria residência, com visitas periódicas, e nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Conforme as características de cada região, tem-se a seguinte distribuição de serviços: a região Central Histórica/ Área Continental apresenta duas unidades básicas de saúde, cinco unidades de saúde da família, um pronto atendimento para trabalhadores do Porto e o Consultório na Rua; a Zona da Orla/Intermediária apresenta seis unidades básicas de saúde; a região dos Morros apresenta uma unidade básica de saúde, dez unidades de saúde da família e uma unidade de pronto-atendimento e a Zona Noroeste com uma unidade básica e sete unidades de saúde da família (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

A Atenção Básica conta com a Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC), com três núcleos de apoio à saúde da família (NASF) a qual é composta por equipes multiprofissionais: assistente social; dentista; educador físico; enfermeiro; farmacêutico; médico; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional. Essa seção conta também com os profissionais da residência em Medicina Família e Comunidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

As unidades básicas de saúde apresentam os seguintes programas: Mãe Santista (Rede Cegonha); Programa do recém-nascido de risco; Estratégia de Saúde da Família; Hiperdia; Programa antitabagismo; Programa Saúde nas Escolas; Viva Leve; Terapia Comunitária; Planejamento Familiar; Movimente-se com a Música e com a Dança; Programa “Cuidador: Gente de valor”; Programa de Prevenção Odontológica para bebês (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

A Atenção Básica faz a integração dos cuidados à saúde com os serviços especializados do nível secundário de atenção da Secretaria Municipal de Saúde, subordinados ao Departamento de Atenção Especializada (DEAESP) composto por:

-Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com os serviços de prótese odontológica, radiologia, prevenção ao câncer bucal, atendimento aos pacientes com necessidades especiais;

-Saúde Mental, infantil e adulto, com matriciamento na atenção básica, terapia comunitária, terapia ocupacional, residência terapêutica, coleta seletiva, cantina Sabor e Saúde;

- Ambulatório de Especialidades (AMBESP), antitabagismo, homeopatia, acupuntura, grupo de obesidade adulto e infantil, grupo de dor, “de olho no pé diabético”;

-Seção de Recuperação e Fisioterapia (SERFIS)/ Centro Especializado em Reabilitação (CER), programa de órteses e próteses, programa para amputados, programa habilitação e valorização do deficiente;

-Instituto da Mulher e Gestante com pré-natal de médio e alto risco (incluindo adolescentes), prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer de mama e cérvico-uterino, planejamento familiar, contraceptivos subcutâneos para mulheres em alta vulnerabilidade;

-Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva (SECRESA), referência regional da Baixada Santista para bebês, crianças e adultos com deficiência auditiva, com prevenção, diagnóstico e acompanhamento (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

O nível terciário de atenção à saúde está subordinado ao Departamento de Atenção Pré-Hospitalar (DAPHOS) ao qual pertencem:

-Complexo Hospitalar da Zona Noroeste, com o Hospital e Maternidade e Pronto-Socorro da Zona Noroeste;

-Pronto Socorros da Zona da Orla Intermediária (ZOI), com o Pronto Socorro da ZOI, Hospital de Pequeno Porte e Seção de Captação e Transporte de órgãos e tecidos;

-Coordenadoria de Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (COSAMU);

-Coordenadoria de Atendimento domiciliar (COADOMI);

-Centro de Diagnóstico SECEDI), apoio ao Centro de Controle das Doenças Infectocontagiosas, exames de carga viral-HIV, Controle da Tuberculose, campanhas.

Os principais programas e serviços do DAPHOS são: SAMU, Televida, captação de órgãos e tecidos, classificação de risco, Mãe Santista, suporte de suprimentos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

O sistema de saúde do município de Santos apresenta ainda o Departamento de Vigilâncias- DEVIG, com as Coordenadorias de Vigilância I (COVIG I), Vigilância II (COVIG II). Fazem parte da Vigilância I: a Vigilância Sanitária (SEVISA); Controle e Orientação em Intoxicação (SECOI) e Saúde do Trabalhador (SEVREST).

A Vigilância II: Vigilância Epidemiológica (SEVIEP); Controle de Zoonoses; Controle de Vetores; Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (SEVIG-MMI).

Os principais programas e serviços do Departamento de Vigilância são: programa de imunização; controle da hanseníase; prevenção e controle das infecções hospitalares; controle da tuberculose; controle das arboviroses; programa de prevenção, diagnóstico e controle das infecções sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

Figura 1 - Mapa da Rede de Serviços de Saúde do município de Santos-SP

Fonte:https://egov.santos.sp.gov.br/santosmapeada/Planejamento/UnidadeOrganizacional

Em 2020, ocorreram na Atenção Básica 1.062.891 procedimentos (consultas médicas e odontológicas, exames, curativos, coletas e outros), o que representa a média de 88 mil procedimentos por mês. Entre os pacientes que mais podem se beneficiar do atendimento primário estão os doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2021).

1.4 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Há várias definições de política pública, podendo-se resumir políticas públicas como planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas, e quando são implementadas são submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. As etapas da política pública são constituídas: pela definição de agenda; identificação de alternativas, avaliação e seleção das opções; implementação e avaliação (SOUZA, 2018).

As políticas públicas têm como elementos principais: distinção entre o que o governo pretende fazer e o que realmente faz; envolve vários atores e níveis de decisão; não se limita a leis e regras; tem metas a serem alcançadas; é uma política de longo prazo mas que apresenta impactos de curto prazo; implica em decisão, implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2018).

As políticas públicas vêm sendo desenvolvidas em várias áreas de conhecimento e gestão pública: como a ciência política, administração pública, engenharia, psicologia, direito, sociologia, antropologia, economia, saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, segurança, moradia, transporte, demandas trabalhistas, todos em conjunto com a sociedade (POLEJACK et al, 2016).

No campo da Saúde Coletiva, encontramos autores que definem as políticas públicas como as ações coletivas realizadas pelo Estado em conjunto com todos os agentes envolvidos, garantido os direitos sociais com compromisso público (SOUSA; BASTOS, 2012).

> Pensar a política pública somente como instrumento da ação do Estado é uma forma reducionista de abordar esse tema, sobretudo, porque a política pública tem por objetivo transformar um determinado estado de coisas, introduzindo condições para que cada cidadão possa, ao participar ativamente da política, transformar o seu entorno, e, como consequência, a própria sociedade (POLEJACK et al, 2016)

As políticas de saúde entre o final do império e a primeira república visavam ao atendimento médico nas maiores cidades e para as camadas mais ricas da população, os mais pobres recorriam aos curandeiros, parteiras, sangradores e ordens religiosas: Santas Casas de Misericórdia (GIOVANELLA et al, 2012).

Os problemas de saúde estavam relacionados ao modo de vida e trabalho existentes: parasitas intestinais, doenças associadas a carência de nutrientes e doenças transmissíveis (varíola, febre amarela, sífilis, malária). As ações governamentais à saúde eram inexistentes.

Com a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, surgiram as primeiras instâncias de saúde pública no Brasil, suas atividades eram apenas para fiscalizar e habilitar aos interessados em trabalhar na arte da cura (GIONAVELLA et al, 2012)

Com a Independência do Brasil, surgiram as primeiras faculdades e agremiações médicas, porém o avanço da medicina oficial não foi ampliada prontamente com os cuidados com a saúde da população (GIONAVELLA et al, 2012).

Na metade do século XIX, houve uma crise sanitária e centralização do poder imperial (fim do período regencial). As epidemias de febre amarela e varíola geraram um grande

número de mortes e estigma à capital do Império, o que levou a uma resposta por meio de uma reforma nos serviços de saúde (polícia sanitária, vacinação anti-varíola, fiscalização do exercício da medicina). Durante todo esse período, a atuação do Estado na assistência médica era somente nas internações de doentes graves e a internação dos loucos no Hospício Pedro II. Os serviços médicos hospitalares ficavam por conta das Santas Casas (GIONAVELLA et al, 2012).

Nas últimas décadas do século XIX, foram observadas mudanças significativas na saúde pública brasileira (Segunda Revolução Industrial), por meio da modernização tecnológica, era da microbiologia (Pasteur), diversas utilizações da energia elétrica, desenvolvimento dos transportes (GIONAVELLA et al, 2012).

Com a queda do regime monárquico, foi estabelecida a República Federativa (modernização do país por meio da cafeicultura), porém, todo esse crescimento não levou a grandes transformações nos serviços de saúde, com destaque para o estabelecimento da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional e criação de notificação compulsória para algumas doenças como: febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina e sarampo. A ação do Estado se limitava à preocupação com as epidemias e às medidas para a manutenção de um estado geral de salubridade, para o Estado brasileiro a saúde pública estava relacionada somente às crises sanitárias (GIONAVELLA et al, 2012).

As primeiras intervenções do Estado na área da saúde, no período da ditadura militar, eram limitadas às ações higienistas e curativas visando somente impedir epidemias ou riscos para a economia. Com o advento da democracia, foram incorporadas às políticas públicas os direitos sociais e a participação da sociedade (GIOVANELLA et al., 2012).

A Constituição Federal de 1988 instituiu políticas públicas de Saúde ao determinar que a saúde é um direito universal e de acesso igualitário a todos os brasileiros, assegurada pelo Estado, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações do governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento do setor. São as atividades executadas pelo governo e as realizadas por agentes econômicos. Apresentam uma agenda ampla de temas que abrangem problemas que precisam de uma solução política e que atendam aos anseios da sociedade (LUCCHESE, 2004).

A concepção ampliada de saúde adotada na Constituição de 1988 e a compreensão de que a garantia desse direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, estão diretamente relacionadas a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (LUCCHESE, 2004).

Assim sendo, acreditamos que por meio da compreensão da representação social dos usuários da Atenção Básica junto ao movimento de gerar propostas e soluções para a apreensão dos princípios e diretrizes do SUS seja possível a integração às políticas públicas pelos usuários dos serviços de saúde.

Figura 2: Políticas de Saúde no Brasil

Políticas de Saúde no Brasil (1990 a 2016)
1990: Inamps é incorporado ao Ministério da Saúde; Promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080 e 8.142). Início do Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS) para reduzir a mortalidade infantil em áreas pobres. AIDS – início da terapia antirretroviral. Norma Operacional Básica (NOB) 1991 – descentralização de serviços e recursos. Ênfase no fortalecimento do debate social e da capacidade federal de coordenação do SUS e expansão dos serviços de saúde no território nacional. Formulação NOB 1993 (proposta)-Descentralização com ênfase nos municípios, criação de comissões intergestores bipartite nos estados; Extinção do Inamps. 1994: Início do Programa Saúde da Família Adoção do Programa Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica em saúde ((MACHADO, 2017) Ênfase no controle do Tabaco. Formulação da Norma Operacional Básica (NOB 1996) –mudanças nos critérios de descentralização, financiamento e organização do sistema. Expansão do Programa Saúde da Família; criação do Departamento de Atenção Básica. Emissão da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) Assistência farmacêutica – proliferação, fragmentação e descentralização de programas; expansão de gastos com medicamentos de alto custo; programa de genéricos. Criação de agências voltadas para regulação sanitária (Anvisa) e de planos privados de saúde (ANS).

Mudança de estrutura do ministério, com a criação de novas secretarias (de Vigilância em Saúde, de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Gestão Participativa) voltadas para as áreas estratégicas e unificação da Secretaria de Atenção à Saúde.
Definição de marcas de governo na saúde (Brasil Sorridente, SAMU, Farmácia Popular).
Elaboração do Plano Nacional de Saúde (2004-2007); Elaboração em 2007 do Plano Mais Saúde sob influência do PAC.
Adoção inicial como marco governamental das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), que já existiam, com a expansão expressiva de serviços
Lançamento e expansão do Programa Mais Médicos.
Ampliação de cursos e vagas de Medicina e de vagas de residência médica, incentivo a mudanças curriculares na formação em Medicina.
Ao final de 2014 - medidas de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro (inclusive na prestação de serviços).
Expansão de arboviroses – dengue, Chikungunya e Zika – e identificação de associação do vírus da Zika (quando contraído na gravidez) com microcefalia leva à ênfase em estratégias voltadas ao controle epidemiológico destas doenças.

Fonte: MACHADO (2017)

1.4.1 Política Pública voltada para a participação da sociedade nos serviços públicos de saúde.

O decreto nº 8.485 de 17 de junho de 2019 regulamentou em âmbito municipal a lei federal nº13.460, de 26 d junho de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário de serviços públicos da administração pública, e instituiu a política municipal de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Públicos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

O disposto neste decreto aplica-se aos órgãos da Administração Pública Municipal direta e às autarquias, fundações públicas, às empresas públicas e às sociedades de economia mista, e, subsidiariamente, aos prestadores de serviços públicos, incluídos os delegados dos serviços públicos municipais. Devendo os órgãos e entidades da Administração Pública Municipal dispor de mecanismos ágeis e eficientes que assegurem a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário de serviços públicos.

Considerando-se a definição de que política pública é o conjunto de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Município direta ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito ao cidadão, a **Política Municipal de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Públicos** tem como objetivos: promover a participação do usuário na Administração Pública através do controle social dos cidadãos sobre a prestação de serviços públicos; promover o planejamento estratégico em benefício da simplificação e melhoria dos serviços públicos; estimular e incentivar projetos, programas e ações de inovação na prestação dos serviços públicos; fomentar e incentivar a adoção de mediação e conciliação de conflitos entre particulares e a Administração Municipal; propiciar aos agentes públicos condições para exercerem com eficiência o seu papel de representantes da Administração Municipal no trato com os cidadãos; fomentar e orientar as unidades operacionais responsáveis pela execução dos serviços públicos tenham como objetivo a satisfação dos usuários; incentivar a criação de mecanismos para a desburocratização da prestação dos serviços públicos e procedimentos administrativos; garantir o direito dos cidadãos ao atendimento de qualidade, com procedimentos padronizados, acessíveis e eficientes; estimular a cultura da avaliação do atendimento, dos serviços públicos prestados, da análise das necessidades e expectativas dos cidadãos; promover o desenvolvimento de práticas de transparência na prestação dos serviços públicos; assegurar aos cidadãos o direito ao acesso à informações sobre os serviços públicos de forma simples e compreensível, em conformidade com a Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; assegurar a adequação e a qualidade das informações divulgadas sobre a prestação dos serviços públicos que estejam inseridas no sitio eletrônico institucional (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

Para o cumprimento dos objetivos da Política Municipal de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Públicos, são observadas as seguintes diretrizes; respeito e cortesia no atendimento aos cidadãos; presunção de boa-fé dos cidadãos; utilização de linguagem clara, objetiva e compreensível, evitando o uso de siglas, jargões e estrangeirismos; simplificação dos processos e requisitos para atendimento, com foco na melhoria dos serviços públicos, vedada a imposição aos cidadãos de exigências não previstas na legislação; transparência nos procedimentos de atendimento, possibilitando o acompanhamento pelo usuário requisitante e a disponibilização de informações claras e precisas sobre os serviços públicos oferecidos; efetividade no atendimento, pautando a atuação conforme as necessidades e expectativas dos cidadãos; publicidade dos horários e procedimentos, compatíveis com o bom atendimento ao

cidadão; generalidade no atendimento e prestação do serviço, sem distinção entre os cidadãos; regularidade no atendimento e prestação do serviço, seguindo os padrões de qualidade determinados; confidencialidade, preservando o sigilo das informações pessoais, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

A Política Municipal de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Público tem como ferramenta a **Carta de Serviços ao Usuário** a qual objetiva dar informações aos usuários sobre cada um dos serviços públicos prestados, as formas de acesso a esses serviços dentro dos compromissos e os padrões de qualidade de atendimento.

As informações constantes da Carta de Serviços ao Usuário devem ser feitas pelo órgão e entidade responsável pela prestação de cada serviço público e devem publicar, em seus sítios eletrônicos na internet, a Carta de Serviços ao Usuário.

Os órgãos e entidades da Administração Pública Municipal devem monitorar e avaliar os serviços prestados, através de pesquisa de satisfação para detectar necessidades da sociedade e do usuário de serviços públicos; aperfeiçoar a prestação dos serviços públicos; simplificar processos e procedimentos administrativos; envolver a sociedade no processo de tomada de decisões e acompanhamento das políticas públicas, observando o princípio da transparência; detectar e corrigir problemas, desvios, irregularidades e ineficiências; identificar problemas no acesso ao serviço; avaliar, em tempo real e de forma contínua, a satisfação com o serviço; avaliar o cumprimento dos compromissos firmados nas Cartas de Serviços e os prazos definidos para a prestação dos serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019).

A participação dos usuários dos serviços públicos municipais no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços prestados é feita por meio do Conselho Municipal de Usuários dos Serviços Públicos, sendo que no presente estudo há o interesse pelos usuários representantes da Atenção Básica.

Os responsáveis pela gestão da Política Municipal de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Públicos são a Ouvidoria, Transparência e Controle e os titulares dos órgãos e dirigentes das entidades da Administração Pública Municipal direta e indireta, respectivamente.

A Ouvidoria, Transparência e Controle tem a função de direcionar a participação da sociedade na Administração Pública, atendendo denúncias, reclamações, sugestões referentes a assuntos relacionados às secretarias e demais instituições municipais, como atendimentos

inadequados e ineficiência dos serviços. Os registros podem ser realizados pela internet, telefone, whatsapp, e-mail, carta e presencialmente.

Atendendo ao decreto municipal nº 8.485/2019 que institui a avaliação permanente dos serviços. Algumas unidades de saúde passaram a receber, desde janeiro de 2021, voluntários do Programa Ouvidoria Rosa. Esses voluntários interpelam os usuários sobre diversos aspectos da unidade básica de saúde, visando melhorar a qualidade na prestação de serviços. São avaliados os serviços de atendimento, recepção, limpeza, tempo de espera. Ao final, podem declarar se aprovam ou não a unidade classificando a unidade como: ótima, boa ou regular. Os dados obtidos estão disponíveis no Portal da Transparência, ampliando portanto, o controle social (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2021).

Os usuários podem participar das políticas públicas na saúde utilizando a ferramenta para o controle da sociedade: o Portal da Transparência, que permite ao cidadão acompanhar o uso dos recursos públicos como por exemplo os investimentos na Atenção Básica, compras e licitações, contratações, pagamentos (BRASIL, 2020)

> O Ministério Público do Estado de São Paulo, com o objetivo de verificar o cumprimento do princípio da transparência administrativa, mormente diante dos comandos existentes na Lei de Acesso à Informação e na Lei de Responsabilidade Fiscal pelos principais entes da administração municipal, expediu recomendação endereçada à Prefeitura Municipal de Santos para garantir inclusive e especialmente: A) Que os editais e demais instrumentos convocatórios das licitações sejam disponibilizados em sítios da internet, sem necessidade de cadastro prévio para acesso, informando os links de acessos e respectivos conteúdos, bem como a forma de alocação física das respectivas informações (fonte), assim como dados relacionados à remuneração dos seus servidores e funcionários públicos municipais; B) Seja realizada ampla divulgação à população com o esclarecimento sobre a existência de referida acessibilidade, visando a conscientização de forma a garantir a efetividade do pleno exercício do direito de acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

A partir das referências de políticas públicas já concebidas, o estudo demostra a importância do conhecimento das representações dos usuários sobre os serviços de saúde pública e suas implicações na participação social. As políticas públicas já existem e precisam ser reconhecidas pela sociedade.

1.5 A Teoria das Representações Sociais de Moscovici

Serge Moscovici introduziu a Teoria das Representações Sociais em 1961, inicialmente apresentada com a publicação do estudo *La Psychanalyse: Son image et son public* de 1961, e se empenhou em quebrar a barreira disciplinar entre a psicologia social e a sociologia, ou seja, propunha uma visão psicossociológica sobre o mundo social.

MOSCOVICI (1978) e JODELET (2005), articuladores do conceito de representações sociais pressupõem a impossibilidade de compreender o indivíduo sem considerá-lo como parte de uma sociedade cultural, econômica, política e dentro do contexto histórico ao qual pertence.

O primeiro teórico a falar em representações sociais como "representação coletiva" foi Émile Durkheim, designando a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual. Segundo este autor, o pensamento individual seria um fenômeno puramente psíquico, mas que não se reduziria à atividade cerebral, e o pensamento social não se resumiria à soma dos pensamentos individuais (MOSCOVICI, 1978).

Segundo MOSCOVICI (1978), a representação social ou coletiva é um fenômeno psicossocial que nasceu na Sociologia clássica e na Antropologia, cuja teoria desenvolveu-se especialmente nas obras de Durkheim e Lévy-Bruhl. Porém a Psicologia Social contribui nesta formação, possibilitando o novo olhar sobre os indivíduos e sobre suas interações sociais.

Para MOSCOVICI (1978), só é possível compreender o indivíduo considerando-o como parte de uma sociedade cultural, econômica, política, dentro do contexto histórico em que faz parte.

As representações sociais possuem uma íntima relação com a formação do saber praticado pelos sujeitos sociais e seus grupos no decurso da vida em sociedade. Como fenômenos que necessitam ser descritos e explicados, as representações sociais de Moscovici estão relacionadas a um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum.

A representação social que o usuário apresenta sobre os serviços de saúde pública pode implicar diretamente na relação entre os usuários-equipe-serviços, sendo necessárias políticas públicas que reafirmem o Sistema Público de Saúde como um bem público o qual deve ser preservado e revitalizado.

A contribuição dos estudos da Psicologia e das Ciências Sociais contemporâneas, das quais emerge a teoria das Representações sociais como referencial teórico- metodológico vem sendo empregada na área da saúde e educação para uma abordagem e compreensão do sujeito interagindo no mundo, com o grupo social e com a construção da realidade (INÁCIO et al, 2017).

Segundo MOSCOVICI (1978), existem três dimensões da representação social: o conhecimento que o grupo possui sobre um objeto social através da informação; a ideia de organização de conteúdo; e a atitude positiva ou negativa diante ao objeto representado. Para o autor, as representações sociais circulam, entrelaçam-se e cristalizam-se através de uma fala, uma imagem, um encontro no cotidiano. Elas estão impregnadas da maioria das relações sociais estabelecidas, dos objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas.

A pesquisa tendo como abordagem teórica a Teoria das Representações Sociais permite interpretar as concepções prévias dos usuários dos serviços do SUS, e assim pensar os serviços de saúde pública a partir do sujeito, de suas impressões do mundo e do grupo social no qual está inserido.

A Teoria das Representações Sociais se configura como uma das possibilidades analíticas, que permite um diálogo na interface de diferentes tradições teóricas e metodológicas. Moscovici indica a importância de considerar as intenções dos agentes/sujeitos no espaço social, e a importância das relações de comunicação, que colocam em interação o pensamento e a linguagem (ABDALLA, 2019).

> Uma representação fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime. No final das contas, ela produz e determina os comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e o significado das respostas a dar-lhes. Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (MOSCOVICI, 1978, pag. 26).

Através da Teoria das Representações Sociais a autora buscou compreender o significado do poder simbólico da representação social para se compreender o espaço social e que orientam as atitudes, imagens que influenciam os comportamentos e as comunicações no campo da Saúde. Essa compreensão direcionou possibilidades de atuação para melhorar a troca entre usuários e os serviços, superando assim os desafios.

1.6 A relevância da subjetividade nas políticas públicas

O tema subjetividade vem adquirindo relevância no planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas na saúde, que se atentem para a subjetividade desses sujeitos de forma a serem construídas políticas que atendam as reais demandas, respeitando os contextos culturais, sua história e seus territórios, e com uma comunicação entre os usuários e a equipe do serviço, que organize o trabalho, garanta o acesso com equidade, e para que todos tenham autonomia com poder de escolha e decisão, através da informação, para garantia dos direitos já conquistados pelos brasileiros: a implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) em 1988.

A relevância da correlação entre subjetividade e políticas públicas, para além de conceitos convencionais onde a política pública é apenas um instrumento de ação do Estado, em uma visão economista, está na importância de uma teoria histórico-cultural da subjetividade para o desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde pública (GONZALÉZ REY, 2004).

GONZALÉZ REY (2004) esclarece que a política pública pode ser compreendida através do aspecto humano e pela subjetividade humana, e não somente pelos aspectos institucionais, que têm o amparo legal quando é instituída, e ainda que, a aproximação da subjetividade com as políticas públicas tem, na sua intersecção, repensar o indivíduo dentro de sua identidade, com as várias identidades ao seu redor e com poder de transformação da sociedade.

Há uma importância em se entender a subjetividade no planejamento da produção de qualquer trabalho, pois as relações são dependentes do contexto sócio-histórico de cada indivíduo que atua no trabalho e do que recebe o produto do trabalho.

> [...] a subjetividade é produto das redes da história, é, então, descentrada do indivíduo, sendo sempre coletiva e nunca individual. É produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida. A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 76).

O desafio prático de relacionar subjetividade e política pública insere-se na articulação que busca romper com a visão disciplinar de ciência para incorporar argumentos que religam conhecimentos científicos de natureza distinta em modelos abertos de pensamento complexo (GONZÁLEZ REY, 2004).

As políticas públicas devem ser pensadas como resultado de uma construção de identidade coletiva. Através do perfil que se apresentou no presente estudo, foi proporcionada uma melhor compreensão e delineamento de um produto de comunicação que atendesse as demandas de todos os envolvidos com estratégias adequadas, e com um melhor uso do serviço, com direitos e deveres em equilíbrio.

O autor DEMO (2002) chamou a atenção para a questão social, que segundo ele, determina o sujeito. Tal afirmação leva a um questionamento de que as políticas públicas que não consideram o sujeito estão fadadas ao fracasso ou ineficiência, ou simplesmente alcançaram seu real objetivo de massificar necessidades que não trarão a emancipação dos sujeitos e consequentemente sua autonomia com poder. A homogeneidade nega as várias identidades, o que desumaniza qualquer política pública.

DEMO (2002) discorre sobre as diferentes individualidades que se constituem a sociedade, sujeitos de direitos, sendo que o grande desafio das políticas públicas é ser universal respeitando as demandas particulares, e para qualquer demanda é preciso considerar o indivíduo.

> É por meio daquele que se apresenta em sua nudez e em sua miséria, no entanto, que se dá a Mim, a revelação daquilo que é em excesso, o Outro. Esse absolutamente Outro me aparece e me constitui enquanto subjetividade, antes que eu possa abarcá-lo pela representação ou que possa a ele me referir pela linguagem (FREIRE, 2004).

A herança histórica de uma nação vai determinar a subjetividade política e as representações sociais dos indivíduos e por consequência a busca de uma identidade e reconhecimento do acesso a direitos (CARVALHO, 2002).

A história mostra que, no Brasil, ao invés dos sujeitos estabelecerem-se na cidade (urbanização) como em outros países que estavam em pleno nascimento do capitalismo, a exploração sofrida por quem tentava ir para as cidades fazia o caminho inverso desses países em pleno desenvolvimento urbano. Esse caminho inverso deu poderes para o Estado que passou a fiscalizar, regular e também corromper todo o tecido social que se formava devido à relação sempre presente entre povo/governo, e onde a propriedade privada é o que estruturou

a cidadania no Brasil, desde a colonização do Brasil, com a subjetividade e representação social totalmente ligada ao material, a posse, a propriedade privada (GOHN, 2001).

A sociedade brasileira ainda carrega elementos da cultura política brasileira que nasceu no final do século XX que prejudicam a formação do tecido social necessário para a garantia do acesso aos direitos universais e que consiga mesmo em situações de injustiças sociais agir coletivamente, participando de debates para a consciência sobre os direitos a que todos os seres humanos têm a uma vida justa e solidária (CARVALHO, 2002).

As relações de dependência que podem ser criadas pelas Instituições levam a uma passividade dos indivíduos beneficiários das políticas que por vezes encontram-se presos a uma política que não lhe traga autonomia, o que contraria os preceitos de uma sociedade democrática onde as políticas públicas devem incentivar a autonomia com poder de decisão e mudança.

Uma das razões para nossas dificuldades que resultam em desigualdades pode ter a ver com a natureza do percurso inverso da cronologia e a lógica da sequência descrita por Marshall, que foram invertidas no Brasil, “primeiro vieram os direitos sociais, implantados em períodos de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis, durante a ditadura militar (CARVALHO, 2002).

Pensar em políticas públicas para melhorar o acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social que diminuam a iniquidade, pensar além dos programas existentes, políticas de humanização que realmente funcionem e tenham uma abordagem nas representações sociais da sociedade pós-moderna e sua subjetividade, achar uma forma de envolver o profissional que também é vítima do processo de individualização e imediatismo inerentes a todas as classes sociais (CAMPELLO, 2018).

As políticas públicas atuam nas dimensões psicossociais no cotidiano dos indivíduos, sendo que a institucionalização das políticas tem a contradição de ser o próprio impeditivo para as transformações a que se propõem. A subjetividade contribui para que as ações das políticas públicas sejam centradas nas ações dos sujeitos e das instituições sociais, juntamente com o Estado (GONZÁLEZ REY, 2004).

Estudar a subjetividade implica dialogar com o sujeito, ter acesso a ele em vários cenários de produção de sentidos, para o qual contribuem os diferentes instrumentos que vamos produzindo ao longo de um processo de investigação. No entanto, esses instrumentos são inseparáveis dos contextos dialógicos que definem o cenário da investigação, e que se desenvolvem em seu curso. Esses contextos, por sua vez, são essenciais para conseguir um

envolvimento do sujeito que favoreça a produção de sentidos no processo de investigação. Essa produção de sentido vai surgir através das posições que o sujeito vai adotando no processo de investigação. Sem produção de sentido não há acesso ao estudo da subjetividade, nem aos processos de subjetivação (GONZÁLEZ REY, 2004).

> Toda política pública é fundamentalmente uma forma de preservação ou de redistribuição do quantum de poder social que circula, alimenta e engendra as forças vivas da sociedade. Em toda sociedade, o poder social está distribuído segundo linhagens históricas, segundo montagem das divisões e alianças de classes e grupos sociais e, também, pela configuração do Estado; mas é preciso entender que tal distribuição de poder social pode ser alterada, transformada ou conservada pelas políticas públicas (GOMES, 2011, p.20 *apud* MARTINS, 2015, p.56).

Pensou-se no problema da pesquisa pela perspectiva da Psicologia e refletindo-se sobre sua atuação nas políticas públicas no contexto do cenário histórico e social da Psicologia no Brasil.

A Psicologia sempre teve seu foco no individual, em modelos normativos, e a serviço do Estado, segundo GONÇALVES (2010). O início da Psicologia foi baseada em modelos tradicionais e que não atendia as demandas populares. Sua presença nas instituições sociais era de forma secundária e, quando fora das instituições, limitava-se à área da educação, no setor de recursos humanos nas empresas e na Psicologia Clínica.

O capitalismo trouxe novas demandas e questões sociais que fizeram a Psicologia questionar o seu papel nas políticas públicas, pois a "Psicologia já apresentava definições teóricas, procedimentos, instrumentos e práticas desenvolvidas como profissão". (GONÇALVES, 2010).

Em um cenário de desenvolvimento econômico, articulações políticas e novas demandas sociais, as políticas públicas surgem como resposta a essas demandas e a psicologia que sempre respondeu a cada necessidade de cada momento histórico deparou-se com a necessidade de adequa-ser ao novo contexto social (GONÇALVES, 2010).

Portanto, a Psicologia passa de uma lógica normativa e higienista a qual não se atentava às subjetividades de cada caso, dentro do contexto histórico, passando a ter então uma intersecção entre o social-histórico e a emancipação do sujeito através da Psicologia comunitária saindo assim da neutralidade (GONÇALVES,2010).

A Psicologia teve sua aproximação com as políticas públicas, quando une o seu desejo de resolver os problemas da realidade brasileira através da emancipação dos indivíduos com a

sua apropriação do seu contexto social, e essa aproximação aconteceu pelos movimentos de saúde (GONÇALVES, 2010).

O questionamento da autora não é uma tese, em que se queira provar algo inédito, e o conteúdo teórico com o tema-problema encontra-se em quantidade considerável no mundo científico, muito se produz, porém percebemos um quadro em que as políticas públicas precisam do olhar da psicologia assim como a psicologia precisa das políticas públicas, e como bem coloca o autor DEMO (2002), a “reconstrução do liame social precisa ser sob uma outra perspectiva, sob uma ética política-social".

A Psicologia entra nas políticas públicas para garantir uma vigilância dos direitos humanos, em que as subjetividades são afetadas e, diante desse quadro, a psicologia tem como agir através de uma denúncia qualificada (GONÇALVES, 2010).

> A política pública, ao ser implantada de acordo com diretrizes que confrontam o estado de coisas com o intuito de transformá-lo para o alcance de novos objetivos, pode gerar novas possibilidades de arranjos sociais que levam ao reordenamento das posições de poder na instituição. Essas reconfigurações, produzidas socialmente, contribuem para que novas reinterpretações da própria política pública ocorram dinamicamente de forma complexa, multidimensional, possibilitando abertura para a participação democrática de novos atores na definição das regras de poder (GONZÁLEZ REY, 2004, p.53).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a representação social sobre o Sistema Público de Saúde, para usuários da Atenção Básica, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços de saúde.

2.2 Específicos

1-Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS.

2-Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde.

3-Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social.

3. HIPÓTESE

O usuário da Atenção Básica não se apropria dos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do Sistema Público de Saúde, o que levaria o usuário à não-participação social efetiva e producente, que poderia gerar uma insatisfação com os serviços oferecidos, formando representações sociais que interferem na sua integração com as políticas públicas de saúde e na organização dos serviços.

4. METODOLOGIA

As entrevistas foram realizadas com dez usuários em duas unidades de saúde da Atenção Básica (cinco participantes em cada unidade), do município de Santos, entre os meses de setembro a novembro de 2020. As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e posteriormente transcritas, foram realizadas em local reservado, a fim de garantir a privacidade dos participantes.

A escolha das unidades foi baseada nos locais onde a pesquisadora já exerceu suas atividades laborais, locais estes que despertaram o interesse pelo objeto do estudo devido às experiências no cotidiano destas unidades.

Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise temática de conteúdo de BARDIN (2016), com leitura exaustiva do material para organização das informações e posterior identificação das unidades temáticas e as categorias.

Os resultados das entrevistas possibilitaram a identificação das seguintes categorias: I-Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica; II-Percepções sobre a unidade básica de saúde; III-Apropriação do princípio da participação social.

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo analisou a representação social do Sistema Público de Saúde junto aos usuários de duas unidades básicas de saúde, do município de Santos, sob uma perspectiva da Psicologia e Políticas Públicas, com a obtenção de dados por meio de um estudo de abordagem qualitativa e análise dos dados pautados na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada individual.

Segundo TRIVIÑOS (2009), para melhor captar as múltiplas dimensões de fenômenos complexos, sugere-se utilizar a entrevista semiestruturada por permitir a flexibilidade na utilização de um roteiro orientador e que possibilite a interação entre entrevistado e pesquisador e a possibilidade do surgimento de novas questões.

A abordagem qualitativa foi a selecionada para esse estudo por se tratar de uma pesquisa que lida com uma realidade não reduzível a números, e sim um universo subjetivo, composto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2012).

4.2 Processo de produção de dados

Em relação à amostra escolhida, seguindo as orientações metodológicas de BECKER (1999) dada a dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra, uma vez que os usuários das unidades básicas nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se

por entrevistar usuários que pertencem ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus há mais de um ano (critério de inclusão) por serem usuários que frequentam constantemente a unidade básica para o controle da sua condição crônica (longitudinalidade da atenção), estando mais aptos para avaliar de forma expressiva sobre os serviços e sobre o SUS.

Havia sido programada uma amostra com 40 usuários, *a priori*, porém com a mudança do fluxo de atendimentos dos usuários nas unidades básicas, devido à pandemia causada pela COVID-19, houve a impossibilidade para a coleta de dados no período programado, passando-se para a escolha da amostra por saturação, a qual é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas, usada para estabelecer o tamanho final da amostra. A princípio foi iniciada a entrevista com sete usuários, finalizando a amostra com um total de dez entrevistados, pois a amostra foi formada por saturação devido à repetição e redundância das falas dos entrevistados, e considerou-se que:

> [...]dependendo do objeto ou do problema focalizado, diferentes níveis de abrangência do contexto investigado são requeridos, na tentativa de captar os diferentes tipos ou níveis de simbolização presentes nas manifestações individuais dos participantes de uma pesquisa: número de indivíduos representantes desse contexto, diferentes tempos de duração de entrevista ou capacidades de insight dos entrevistados, assim como diferentes níveis de aprofundamento interpretativo por parte do pesquisador (FONTANELLA, 2008).

O conceito para utilização da amostra por saturação encontra respaldo científico no pressuposto da constituição social do sujeito que, na Teoria das Representações Sociais, reflete-se no conceito de determinação social das representações individuais e na análise do discurso, no conceito de determinação histórica e social das formações discursivas e da fala (BRANDÃO, 2004).

Nos estudos qualitativos, o que há de mais significativo nas amostras está na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA, 2008).

A seleção dos elementos decorre, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto, algumas delas em contínua construção histórica (MINAYO, 2014).

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

A aplicação dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora, a qual se apresentou aos usuários como pesquisadora interessada nas questões que envolvem as representações sociais dos usuários das unidades básicas de saúde, com questões objetivas e subjetivas sobre o SUS e sobre os serviços oferecidos nas unidades básicas, do município de Santos-SP. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos e foram realizadas nas próprias unidades de saúde, em local tranquilo e que permitisse o distanciamento recomendado pelas novas normas de segurança devido a pandemia pela COVID-19.

Os participantes foram abordados aleatoriamente e convidados a participarem da pesquisa após terem passado por consulta médica de rotina, as quais foram previamente agendadas por esses pacientes para o controle de sua condição de saúde. A pesquisadora programou os dias para a realização das entrevistas de acordo com os dias em que haviam consultas médicas agendadas para os pacientes com hipertensão e/ou diabetes. A amostra teve um total final de sete mulheres e três homens, de idades variando entre 32 a 79 anos.

Por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), foram explanados os principais objetivos do estudo e o compromisso de resguardar o anonimato durante todas as etapas do trabalho. Após o consentimento dos participantes, aplicava-se a entrevista para a coleta dos dados.

As entrevistas foram gravadas mediante a prévia autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com posterior transcrição literal. Quanto aos preceitos éticos, todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, a garantia de sigilo das informações, do anonimato, da participação espontânea e da liberdade de retirarem-se da pesquisa a qualquer momento, potenciais benefícios e riscos, conforme rege o Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Foram impressas duas vias, uma foi entregue ao participante e a outra via ficou em posse da pesquisadora.

A pesquisadora colocou-se à disposição do entrevistado para esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa.

Para a avaliação feita pelos usuários, construiu-se um questionário baseado nos pressupostos teóricos de GÉRVAS et al, (1987) para se formular uma estratégia que avaliasse o conhecimento sobre o que é e o que abrange o SUS, qual a percepção dos usuários

entrevistados sobre os serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde e sua representação social relacionada à participação social.

As entrevistas foram compostas por duas partes: dados de identificação pessoal (Apêndice B) e perguntas norteadoras com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre o SUS, a percepção dos serviços e participação social, pelos usuários, em duas unidades de saúde da Atenção Básica do município de Santos (Apêndice C).

Destaca-se que, na apresentação das falas transcritas (Apêndice D), são respeitadas a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados e objetivando preservar a identidade dos entrevistados, estes foram identificados por meio das iniciais do nome e numeração dos questionários.

4.4 Análise de dados

Foi escolhida a análise de conteúdo por categoria, de BARDIN (2016), para o tratamento e análise dos dados por tratar-se de um método que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que representa por meio de um tema- unidade de significação o pensamento expresso na fala dos sujeitos, de acordo com a frequência com que as palavras aparecem e a sua relevância no contexto da fala.

A metodologia de análise de conteúdo foi destacadamente desenvolvida durante a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos e criada especialmente para sintetizar e compreender o conteúdo dos argumentos utilizados por jornais e propagandas de inimigos; somente após isso passou a ter aplicação em estudos acadêmicos de comunicação política (CARLAMANGO; ROCHA, 2016).

O processo de formação das categorias foi realizado de acordo com BARDIN (2016): após a realização das entrevistas, são realizadas as transcrições e a leitura flutuante. A exploração foi realizada por meio da codificação pela repetição das palavras, que uma vez triangulada com os resultados observados, foram constituindo-se em unidades temáticas que possibilitam a construção das ideias centrais e são a interpretação da pesquisadora em relação ao que o entrevistado tencionou dizer. Posteriormente são criadas as categorias que representam as ideias centrais de maneira sintética e que possibilitam a discussão dos resultados e as inferências da pesquisadora à luz de fundamentação teórica.

4.5 Aspectos éticos

Cabe ressaltar que devido à situação de pandemia pela COVID-19 foram adotadas todas as medidas protocolares de segurança que vêm sendo seguidas pela unidade sob

recomendação da Secretaria Municipal de Saúde: aferição de temperatura, uso obrigatório de máscaras, uso de equipamento de proteção individual (EPI) por parte da equipe de saúde, assepsia das mãos, distanciamento, uso de local arejado para a entrevista e diminuição do tempo da entrevista (máximo de 40 min).

Para a realização da pesquisa nas unidades básicas de saúde, o projeto foi submetido à Coordenadoria de Formação (COFORM) da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Santos (Anexo A) e foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Santos, tendo sido protocolado e aprovado em 30/06/2020 sob o número 4.131.384, CAAE 32794620.0.0000.5536 (Anexo B).

5. RESULTADOS

Foram entrevistados dez usuários em duas unidades de saúde da Atenção Básica do município de Santos. Os usuários eram pertencentes ao grupo de hipertensos e/ou diabéticos, entre homens e mulheres, frequentadores das unidades básicas de saúde, há pelo menos um ano.

Para responder aos objetivos específicos da pesquisa por meio das perguntas norteadoras, foram construídos os seguintes quadros ilustrativos a partir das respostas obtidas dos usuários das unidades de saúde. Note-se que diferentes falas de um mesmo entrevistado podem estar presentes em duas ou mais unidades temáticas em distintas categorias.

Nos quadros abaixo, as perguntas e respostas estão correlacionadas pela mesma cor.

Quadro 1 - Respostas dos usuários às perguntas norteadoras para o objetivo específico: Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde, relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS.

Sabe o que significa a sigla SUS? ***Sabe o que é o SUS? Já utilizou o SUS, qual lugar que você utilizou o SUS?*** ***Você considera a unidade de saúde em que você está cadastrado pertencente ao SUS?*** ***Experiência positiva e negativa ao utilizar o SUS.*** ***Você acredita que o SUS deveria acabar?***	
Usuários registrados pelos números de 1 a 10, segundo a ordem cronológica das entrevistas	
ENTREVISTADOS	RESPOSTAS
01	**Não sabe o que significa a sigla SUS;** **Ir ao médico, fisioterapeuta, dentista;** **Considera a unidade ser SUS;** **Experiência negativa quanto ao ambiente, experiência positiva relacionada ao bom atendimento;**

	Não acha que o Sus deveria acabar *(“tem tanta gente que precisa né?!”)*
02	**Não sabe o que significa a sigla SUS;** **Santa Casa, Hospital;** **Não considera a unidade básica ser SUS;** **Experiência negativa referente à burocracia, experiência positiva relacionada ao bom atendimento;** **Não acha que o SUS deveria acabar (“*De jeito maneira, inclusive ele é perfeito*!”)**
03	**Não sabe o que significa a sigla SUS;** **Serviço médico, internação hospitalar, serviço para quem não tem plano de saúde;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Não relatou nenhuma experiência negativa, experiência positiva relacionada ao bom atendimento;** **Não acha que o SUS deveria acabar** **(“*Nãooooo, pelo amor de Deus*”).**
04	**Soube responder o que significa a sigla SUS;** **Odontologia, médicos, vacinas;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Experiência negativa ao passar em atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), experiência positiva não ter que pagar pelos serviços;**

	Não acha que o SUS deveria acabar **(“*Não, jamais, já é difícil, sem ele piora*)**
05	**Não sabe o que significa a sigla SUS;** **Hospital, unidade básica;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Experiência negativa quanto a demora para ser atendida, não relatou nenhuma experiência positiva;** **Não acha que o SUS deveria acabar;** **(“*não tem que acabar porque a gente precisa dele, tem que melhorar em alguns aspetos, mas acabar não, de jeito nenhum*”)**
06	**Soube responder o que significa a sigla SUS;** **Cardiologista, urologista, dermatologista;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Não relatou nenhuma experiência negativa, experiência positiva relacionada a um bom atendimento;** **Não acha que o SUS deveria acabar;** **(“*O SUS nunca deveria acabar, é o mínimo que nós temos*”).**
07	**Soube responder o que significa a sigla SUS;** **Unidade básica, Hospital, atendimentos gratuitos;**

	Considera a unidade básica ser SUS; **Não relatou nenhuma experiência negativa, experiência positiva relacionada a ter sido atendida em todas as suas necessidades;** **Não acha que o SUS deveria acabar ("*Não, porque o SUS atende pessoas de baixa renda, pessoas que não têm condições, senão as pessoas que não tem plano vão recorrer a quem?!*").**
08	**Soube responder o que significa a sigla SUS;** **Consulta grátis, remédio grátis;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Não relatou nenhuma experiência negativa, experiência positiva relacionada a um bom atendimento;** **Não acha que o SUS deveria acabar.**
09	**Soube responder o que significa a sigla SUS;** **UPA, atendimento médico, exames;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Experiência negativa relacionada a um atendimento médico, não relatou nenhuma experiência positiva;** **Não acha que o SUS deveria acabar ("*Ele não pode acabar não!!*").**

10	**Soube responder o que significa a sigla SUS;** **Pediatria, médico, ginecologista, odontologia;** **Considera a unidade básica ser SUS;** **Não relatou nenhuma experiência negativa, experiência positiva quando realizou cirurgia pediátrica;** **Não acha que o SUS deveria acabar.**

Fonte: de autoria própria

Quadro 2 - Respostas dos usuários às perguntas norteadoras para o objetivo específico: Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde.

Você sabe quais os serviços a unidade em que você está cadastrado oferece? *Está satisfeito com a estrutura, com o atendimento na unidade?* *Você sabe o que tem que fazer para ser consultado em uma especialidade médica?* *Você tem ou já teve convênio médico?*	
Usuários registrados pelos números de 1 a 10, segundo a ordem cronológica das entrevistas	
ENTREVISTADOS	RESPOSTAS
01	Soube relatar os serviços; Muito limpo, pessoas atenciosas, ótimo atendimento; Não soube responder qual o fluxo para especialidade; Já teve convênio médico.

02	Soube relatar os serviços; Estrutura adequada, limpo, organizada, bom atendimento; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Já teve convênio médico.
03	Soube relatar os serviços; Bom atendimento, não tem nenhuma reclamação; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Já teve convênio médico.
04	Soube relatar os serviços; Falta de ventilação, atendimento humanizado, vínculo entre a equipe e usuários; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Tem convênio médico.
05	Soube relatar os serviços; Boa estrutura, bom atendimento; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Já teve convênio médico.
06	Soube relatar os serviços; Branco e limpo, bom atendimento; Soube responder qual o fluxo para

	especialidade; Já teve convênio médico.
07	Soube relatar os serviços; Ambiente limpo, bom atendimento; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Já teve convênio médico.
08	Soube relatar os serviços; Não tem do que reclamar; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Já teve convênio médico;
09	Relatou os grupos de promoção em saúde e consultas; Ótima estrutura, ótimo atendimento; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Nunca teve convênio médico
10	Soube relatar os serviços; Estrutura maravilhosa, bom atendimento; Soube responder qual o fluxo para especialidade; Nunca teve convênio médico.

Fonte: de autoria própria

Quadro 3 - Respostas dos usuários à pergunta norteadora para o objetivo específico: Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social.

Você sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?	
(*Usuários registrados pelos números de 1 a 10, segundo a ordem cronológica das entrevistas*).	
ENTREVISTADOS	RESPOSTAS
01	Não soube responder.
02	Não soube responder.
03	Não soube responder.
04	Soube responder ("*é do SUS, para a população saber os direitos e seus deveres*").
05	Não soube responder.
06	Já havia escutado falar sobre Conselho Local, e relata nunca ter sido convidado.
07	Não soube responder.
08	Não soube responder.
09	Não soube responder.
10	Não soube responder

Fonte: de autoria própria

A partir da definição das unidades temáticas foram reconhecidas três categorias. Estas categorias estão representadas nas tabelas abaixo, de acordo com os objetivos específicos propostos pela pesquisa.

Tabela 1 - Unidades temáticas estabelecidas a partir das respostas dos usuários, de acordo com a categoria identificada para o objetivo específico:
Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS.

Categoria	Unidades temáticas	Entrevistados * N=10	%
Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica	Associação do SUS com consultas médicas	06	60
	Associação às consultas médicas especializadas	06	60
	Associação a serviços gratuitos de saúde	03	30
	Experiências positivas relacionadas a um bom atendimento	07	70
	Experiências negativas relacionadas à burocracia	02	20
	Sabem o que significa a sigla SUS	06	60
	Reconhecem a UBS como SUS	09	90
	Não querem que o SUS acabe	10	100

Fonte: de autoria própria

Nota: *Diferentes falas de uma mesma pessoa, podem estar presentes em duas ou mais unidades temáticas em distintas categorias.

Tabela 2 - Unidades temáticas estabelecidas a partir das respostas dos usuários, de acordo com a categoria identificada para o objetivo específico:
Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde.

Categoria	Unidades temáticas	Entrevistados* N=10	%
	Ambiente limpo	05	50

Percepções sobre a unidade básica de saúde	Bom atendimento	05	50
	Sem nenhuma queixa referente à unidade	03	30
	Conhecem os serviços oferecidos da unidade	10	100
	Conhecem o fluxo para as especialidades médicas	09	90
	Experiência com convênio médico	08	80

Fonte: de autoria própria

Nota: * Diferentes falas de uma mesma pessoa, podem estar presentes em duas ou mais unidades temáticas em distintas categorias.

Tabela 3 - Unidades temáticas estabelecidas a partir das respostas dos usuários, de acordo com a categoria identificada para o objetivo específico:
Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social.

Categoria	Unidades temáticas	Entrevistados N=10	%
Apropriação do princípio de participação social	Não souberam responder	09	90
	Soube responder	01	10

Fonte: de autoria própria

Após a identificação das categorias foi realizada a análise contextualizada com a efetiva interpretação dos dados e sua necessária adequação em relação aos objetivos propostos da pesquisa. A seguir, serão apresentadas as categorias e a discussão dos resultados.

6. DISCUSSÃO

A partir dos dados analisados, foram identificados os conteúdos das representações sociais por meio das informações a respeito do que os usuários pensam em relação ao SUS, a organização dos serviços das unidades básicas de saúde e a apropriação sobre participação social no SUS.

A seguir serão descritas as categorias originadas das falas dos usuários entrevistados nesta pesquisa que foram construídas a partir das unidades temáticas de maior frequência, para responder aos objetivos da pesquisa. As unidades temáticas deram origem a três categorias: I- Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica; II- Percepções sobre a unidade básica de saúde; III- Apropriação do princípio da participação social.

Na categoria I- Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica, estão as representações sociais dos entrevistados, de como os usuários externalizaram o que pensam do SUS.

Verificou-se nessa categoria a representatividade que o SUS tem para um usuário que frequenta rotineiramente uma unidade básica de saúde, a porta de entrada do SUS: experiências positivas com o SUS, associadas ao atendimento humanizado estiveram presentes para 70% dos usuários entrevistados e as experiências negativas referem-se à burocracia; observou-se a associação ao SUS apenas aos atendimentos em hospitais e especialidades, sem a clareza se a unidade básica que frequentam faz parte do SUS; não houve correspondência entre saber o significado da sigla SUS e a noção clara sobre o que o SUS abrange; constatou-se pelas respostas obtidas que o SUS está relacionado à gratuidade de serviços; a maioria dos entrevistados consideram a unidade básica de saúde onde estão cadastrados como SUS. A possibilidade do fim do SUS foi rechaçada por todos os entrevistados.

Nessa categoria encontramos a representatividade que o SUS tem para um usuário que frequenta rotineiramente uma unidade básica de saúde, a porta de entrada do SUS, que demonstrou uma visão positiva do SUS, com o princípio do acesso universal ao SUS sendo reconhecido.

Ao serem perguntados sobre se já utilizaram algum serviço do SUS, observou-se que alguns usuários associam o SUS apenas aos atendimentos em hospitais e especialidades, não demonstrando com clareza se a unidade básica que já frequentam há anos (por sua condição crônica de saúde, fazem o acompanhamento nas unidades rotineiramente) faz parte do SUS.

"Foi um ano e pouco, quando eu tive AVC, nos Estivadores eu fiquei internada foi pelo SUS" (Entrevistado 03).

"É uma coisa pra se curar, é um atendimento pra se curar que a gente tem, para aqueles que não tem Plano de Saúde. Eu tive um Plano de Saúde foi de uma empresa muito boa, mas era muito caro, aí eu não pude mais pagar, não adianta dizer que eu posso, que eu não posso, aí eu uso o SUS e sou muito bem atendida, graças a Deus" (Entrevistado 3).

"Assim em termos, é gratuito né? Pago pelo Governo Federal, não é isso? Acho que é sim. É uma consulta grátis, remédio grátis, penso assim" (Entrevistado 08).

"Santa Casa de Santos, Visão do Bem, Hospital dos Estivadores e só." (Entrevistado 02).

"Eu mesmo falo, cardiologista, urologista, são serviços que eu uso, né? Urologista, dermatologista" (Entrevistado 06).

"Nas consultas, quando eu sinto dores eu vou no médico" (Entrevistado 09).

A pergunta *"você já utilizou o SUS?"*, teve o propósito de levantar se o usuário reconhece a unidade básica de saúde pertencente ao SUS, independentemente de saber o significado da sigla, pois mesmo quando não souberam dizer o que significa a sigla SUS, ainda assim reconheceram a unidade como SUS, porém, não houve correlação entre saber o significado da sigla SUS e a noção clara sobre o que o SUS abrange.

"Eu não sei, mais ou menos eu acho que é assim: que nem era o INPS, essas coisas, né?! Foi mudando os nomes, eu acho que é isso" (Entrevistado 01).

"SUS? Não sei ... é o.... como é que chama? Ah, não sei. Eu sei o que quer dizer, mas eu não sei explicar, SUS é aonde a gente vai né? Fazer tratamento, não é isso?" (Entrevistado 05).

Como pôde ser observado, sessenta por cento dos entrevistados souberam o que significa a sigla SUS, e na mesma porcentagem (60%) ao se referirem já terem utilizado o SUS, fazem uma associação a quando passam em consultas médicas e/ou quando estiveram

em hospitais, demonstrando que o modelo hospitalocêntrico está presente na representação social dos usuários quando se referem à saúde (GONDRA, 2017). E ainda, 30% dos usuários associam o SUS a tudo que seja gratuito, uma representação social do Estado como provedor da saúde da população “saúde como um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Com base nos resultados obtidos, pode-se inferir que apesar de alguns usuários evidenciarem representações que incorporam uma separação do Sistema Único de Saúde (SUS) das unidades de saúde a qual estão cadastrados, somente um usuário (10%) não acredita que a unidade básica onde está cadastrado seja SUS. Para esse usuário ficou evidenciado um desconhecimento sobre o Sistema Público de Saúde e o que ele abrange, uma vez que se dissocia a unidade básica de saúde onde é atendido em consulta médica rotineiramente, recebe medicação e insumos mensalmente, e não tem a percepção da unidade básica de saúde como porta de entrada ao SUS.

A Constituição de 1988 garantiu a concepção ampla de saúde com políticas sociais e econômicas que visam a redução de riscos de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim nascia o SUS, definido na lei nº8.080 de 1990, podendo ser definido como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Estão incluídas nesta definição: atividades direcionadas às pessoas, individual ou coletivamente dirigidas para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças; serviços prestados em nível ambulatorial, hospitalar e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico; ações distintas que vão desde vacinação e consultas médicas nas unidades básicas de saúde até os transplantes; intervenções ambientais como vigilância sanitária e controle de vetores; controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, e equipamentos de saúde.

O SUS não é composto apenas por serviços públicos, mas também abrange uma ampla rede de serviços privados, como hospitais e unidades de diagnose e terapia.

Neste sentido, a pesquisa reiterou a necessidade de informar aos usuários sobre o funcionamento do SUS, o que abrange e a organização dos serviços. Aqui entra o papel dos gestores e equipe, em discutir formas de viabilizar essa informação aos usuários.

Historicamente tivemos um modelo de medicina higienista (GONDRA, 2007), hospitalocêntrico, voltado para a medicalização, baseado em especialistas e uso de tecnologia

ao invés de uma medicina preventiva e resolutiva, e profissionais com formação acadêmica neoliberal afastados da realidade brasileira. Através da implantação do SUS buscou-se a mudança desse modelo, mas tem sempre se deparado com uma supervalorização das técnicas terapêuticas, tecnologia e medicalização excessiva, que ainda se apresentam na subjetividade dos usuários.

O trabalho em saúde baseia-se fundamentalmente no elemento humano, ou seja, depende necessariamente na capacidade de ação, reflexão, e compreensão dos determinantes do processo saúde-doença em seu dinamismo e sua complexidade, portanto a formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um Sistema Público de Saúde (GIOVANELLA et al, 2012).

Mudanças nos processos formativos, considerando o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão na comunidade, têm como objetivo a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, para que mude o perfil da formação dos profissionais da saúde, passando a apresentar um perfil adequado às necessidades de saúde dos brasileiros e não somente voltado a tecnologia (BRASIL, 2010).

Os cursos de graduação em saúde passaram por um processo de reorganização de seus currículos, com a instituição, a partir de 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com mudanças nos conteúdos, carga horária e atribuições, no sentido de atender a novas exigências do Ministério da Educação, com a necessidade dos cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS (GIOVANELLA et al, 2012).

Algumas políticas do Ministério da Saúde para a formação de pessoal de nível superior para a saúde vêm buscando reduzir a defasagem entre ensino e realidade por meio dos programas: Aprender-SUS; Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS); Pró-Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – o PET Saúde.

Algumas iniciativas foram concebidas para apoiar diretamente o profissional que já trabalha no Sistema Público de Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); Universidade Aberta do SUS (UNASUS); Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (GIOVANELLA et al, 2012).

Programas e estratégias são continuamente implementados pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento de desafios como: recursos, gestão competente, acesso com equidade,

judicialização da saúde, ações preventivas com educação e informação para a participação efetiva da sociedade, medidas práticas para uma melhor qualidade de vida em uma população que está envelhecendo mal, com 54% dos brasileiros acima do peso, e que aos 60 anos, 90% dos brasileiros terão alguma doença crônica como hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatias, câncer, doenças neurológicas, além das epidemias de doenças infecciosas e parasitárias (VARELLA,2019).

A trajetória do SUS levou a um legado de avanços: no sistema de vigilância em saúde; na vigilância sanitária; na assistência farmacêutica; nos transplantes; no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU); no controle do tabagismo, do HIV/ AIDS e da qualidade do sangue; tem o maior programa nacional de imunização do mundo-autossuficiência de imunobiológicos (PAIM, 2018).

Cabe ressaltar que a maioria dos usuários (70%) relataram experiências positivas ao utilizarem o SUS quando tiveram um bom atendimento, o que demonstra que a humanização no atendimento é um fator que gera satisfação aos usuários. Alguns dos usuários associaram experiências negativas associadas à burocracia e outros não relataram qualquer experiência negativa.

Todos os usuários responderam *não*, quando foram indagados sobre a possibilidade do SUS acabar, o que demonstra que mesmo que não se tenha uma clareza teórica sobre o funcionamento e serviços que o Sistema Único de Saúde abrange, o SUS encontra-se na subjetividade dos usuários, com a sua representação social ligada à necessidade de que nunca acabe, porque é necessário, de que seria muito pior se não existisse. Os usuários têm a noção do todo, mas não conseguem identificar as partes.

A pergunta *"acredita que o SUS deveria acabar* "teve a intenção de levar o usuário a refletir sobre essa possibilidade, a intenção da pesquisadora não foi de uma ideia pessimista de desconstrução do SUS, e sim para levar o entrevistado a uma reflexão e com isso suscitar sua opinião mais sincera acerca da representação social do SUS. A imagem do SUS para esses usuários mostrou-se positiva e de satisfação com os serviços de assistência à saúde na rede pública.

"Eu acho que não. Porque tem tanta gente que necessita disso, né?" (Entrevistado 01).

"Não, de jeito maneira. Ele inclusive, ele até é perfeito com as atuais condições" (Entrevistado 02).

"Nãoooo, pelo amor de Deus não pode!!!" (Entrevistado 03).

"Não. Jamais. Ele tem que... teria que ter pessoas que aprimorasse ele, e não acabar, porque sem ele a população vai ficar nua e crua, né? Já é difícil, sem o SUS piora". (Entrevistado 04)

"Eu acho que não tem que acabar, porque a gente precisa dele. Tem que melhorar em alguns aspectos, mas acabar não. De jeito nenhum" (Entrevistado 05).

Na fala abaixo há o reconhecimento da saúde como direito de todos e como responsabilidade do Estado.

"Não, nunca deveria acabar, o Sistema Único de Saúde que ajuda tanto médico como o paciente, nunca deveria acabar. É o mínimo, mínimo que nós temos, eu como... como...que pago imposto tudo, é um direito meu de reivindicar sempre, como falo, não posso falar mal" (Entrevistado 06).

"*Não deve acabar porque ele atende as pessoas de baixa renda, pessoas que não tem condições, enfim nem todo mundo tem plano, e se as pessoas não têm plano de saúde elas vão recorrer onde? A quem?"* (Entrevistado 07).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), realiza pesquisas domiciliares com famílias brasileiras, com o objetivo de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas.

O IPEA realizou, em 2011, uma pesquisa sobre a percepção da população sobre o SUS considerando aspectos relacionados com a experiência pessoal, com as expectativas de atendimento e com as informações recebidas por meio de diferentes meios de comunicação. Observou-se que a proporção de avaliações positivas dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS foi maior entre os entrevistados que haviam utilizado ou acompanhado algum familiar na utilização, pelo menos uma vez, de um dos serviços pesquisados. Ou seja, as

pessoas que utilizam os serviços prestados pelo SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que aquelas que não os utilizam. O estudo do IPEA mostrou também que, de acordo com a percepção dos entrevistados, o principal ponto positivo do SUS é o acesso gratuito aos serviços de saúde, o atendimento universal e a distribuição gratuita de medicamentos, os valores percentuais foram muito próximos aos dos entrevistados que não utilizaram o SUS, significando um apoio geral de todos os entrevistados a um sistema público e universal de atenção à saúde (MENDES, 2019).

MENDES (2019) observou diferenças significativas entre os resultados das pesquisas científicas que avaliam o SUS e as pesquisas de opinião captadas em pesquisas realizadas em tempos distintos e por diferentes entidades. Como a saúde é o setor prioritário para as ações governamentais no Brasil, em geral, as avaliações da população obtidas nessas pesquisas não são muito positivas, e com as avaliações do sistema privado de saúde suplementar melhores que as do SUS. Para os entrevistados o grande problema do SUS, está no acesso oportuno aos serviços de saúde que se manifesta em tempos de espera exagerados principalmente a médicos especialistas.

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS) para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, que obedeçam aos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade e equidade.

A universalidade diz respeito à Saúde como dever do Estado e direito de toda população, de modo a garantir total acesso aos serviços de saúde sem critérios de exclusão ou discriminação, em todos os níveis de assistência. O princípio de integralidade remete a um conjunto articulado e contínuo de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e assistência a doentes, em todos os níveis de complexidade do sistema. Já a equidade refere-se à necessidade de atender as demandas conforme a necessidade, de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade (TEIXEIRA, 2011).

Na categoria II- Percepções sobre a unidade básica de saúde, o espaço físico limpo e um bom atendimento, mostraram-se ser um fator importante na percepção para metade dos entrevistados quando questionados sobre a estrutura e atendimento nas unidades.

Cinquenta por cento dos usuários estão satisfeitos com o atendimento e referem-se ao atendimento como *“excelente”, “ótimo”, “bom”*. Trinta por cento dos entrevistados não tinham nenhuma queixa sobre a estrutura das unidades.

Todos os participantes da presente pesquisa souberam elencar os serviços ofertados nas unidades assim como demonstraram conhecimento sobre o fluxo para atendimento nas especialidades médicas quando precisam. Observou-se nessa categoria que os usuários têm a representação social de facilidade ao acesso às ações e serviços de saúde como vacinação, medicação e exames na unidade de saúde que frequentam.

Um total de 80% dos usuários responderam que já tiveram convênio médico, ou seja, já tiveram experiências com serviços de saúde privados, tendo condições de poder comparar os serviços do SUS com os de saúde privados.

"Tinha convênio e cancelei porque o SUS me atende. Pela comodidade perto da minha casa" (Entrevistado 07).

A organização de uma rede de atenção à saúde no SUS se faz necessária para atender aos problemas de saúde da população os quais não se distribuem uniformemente no território e no tempo.

A hierarquização diz respeito aos níveis de atenção integral à saúde, o que inclui a assistência médica e hospitalar e são organizados de acordo com sua resolutividade.

Os problemas de saúde de uma população envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custo, sendo necessário um planejamento das ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização) e segundo as necessidades diferenciadas de saúde em diferentes demandas territoriais (regionalização) formando-se uma rede de atenção à saúde (GIONANELLA et al, 2012).

Na Atenção Básica estão os serviços que utilizam de tecnologia e profissionais para realizar os serviços mais necessários frequentemente como vacinas, consultas com o clínico geral, pediatria, odontologia (GIONANELLA et al, 2012).

Nos níveis de atenção especializada estão os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia, e os hospitais, onde se realizam cirurgias, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea.

A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que retornem à sua unidade básica de origem para acompanhamento, devendo ter um fluxo de informações entre todos os níveis de atenção (GIONANELLA et al, 2012).

Além da rede de assistência à saúde, o SUS abrange também as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente (GIONANELLA et al, 2012).

Na categoria III- Apropriação do princípio da participação social.

A participação dos usuários refere-se àqueles que utilizam determinados serviços em uma determinada área territorial. Nas entrevistas apresentadas observou-se que os usuários desconhecem sobre o que é Conselho Municipal de Saúde, meio fundamental para a participação social na garantia ao direito à saúde. Somente um usuário soube responder sobre o Conselho Municipal de Saúde, o que nos levou a refletir sobre como estão sendo divulgadas, nas unidades básicas de saúde, as informações para a participação no Conselho Local de Saúde.

O Conselho Local de Saúde é um grupo de trabalho que exerce o poder de forma compartilhada, integrado à unidade de saúde, que tem poder de decisão, participação e colaboração efetiva nos programas e ações que são desenvolvidas em cada unidade de saúde. Segundo MATUOKA e OGATA (2010), os Conselhos Locais são locais privilegiados para a participação e controle da sociedade nos serviços de saúde, pois há uma aproximação entre gestores, profissionais e usuários.

Segundo SOUZA E KRUGER (2010), apesar de os Conselhos Locais de Saúde não apresentarem um caráter deliberativo, eles viabilizam as ações que contribuem para a organização dos serviços de saúde do município, principalmente por meio da fiscalização das políticas de saúde.

Estudos evidenciaram diversas dificuldades e desafios para a formação e atuação dos Conselhos Locais de Saúde, pois nem sempre os usuários dos serviços de saúde conhecem o conselho da unidade que frequentam ou não compreendem a sua finalidade, o que acaba por resultar em uma baixa participação da comunidade em suas reuniões (MIWA et al, 2017).

Conforme constata MARTINS et al. (2008, p. 111) “apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade.

De acordo com MIWA et al (2017) apontaram o desconhecimento dos usuários sobre os espaços e horários das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (espaços de democracia participativa), o que afasta a participação e consequentemente o desconhecimento do Conselho Municipal de Saúde o qual tem como uma das suas várias atribuições possibilitar o

amplo conhecimento do Sistema Municipal de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas estabelecendo instruções e diretrizes gerais para a formação das Comissões de nível local, municipal e regional.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Santos teve sua criação em 08 de julho de1991, com poder deliberativo, normativo, fiscalizador, consultivo e permanente do Sistema Único de Saúde, tem como representantes vários segmentos da sociedade: usuários (associações, ONGs, sindicatos, sociedade de melhoramentos de bairros, entidades de aposentados, movimentos de idosos, estudantes, entre outros); segmentos de gestores/ prestadores de serviço (hospitais filantrópicos, instituições privadas, órgãos formadores); segmento de profissionais de saúde (associações, sindicatos, conselhos de profissionais de saúde); funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Já os Conselhos Locais foram instituídos em 2010 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2020).

Quando questionados se conheciam o conselho, 90% dos usuários entrevistados afirmaram desconhecê-lo demonstrando a inexistência de reconhecimento do Conselho Municipal de Saúde como espaço de discussão e resolução de demandas.

Os usuários não se apropriam do princípio da participação social ao não terem conhecimento sobre a existência do Conselho Municipal de Saúde.

O princípio da participação social se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde, representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população (GIONANELLA et al, 2012).

Segundo BRASIL (2006), a participação social é a articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos.

Por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde a sociedade tem a oportunidade de discutir a elaboração e a administração dos serviços. A representatividade dos usuários nos Conselhos deve ser de cinquenta por cento da sua composição, obrigatoriamente, o que já demonstra a importância do conhecimento da sociedade desse importante instrumento.

É de fundamental importância que os usuários incorporem o funcionamento, princípios, diretrizes e organização dos serviços do SUS, para que possam desenvolver sua integração nas políticas públicas já existentes e na formulação de novas políticas públicas.

As Conferências funcionam na avaliação e elaboração de diretrizes para a política de saúde nos níveis nacional, estaduais e municipais, e em alguns locais. Várias pesquisas

mostram que a participação maior e mais consistente tem a ver com outros fatores, como o nível de associativismo da sociedade local e a abertura dos governos locais à participação. Essas duas variáveis são relevantes para explicar o melhor ou o pior funcionamento dos conselhos de saúde, que têm, à revelia do nível de desempenho, papel importante na fiscalização, na apresentação de demandas e propostas provenientes de entidades da sociedade, ainda que seja considerada baixa a capacidade de deliberação sobre o conjunto da política de saúde (PAIM, 2018).

A participação social é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, o que mostra a grande relevância da participação da sociedade na formulação de políticas públicas para o direito à saúde ao atribuir à sociedade o poder de fiscalizar, e controlar as ações do Estado, respeitando-se as especificidades de cada região do país. No caso da saúde isso é importante porque é exigência legal. Não há recursos se não houver conselho (PAIM, 2018).

Para que se garanta a participação social, o constante desafio é uma rede de comunicação e informação aos cidadãos sobre os espaços de participação e a sua percepção do seu protagonismo ao reivindicar pelo seu direito à saúde.

As políticas públicas precisam pensar em mecanismos de controle social e participação na gestão em saúde levando em consideração as realidades locais (Conselhos Locais nas unidades básicas) para funcionar no macro (Conselhos de Saúde).

A Lei Federal nº 8.142/1990 garante a instituição de conselhos em nível federal, estadual e municipal em caráter permanente e deliberativo, com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde, possibilitando a participação social no SUS (BRASIL, 1990).

Entretanto, a Lei nº 8.142/1990 não faz menção sobre a criação de Conselhos Locais de Saúde, os quais estão normalmente vinculados a unidades de Atenção Primária à Saúde, já a resolução nº 453, faz citação sobre o Conselho Local de Saúde, porém não traz especificações sobre sua atuação, composição ou área de abrangência, ficando sob responsabilidade dos municípios legislar sobre os conselhos locais por meio de decreto, lei municipal ou portaria da Secretaria Municipal de Saúde (NOGUEIRA et al, 2008).

Segundo resultados de estudos que avaliaram a satisfação dos usuários, mesmo com diferenças entre as regiões do Brasil, foi demonstrado que é necessário melhorar a qualificação do acesso, a resolutividade, a organização do trabalho, fortalecimento de vínculo

com os profissionais de saúde, ou seja, fatores associados à assistência humanizada do que às condições de estrutura e funcionamento das unidades (PROTASIO et al, 2017).

Porém esses dados também alertaram para a necessidade de avaliar se a população realmente conhece o SUS, ou somente associa o SUS a unidades de saúde onde utiliza algum dos serviços, e se desconhece seu direto à participação social na construção contínua do SUS, através dos Conselhos de Saúde. A pandemia pela COVID-19 mostrou a crise na saúde, e a necessidade de estar preparado para o inesperado e garantir o fortalecimento do Sistema Público de Saúde.

A participação da sociedade no SUS está garantida constitucionalmente, mas todos os mecanismos que conferem essa participação precisam ser divulgados com clareza e realmente utilizados. A compreensão do financiamento do SUS é fundamental para que as necessidades públicas sejam atendidas, para isso é necessário o conhecimento do fluxo, regras, legislação, transferências, aplicações de recursos e prestações de contas.

Há também uma maior possibilidade de êxito nas estratégias programáticas em saúde pública, quando no seu planejamento, implementação e avaliação, se tais aspectos forem levados em conta, induzindo a mudanças nas políticas de saúde, nas posturas acerca da concepção de saúde adotada pelos profissionais de saúde, além da melhor instrução da população, abrindo espaços à consideração dos valores e aspirações daqueles com os programas que desenvolvem (DOMINGUES et al, 2008, p76).

Por meio do conhecimento das representações sociais dos usuários pode-se contribuir para maior aproximação do serviço de saúde com os usuários, aumentando o vínculo entre equipe de saúde-população e, assim, adequar as estratégias de saúde voltadas à melhoria da qualidade de vida, ao melhor aproveitamento das capacidades adquiridas pelas pessoas, e, portanto, ao desenvolvimento humano.

Na hipótese da pesquisa partiu-se da premissa de que existe um desconhecimento e/ou distorção sobre o que é o SUS, o que abrange direitos e deveres dos usuários/ população brasileira, em que leva ao erro de não fiscalizar, planejar, atuar junto aos Conselhos Municipais, locais e ouvidoria.

Uma representação social do serviço público quando focada em aspectos negativos acaba gerando uma desorganização no trabalho por uma incompreensão e pré-conceitos já estabelecidos pelo usuário, causando estresse, falta de uma empatia entre funcionários e usuários (DEJOURS et al, 2007). Uma protocolização dos indivíduos acaba por resultar em um desequilíbrio entre a demanda existente com a necessidade real, porém os usuários

relataram durante a entrevistas a sua satisfação com a unidade básica de saúde onde estão cadastrados, e deram ênfase ao atendimento, demonstrando que a humanização no atendimento pode superar outros fatores como a demora pela espera no atendimento com um médico especialista.

Todo o funcionamento do SUS precisa ser divulgado dando embasamento ao cidadão para que saiba exigir e melhorar a análise crítica construtiva para o bem do coletivo com a universalidade ao direito a saúde garantida, um direito conquistado, que se fez justo e necessário de uma construção histórica pela sociedade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS tem sua sustentabilidade institucional no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e devem ter o compromisso para a efetivação de um sistema de saúde público, universal, integral e participativo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), a Rede-Unida; Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais); Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA); Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); movimento popular de saúde, entre outras.

O SUS dispõe também de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interagem com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações, possibilitando o conhecimento, competência e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS (PAIM, 2018).

O texto da Constituição brasileira afirma ser dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”, e apesar dessa garantia, a mesma não é efetivamente para todos. Para alguns significa um acesso diversificado a uma ampla oferta de conforto e bem-estar, para outros, é somente a base de oportunidades elementares (CAMPELLO, 2018).

A participação dos cidadãos é uma garantia constitucional para que a população participe, por meio de suas entidades representantes, do processo de elaboração das políticas de saúde e do controle e avaliação de sua execução, portanto, para que essa participação ocorra deve ser considerado que as instituições propiciem à população, as informações e os conhecimentos necessários sobre funcionamento, abrangência e organização dos serviços do Sistema Público de Saúde.

Devemos destacar que, além dos Conselhos e Conferências, existem também outros mecanismos de participação e controle social, como os Conselhos Locais, Ouvidoria, pesquisas sistemáticas de satisfação de usuários, que devem ser viabilizados para a sociedade por meio de informações e divulgação constantes e com discussões entre gestores, equipe e usuários.

O controle social só é possível por meio da real participação dos usuários, seja nos conselhos ou nas relações que se estabelecem entre usuários e profissionais dos serviços de assistência à saúde. O presente estudo demonstrou que o usuário tem a representação social do SUS como algo indispensável para a população brasileira, mas não tem conhecimento sobre os meios para a participação social.

Ao pensar que o Sistema Público de Saúde envolve uma complexa rede de serviços e foi historicamente estabelecido com seus princípios, diretrizes e normas, em que o usuário de unidade básica de saúde está inserido, podemos concluir que quando há informação oriundos dos serviços frequentados pelos usuários, há uma maior possibilidade de envolvimento desses usuários para a efetividade das políticas públicas existentes.

Instrumentalizar a sociedade, por meio de políticas públicas que propiciem o conhecimento com a informação de como os serviços de saúde são organizados, como é financiado, quais os direitos e deveres da população.

Trazer os profissionais da unidade básica de saúde para um debate de como melhorar a prática profissional da equipe, contribuindo para dar maior visibilidade aos princípios e diretrizes do SUS aos usuários, o que favoreceria a comunicação, fortaleceria o vínculo entre equipe e usuários, possibilitando que as políticas públicas se cumpram com a participação da sociedade.

O reconhecimento e entendimento do que representa o serviço público de saúde para um usuário, pelos envolvidos na assistência à saúde, levando-se em consideração algumas características inerentes a cada indivíduo, como o território e sua subjetividade, levam a uma compreensão que irá se traduzir em implicações diretas na relação entre usuários e profissionais, o que terá resultado na eficiência do cuidado à saúde prestado e recebido por profissionais e usuários, respectivamente, pois o profissional não tem a visão da desinformação por parte do cidadão.

Para que se garanta a participação social, o constante desafio é uma rede de comunicação e informação aos cidadãos sobre os espaços de participação e a sua percepção do seu protagonismo ao reivindicar pelo seu direito à saúde.

As políticas públicas podem e devem instrumentalizar a sociedade, possibilitando a autonomia de ações com a informação de como os serviços de saúde são organizados, como é financiado, quais os direitos e deveres da população, trazendo os sujeitos para um debate da real condição do SUS, com uma discussão dos caminhos possíveis para um maior acesso com equidade à saúde.

A participação da sociedade no SUS está garantida constitucionalmente, mas todos precisam ser efetivamente utilizados pela população.

Baseando-se nos resultados desta pesquisa, pensou-se em um produto que ofereça ao usuário da unidade básica de saúde um conhecimento sobre o SUS, sua abrangência, funcionamento e organização dos serviços, possibilitando por meio de informações, sua participação social para a contínua construção do SUS e entendendo que a representação social dos indivíduos é a realidade em que vivemos juntos em um dado momento histórico da cultura e contexto social.

Constatou-se que não há uma definição clara para os usuários sobre o que é o SUS, porém popularmente há uma ideia do que é, devendo ser esclarecido de forma direta por meio do produto final que será sugerido à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos-SP, como proposta para ser aplicado nas unidades básicas de saúde e/ou locais de interesse público.

Os usuários foram muito convictos ao responderem sobre se o SUS deveria acabar, demonstraram que valorizam a existência de um sistema que permite a acessibilidade de todos os brasileiros.

Alguns comentaram que deve melhorar e para isso devem ter informações, participarem, serem informados sobre como e onde podem realmente ser protagonistas do SUS e efetivando as políticas públicas na saúde.

Os usuários entrevistados são frequentadores constantes das unidades, devido a sua condição crônica por serem hipertensos e/ou diabéticos (critério de inclusão), estão sempre nas unidades para consultarem-se com o clínico e retirarem medicações, acabam criando vínculo com a equipe, e por usarem constantemente os serviços demonstraram um reconhecimento sobre a qualidade do que é ofertado e como é ofertado.

Os usuários demonstraram satisfação principalmente quanto ao atendimento, o que demonstra a importância da humanização nos atendimentos, mesmo que o usuário não saiba definir ao princípios e diretrizes do SUS, o fato de usarem os serviços os fazem adquirir um senso crítico, uma representação, que nesta pesquisa demonstrou ser muito positiva, o que levou a pesquisadora a refletir se na realidade as pessoas que “não utilizam”(ou pensam que não utilizam) os serviços do SUS não adquirem uma imagem positiva por “não usarem”, e propagam a imagem de um SUS para desprovidos economicamente.

A indagação da autora sobre a representação social dos serviços de saúde públicos por seus usuários, teve como justificativa buscar atuar em políticas públicas que partam de um

entendimento do sujeito como um ser construído dentro de um contexto social, que apresenta sua subjetividade individual e coletiva, respeitando o individual dentro do coletivo, para que as políticas públicas sejam também voltadas para a subjetividade dos indivíduos.

Os gestores e a equipe de profissionais da saúde devem estar atentos às necessidades dos usuários para que a constante implantação do SUS seja em um processo de construção contínua por meio da participação da sociedade.

E como uma última consideração, devemos nos atentar que os princípios e diretrizes do SUS somente serão alcançados com o controle social, e para tanto a sociedade deve conhecer e reconhecê-los além de suas representações sociais.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL:

PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

PRODUTO DE COMUNICAÇÃO:
SOMOS SUS!

SANTOS

2021

CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

PRODUTO DE COMUNICAÇÃO:

SOMOS SUS!

Produto apresentado como exigência parcial, para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Alves

SANTOS

2021

CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

PRODUTO DE COMUNICAÇÃO:
SOMOS SUS!

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Hélio Alves

_____

Profª Dra. Carolina Ozawa

_____

Profª Dra. Luana Carramillo Going

RESUMO

O produto: “SOMOS SUS”, é o resultado da pesquisa elaborada para o Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, intitulada: "As representações sociais do Sistema Público de Saúde para usuários da Atenção Básica do município de Santos-SP". Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais para a compreensão de que o uso dos serviços de saúde e a satisfação ou não quanto ao atendimento recebido pelos usuários, resultam em construções elaboradas socialmente, conforme definidos por Moscovici (1978). E a observação de como os preceitos do SUS estão presentes ou não na prática atual, resultando na percepção dos serviços de saúde pelos usuários. Pensando em mudanças da prática profissional com comprometimento nas transformações sociais a pesquisa que teve como objetivo geral analisar a representação social sobre o Sistema Público de Saúde, para usuários da Atenção Básica do município de Santos-SP, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços, deu origem ao produto que tem como objetivos: promover instrumentos que possibilitem um conhecimento sobre o SUS junto aos elementos relevantes do dia a dia vivenciados nas unidades básicas de saúde entre profissionais e usuários; fortalecer a participação social, pelo conhecimento e apropriação dos princípios e diretrizes do SUS junto aos usuários, por meio de uma comunicação clara; promover uma maior satisfação dos usuários, pelo entendimento das suas demandas, propiciando uma comunicação adequada entre os profissionais e usuários; informar sobre quais os meios e veículos para uma efetiva participação social. O produto será oferecido à Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Santos-SP, esperamos contribuir com o município fornecendo subsídios para melhorar os serviços e espera-se dar voz aos usuários, permitindo que as suas necessidades e representações sejam consideradas no planejamento em saúde local por meio da participação social, e estimular a equipe de saúde à reflexão sobre as suas práticas para viabilizar o conhecimento sobre o SUS e assim, repensar as suas práticas buscando a melhoria do atendimento à saúde da população. Dessa forma, foi pensado como meio de divulgação, a produção de uma peça publicitária (filme, animação ou história em quadrinhos) com representações de situações semelhantes às vivenciadas pelos usuários no cotidiano das unidades básicas de saúde. O produto SOMOS SUS destaca a intenção de sensibilizar os usuários por meio da releitura da sua própria vivência, transformando suas atitudes no âmbito da unidade de saúde, pois passariam a identificar os princípios e diretrizes do SUS por meio de suas próprias vivências e histórias encenadas nas animações.

Palavras-chave: sistema único de saúde; participação social; unidade básica de saúde; satisfação do usuário.

ABSTRACT

The product: “SOMOS SUS”, is the result of the research developed for the Professional Master's Program in Psychology, Development and Public Policies at the Catholic University of Santos, entitled: "The social representations of the Public Health System for Primary Care users of the municipality of Santos-SP ". The Theory of Social Representations was used to understand that the use of health services and the satisfaction or not with regard to the care received by users, result in socially elaborated constructions, as defined by Moscovici (1978). In addition, the observation of how SUS precepts are present or not in current practice, resulting in the perception of health services by users. Thinking about changes in professional practice with compromise in social transformations, the research that had as general objective to analyze the social representation of the Public Health System, of Primary Care users in the city of Santos-SP, and its integration with public policies and in the organization of services, gave rise to the product whose objectives are: promote instruments that enable knowledge about the SUS together with the relevant elements of everyday life experienced in basic health units between professionals and users; strengthen social participation, through knowledge and appropriation of SUS principles and guidelines with users, through clear and easy communication; promote greater user satisfaction, by understanding their demands, providing adequate communication between professionals and users; inform about the means and vehicles for effective social participation. The product will be offered to the Municipal Health Secretariat, of the Municipality of Santos-SP, we hope to contribute to the municipality of Santos by providing subsidies to improve services and it is hoped to give voice to users, allowing their needs and representations to be considered in planning in local health through social participation, and to encourage the health team to reflect on their practices to enable knowledge about SUS and, thus, rethink their practices seeking to improve the health care of the population. Thus, the production of an advertising piece (film, animation or comic strip) with representations of situations similar to those experienced by users in the daily lives of basic health units was considered as a means of dissemination. The SOMOS SUS product highlights the intention to sensitize users through the re-reading of their own experience, transforming their attitudes within the scope of the health unit, as they would begin to identify the principles and guidelines of SUS through their own experiences and stories staged in the animations.

Keywords: unified health system; social participation; basic health unit; user satisfaction.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CIAR/UFG	Centro Integrado de Aprendizagem em Rede/ Universidade Federal de Goiânia
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 90

1. BREVE HISTÓRICO DO SUS 93

2. A IMPORTÂNCIA DA SUBJETIVIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS 94

3. RELEVÂNCIA DA PESQUISA E A CONTRIBUIÇÃO PARA AS PRÁTICAS 95

4. OBJETIVOS 96

4.1 Objetivo Geral 96

4.2 Objetivos Específicos 96

5. METODOLOGIA 97

5.1 Ações a curto prazo 97

5.2 Ações a médio e longo prazo 97

6. DESCRIÇÃO DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO 98

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 105

REFERÊNCIAS DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO 106

INTRODUÇÃO

O presente produto é o resultado da pesquisa elaborada para o Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, intitulada: "As representações sociais do Sistema Público de Saúde para usuários da Atenção Básica do município de Santos-SP".

A pesquisa teve como abordagem teórica a Teoria das Representações Sociais que permitiu interpretar as concepções prévias dos usuários dos serviços do SUS, e assim pensar os serviços de saúde pública a partir do sujeito, de suas impressões do mundo e do grupo social no qual está inserido.

A experiência profissional da pesquisadora na Atenção Básica, do Sistema Público de Saúde, levantou questionamentos e reflexões sobre se a população realmente conhece o SUS, ou somente associa o SUS a unidades de saúde onde utiliza algum dos serviços, e se desconhece seu direto à participação social na construção contínua do SUS, através dos Conselhos de Saúde.

Pensando em mudanças na prática profissional com comprometimento nas transformações sociais a pesquisa teve como objetivo geral analisar a representação social sobre o Sistema Público de Saúde, para usuários da Atenção Básica do município de Santos-SP, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços de saúde, e como objetivos específicos: 1-Identificar o conhecimento dos usuários da Atenção Básica sobre o Sistema Público de Saúde relacionado aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS; 2-Conhecer o nível de satisfação dos usuários com a estrutura, serviços e atendimento ofertados pela unidade básica de saúde e 3-Levantar o conhecimento dos usuários relativo ao princípio da participação social.

A hipótese levantada de que o usuário da Atenção Básica não se apropria dos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do Sistema Público de Saúde, o que levaria ao usuário à não-participação social efetiva e producente, gerando uma insatisfação com os serviços oferecidos, formando representações sociais que interferem na sua apropriação das políticas públicas de saúde e na organização dos serviços.

A obtenção de dados foi por meio de um estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa e análise dos dados pautados na Teoria das Representações Sociais utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada com dez usuários em duas unidades básicas de saúde do município de Santos.

Após a coleta e análise dos dados, foram identificadas as categorias, que representam as ideias centrais de maneira sintética e que possibilitaram a discussão dos resultados à luz da fundamentação teórica e a realização do produto que contribuirá para nortear ações que viabilizem a participação social do usuário, no SUS, por meio da informação e sua integração com as políticas públicas.

Foram identificadas três categorias: I- Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica; II- Percepções sobre a unidade básica de saúde; III- Apropriação do princípio da participação social.

Verificou-se na categoria I- Imagem do SUS para os usuários da Atenção Básica, a representatividade que o SUS tem para um usuário que frequenta rotineiramente uma unidade básica de saúde, a porta de entrada do SUS: experiências positivas com o SUS, associadas ao atendimento humanizado estiveram presentes para 70% dos usuários entrevistados e as experiências negativas referem-se à burocracia; observou-se a associação ao SUS apenas aos atendimentos em hospitais e especialidades, sem a clareza se a unidade básica que frequentam faz parte do SUS; não houve correlação entre saber o significado da sigla SUS e a noção clara sobre o que o SUS abrange; correlação do SUS à gratuidade de serviços; a maioria dos entrevistados consideram a unidade básica de saúde onde estão cadastrados como SUS. A possibilidade do fim do SUS foi rechaçada por todos os entrevistados.

Na categoria II- Percepções sobre a unidade básica de saúde, observou-se a associação da limpeza com uma boa estrutura da unidade de saúde; o atendimento foi considerado bom quando está relacionado ao atendimento humanizado; há o conhecimento dos serviços e sobre o fluxo para atendimento nas especialidades médicas e a facilidade ao acesso às ações e serviços de saúde como vacinação, medicação e exames na unidade básica de saúde; 80% dos usuários já tiveram convênio médico privado, tendo condições de poder comparar os serviços do SUS com os de saúde privados.

A categoria III- Apropriação do princípio da participação social. Os usuários desconhecem sobre o que é Conselho Municipal de Saúde. Somente um usuário soube responder sobre o Conselho Municipal de Saúde.

Os resultados dentro das categorias apresentadas levaram a conclusão de que a representação social do usuário de duas unidades básicas de saúde do município de Santos, é de satisfação com os serviços ofertados, a estrutura física e com o atendimento, porém, desconhecem os meios para a sua participação efetiva no SUS. Para alguns usuários o SUS está associado ao uso hospitalar e especialidades.

Os usuários mostraram-se satisfeitos, e não acreditam que poderiam ficar sem o SUS e entendem que algumas pessoas só podem recorrer ao SUS pois não têm convênios ou como pagar.

Com base nos resultados obtidos propõe-se um produto que propicie ao usuário da Atenção Básica a sua apropriação dos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS.

O produto consiste na produção de uma peça publicitária (filme, animação ou história em quadrinhos) com representações de situações semelhantes às vivenciadas pelos usuários no cotidiano das unidades, em que por meio de breves encenações, os usuários terão suas dúvidas esclarecidas, assim como receber informações sobre os princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS e sobre a rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde.

1. BREVE HISTÓRICO DO SUS

O Sistema Único de Saúde teve início a partir do Movimento da Reforma Sanitária com o Art.198 da Constituição Federal de 1988, ao ressaltar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988).

O SUS foi idealizado em meio a um cenário de reivindicações e lutas por parte da sociedade, profissionais da saúde e membros políticos. Até o final dos anos 60, o sistema de saúde brasileiro estava voltado principalmente ao combate de epidemias, por meio de campanhas de saúde pública. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se pôde colocar em pauta um novo modelo de saúde no Brasil, visto que o modelo anterior limitava o acesso à saúde.

Ao final dos anos de 1970, vários municípios haviam constituído Unidades Básicas em seus territórios e acumulavam experiências de atenção integral, universal e equitativa, essas iniciativas antecipavam, na prática, os princípios da universalidade, integralidade e equidade que viriam a ser consagrados na Constituição de 1988 (SANTOS, 2018).

Assim nascia a maior política de saúde projetada para o Brasil, o SUS, um Sistema Único de Saúde formado por 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 (BRASIL, 1990).

Com a implantação do Art. 198 na Constituição, ficou definido a universalidade a integralidade e a equidade, formando os princípios doutrinários do SUS, que se constituem em bases para o bom funcionamento e organização do sistema.

A implantação do Sistema Único de Saúde trouxe uma nova concepção de saúde, não mais focada somente na saúde-doença, mas passou a compreender a importância da qualidade de vida das pessoas (educação, moradia, saneamento básico, trabalho, alimentação, meio ambiente), garantida mediante políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS) para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, que obedeçam aos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade e equidade.

A Constituição de 1988 garantiu a concepção ampla de saúde com políticas sociais e econômicas que visam à redução de riscos de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim nascia o SUS, definido na lei nº8.080 de 1990, podendo ser definido como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Estão incluídas nesta definição: atividades direcionadas às pessoas, individual ou coletivamente dirigidas para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças; serviços prestados em nível ambulatorial, hospitalar e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico; ações distintas que vão desde vacinação e consultas médicas nas unidades básicas de saúde até os transplantes; intervenções ambientais como vigilância sanitária e controle de vetores; controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, e equipamentos de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, que pode ser complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada. (BRASIL, 1990).

Em setembro de 1990, a participação social foi estabelecida e regulada pela lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde, conferindo a inclusão da sociedade para participar e influenciar nas políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Por definição, os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde, enquanto que as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990).

A Lei Federal nº 8.142/1990 garante a instituição de conselhos em nível federal, estadual e municipal em caráter permanente e deliberativo, com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde, possibilitando a participação social no SUS (BRASIL, 1990).

O Conselho Municipal de Saúde convoca a Conferência Municipal de Saúde a cada dois anos, nos anos ímpares, garantindo a participação dos segmentos sociais: como representantes dos segmentos de usuários, de trabalhadores da saúde e de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, entidades que tenham realizado pré-conferências, eleito delegados e participado efetivamente da Conferência.

A participação da sociedade, por intermédio de suas entidades representativas (Conselhos e Conferências de Saúde) é a garantia da sociedade na participação do processo na formulação das diretrizes e prioridades nas políticas de saúde, na fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS, assim como controlar e avaliar as ações e serviços de saúde nas diferentes esferas de governo (LUCCHESE, 2004).

Por serem a porta de entrada no Sistema de Saúde Brasileiro, os serviços de saúde da Atenção Básica são a cada crise política e econômica por que se passa no Brasil, alvo de discussões no que diz respeito à gestão, qualidade de atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, solução de problemas identificados e encaminhamentos resolutivos (FERNANDES et al, 2009).

Os profissionais da Atenção Básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da unidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Novas coalizões e práticas entre os profissionais da saúde e usuários da Atenção Básica são capazes de proporcionar trocas que favorecem a integração de todos às políticas públicas de saúde (LUCCHESE, 2004).

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, compondo os recursos dos governos federal, estadual e municipal que são responsáveis pela sua aplicação conforme definido nas Leis n° 8080/90, n° 8142/90 e a Norma Operacional Básica do ano de 1996 que tratam sobre o financiamento (BRASIL, 1990a).

O SUS tem o desafio de dar assistência à saúde em um país de dimensões continentais, atualmente com aproximadamente 210 milhões de habitantes, com expectativa de vida que mudou de 66 anos para 75 anos, ocasionando um envelhecimento da população. Aproximadamente setenta por cento da população é totalmente dependente do SUS (MELO, 2020).

O SUS acumulou em 30 anos, inquestionáveis avanços que supriram as necessidades e direitos para a população brasileira com realizações, conhecimentos e práticas.

Na Atenção Básica aumentou a integração das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com base em dados epidemiológicos, sociais, formação de profissionais e trabalho multidisciplinar. Em um país de dimensões continentais (área correspondente a 1,6% de toda a superfície do planeta) há dezenas de locais com circunstâncias e características favoráveis para a atuação dos gestores e trabalhadores da saúde. Muitos desses territórios têm excelente infraestrutura física e de recursos financeiros e com suporte de referências especializadas e integração com atividades acadêmicas, porém, esses locais são exceção (SANTOS, 2018).

Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através desse Sistema, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas (contratadas pelo gestor público de saúde).

Também há locais de excelência além da Atenção Básica, como nas redes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU) e dos Hemocentros. A área de Vigilância em Saúde, reconhecida internacionalmente por sua competência. A assistência especializada e o fornecimento de materiais tiveram um grande desenvolvimento com a inclusão de portadores de deficiência e de doenças crônicas específicas como por exemplo, o controle da AIDS que tem a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento e os serviços de transplantes de órgãos e tecidos encontram-se entre os mais produtivos do mundo (SANTOS, 2018).

De acordo com o IBGE (2020), o município de Santos possui uma população estimada em 433.656, com salário médio de 3,4 salários-mínimos dos trabalhadores formais, e 48,3% de pessoas com alguma ocupação laboral, taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 98,2% (IBGE, 2010), mortalidade infantil de 9,02 para mil nascidos vivos (IBGE, 2017). O município de Santos apresenta 95,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. A maior cidade do litoral de São Paulo tem no Porto sua principal atividade econômica.

No município de Santos, a Secretaria Municipal de Saúde planeja, organiza, controla e avalia iniciativas executadas no município relacionadas à área, em conformidade aos preceitos do SUS, assim como controla as agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Santos exerce suas atribuições em parceria com

órgãos municipais, estaduais e federais competentes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2021).

Santos é o município polo da Região Metropolitana da Baixada Santista, apresentando um sistema de saúde com todos os níveis de complexidade: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, garantindo um atendimento integral à sua população. O município de Santos-SP pode ser considerado como um território de excelência.

Explicando o resultado obtido na pesquisa em que os usuários encontram-se satisfeitos com o atendimento, estrutura e serviços já que a hipótese levantada na pesquisa de que o usuário não se apropria dos princípios e diretrizes do SUS levaria a uma não participação social efetiva e producente e a uma insatisfação com os serviços oferecidos, formando representações sociais que interferem na integração com as políticas públicas de saúde.

Resultados de pesquisas anteriores mostraram que as pessoas que utilizam os serviços prestados pelo SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que aquelas que não os utilizam fazendo avaliações positivas dos serviços públicos de saúde (MENDES, 2019).

Segundo MENDES (2019) a avaliação rigorosa do SUS pela população decorre de relatos de aspectos negativos do SUS presentes na mídia nacional, com rara divulgação dos aspectos positivos do SUS, o que influencia a uma representação social negativa da população, usuária ou não desse sistema.

> Sem querer negar que esse Sistema tem muitos problemas a superar, pode-se constatar que a imagem difundida pela mídia tende a mostrar um SUS que é bem pior que na sua realidade objetiva. O bordão de que a saúde pública brasileira é um caos não condiz com a realidade dos serviços prestados pelo SUS em todo o País e, nem mesmo, com as opiniões das pessoas usuárias. Quando se analisa o SUS a partir de evidências produzidas por pesquisas científicas, verifica-se que há uma grande diferença em relação aos resultados apresentados pelas pesquisas de opinião (MENDES, 2019).

MENDES (2019) ressalta que um dos pontos críticos do SUS é a ausência de uma política de comunicação no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Constatou-se que os usuários da Atenção Básica do município de Santos-SP, encontram-se satisfeitos com o atendimento e os serviços oferecidos, porém desconhecem os canais para a participação no controle social do SUS e considerando-se que a participação social é um dos princípios organizativos do SUS, o produto tem o desafio de contribuir para uma maior compreensão dos processos de formulação, decisão e implementação da política de

saúde e do ambiente sociopolítico-institucional que contextualiza a ação do Sistema Único de Saúde.

2- A IMPORTÂNCIA DA SUBJETIVIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao avaliar a representação social dos sujeitos que utilizam os serviços públicos de saúde, nos remete ao que o autor GONZÁLEZ REY (2004) observou: "O estudo das instituições, comunidades e formas de comportamento em uma sociedade concreta representa um fórum privilegiado para o conhecimento da subjetividade social como sistema".

Estudar a subjetividade implica dialogar com o sujeito, ter acesso a ele em vários cenários de produção de sentidos, para o qual contribuem os diferentes instrumentos que vamos produzindo ao longo de um processo de investigação. No entanto, esses instrumentos são inseparáveis dos contextos dialógicos que definem o cenário da investigação, e que se desenvolvem em seu curso. Esses contextos, por sua vez, são essenciais para conseguir um envolvimento do sujeito que favoreça a produção de sentidos no processo de investigação. Essa produção de sentido vai surgir através das posições que o sujeito vai adotando no processo de investigação. Sem produção de sentido não há acesso ao estudo da subjetividade, nem aos processos de subjetivação (GONZÁLEZ REY, 2004).

Para MOSCOVICI (1978) só é possível compreender o indivíduo considerando-o como parte de uma sociedade cultural, econômica, política, dentro do contexto histórico em que faz parte.

As representações sociais possuem uma intima relação com a formação do saber praticado pelos sujeitos sociais e seus grupos no decurso da vida em sociedade. Como fenômenos que necessitam ser descritos e explicados, as representações sociais de MOSCOVICI (1978) estão relacionadas a um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum.

A representação social que o usuário apresenta sobre os serviços de saúde pública pode implicar diretamente na relação entre os usuários-equipe-serviços, sendo necessárias políticas públicas que reafirmem o Sistema Público de Saúde como um bem público o qual deve ser preservado e revitalizado

O tema subjetividade vem adquirindo relevância no planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas na saúde, que se atentem para a subjetividade desses sujeitos

de forma a serem construídas políticas que atendam as reais demandas, respeitando os contextos culturais, sua história e seus territórios, e com uma comunicação entre os usuários e a equipe do serviço, que organize o trabalho, garanta o acesso com equidade, e para que todos tenham autonomia com poder de escolha e decisão, através da informação, para garantia dos direitos já conquistados pelos brasileiros: a implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) em 1988.

GONZALÉS REY (2004) esclarece que a política pública pode ser compreendida através do aspecto humano e pela subjetividade humana, e não somente pelos aspectos institucionais, que têm o amparo legal quando é instituída, e ainda que, a aproximação da subjetividade com as políticas públicas tem, na sua intersecção, repensar o indivíduo dentro de sua identidade, com as várias identidades ao seu redor e com poder de transformação da sociedade.

A aprendizagem adquirida ao longo da vida pelo sujeito se dá de forma isolada ou coletivamente, mas vai se modificando e sedimentando ao longo do tempo e por gerações, e vai criando uma subjetividade política, e esse sujeito político nasce de ações políticas experimentadas (com experiências vividas), e se estendermos esse conceito, gera uma cultura política de uma nação.

A compreensão e empatia pelos profissionais de um serviço público de saúde, de que o indivíduo que faz uso desse serviço tem uma representação social coletiva e individual, as quais são também determinadas por fatores como território, subjetividade, escolaridade, renda. Experiências por vezes negativas em algum serviço, poderia contribuir para uma melhor organização do trabalho, já que quando se tem uma compreensão das expectativas e representações do que o outro pensa, pode-se usar uma linguagem adequada para que realmente haja um entendimento, expectativas reais, e melhor uso de possíveis reivindicações nos serviços, e não apenas a reclamação vazia, sem conteúdo.

Observa-se o imediatismo inerente à contemporaneidade em que a demanda do usuário como um desejo a ser atendido prontamente acaba por interferir na organização do trabalho em todos os setores, o que acaba por se tornar um fator que demonstra uma distância entre a organização recomendada e a organização real do trabalho, representando um problema para a saúde, para a segurança e para a qualidade do que é produzido (DEJOURS,1987).

Melhorar a experiência do usuário em relação à assistência à saúde só é possível quando se equilibra a demanda com a necessidade real que se dá através do conhecimento da representação social do usuário pelos profissionais envolvidos.

Os profissionais de saúde devem compreender que a representação social da sociedade sobre as necessidades do setor saúde não mudará repentinamente, essa mudança depende diretamente do compromisso e da ação dos profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado (GIOVANELLA et al, 2012).

Considera-se que é a partir das representações sociais do acesso e do direito à saúde que os grupos influirão na definição das políticas públicas, pois estas se desenham, muito frequentemente, através dos interesses sociais

ALVES e MINAYO (1994) partem de um discurso social-histórico sobre saúde e doença, enfatizando o ponto de vista social, entendendo concepção social como fato ocorrido em sociedades e vivenciado pelo indivíduo. Leva também em consideração o modo de produção, definindo o processo saúde-doença não como "apenas efeitos biológicos, mas também acontecimentos culturais historicamente construídos de diferentes formas em diferentes sociedades".

Por meio do entendimento do usuário sobre o processo saúde-doença, que o mesmo irá construir sua concepção de acesso e de necessidade e a identificação de qual tipo de acesso está sendo disponibilizado para a comunidade.

3- RELEVÂNCIA DA PESQUISA E A CONTRIBUIÇÃO PARA AS PRÁTICAS

Acredita-se que essa pesquisa tenha relevância social e científica pois, através de uma abordagem qualitativa, procurou-se compreender a representação social sobre os serviços de saúde o que pode trazer resultados relevantes para a melhoria na organização dos serviços e possibilitar aos usuários a apropriação das formas de funcionamento e organização do SUS bem como o controle social.

Há também uma maior possibilidade de êxito nas estratégias programáticas em saúde pública, quando no seu planejamento, implementação e avaliação, se tais aspectos forem levados em conta, induzindo a mudanças nas políticas de saúde, nas posturas acerca da concepção de saúde adotada pelos profissionais de saúde, além da melhor instrução da população.

A demanda do cidadão que busca um serviço tem a ver com desejo, a finalidade das políticas públicas, portanto, é conciliar a necessidade com a demanda real, e isso só se torna possível com o conhecimento, informação, sobre o que o serviço tem a oferecer e o que poderia oferecer a mais caso fossem cumpridas toda as leis, princípios e diretrizes e com a participação social, tudo dentro de uma realidade e não simplesmente o "querer por querer", como por exemplo, uma pessoa querer fazer uma tomografia computadorizada porque sua vizinha fez, o que demonstra uma idealização da técnica e da tecnologia em tempos de "um ideal de saúde" , (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Um dos motivos de satisfação dos membros de uma equipe de saúde é o reconhecimento, valorização e vínculo com os usuários do serviço, tendo como favorecimento para alcançá-los a humanização do atendimento e nas relações estabelecidas entre todos os envolvidos. E ao mesmo tempo o não entendimento do usuário com a assistência recebida, e falta de compreensão dos modelos é um dos motivos de insatisfação dos profissionais. (LIMA; PIRES; FORTE; MEDEIROS, 2014).

Os membros da equipe precisam sentir-se realizados e enxergar sentido no seu trabalho, que pode ser lugar tanto de saúde como de patologia, tanto de sofrimento quanto de prazer (DUARTE; MENDES, 2004).

As unidades básicas são compostas, minimamente, de equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL,1997).

Os profissionais da Atenção Básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da unidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

De acordo com os autores POLIODORO e SOUZA (2014) existem vários obstáculos e dificuldades em uma unidade básica de saúde que dizem respeito às questões laborais e aos relacionados entre os profissionais da equipe de trabalho e com a população.

Por meio desse produto, espera-se a instrumentalização para a transformação social planejamento de ações tecnicamente viáveis e que se adaptem à realidade apresentada.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Por meio da representação social do Sistema Público de Saúde, de usuários da atenção básica, dar instrumentos que possibilitem um conhecimento sobre o SUS junto aos elementos relevantes do dia a dia vivenciados nas unidades básicas de saúde entre profissionais e usuários.

4.2 Objetivos Específicos

Fortalecer a participação social, pelo conhecimento e apropriação dos princípios e diretrizes do SUS junto aos usuários, por meio de uma comunicação clara.

Promover uma maior satisfação dos usuários, pelo entendimento das suas demandas, propiciando uma comunicação adequada entre os profissionais e usuários;

Informar sobre quais os meios e veículos para uma efetiva participação social.

5. METODOLOGIA

5.1 Ações a curto prazo

O primeiro passo para a implantação desse produto técnico deverá ser a realização de uma reunião com: chefia do Departamento da Atenção Básica, chefias de seções de unidades básicas e equipes das unidades básicas, para a apresentação dos resultados da pesquisa e do produto técnico.

5.2 Ações a médio e longo prazo

Ações realizadas com os usuários da Atenção Básica.

Frente às considerações apresenta-se o produto, de acordo com os preceitos da CAPES , que consiste na produção de uma peça publicitária (filme, animação ou história em quadrinhos) com representações de situações semelhantes às vivenciadas pelos usuários no cotidiano das unidades, em que, por meio de breves encenações apresentadas nos televisores,

que já são disponibilizados em todas as unidades básicas de saúde do município de Santos, os usuários terão suas dúvidas esclarecidas e informações acerca do SUS e serviços de saúde.

Essas encenações serão reproduzidas na recepção das unidades, enquanto o usuário aguarda seu atendimento, ou nos grupos de promoção de saúde (grupos de tabagismo, aleitamento, hipertensão e diabetes). Sugere-se que tenha aproximadamente uma média de 20 minutos de duração.

6. DESCRIÇÃO DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO

O produto técnico resultante da pesquisa foi fundamentado na compreensão das demandas advindas das representações dos usuários dos serviços do SUS, um produto que utilize uma linguagem e instrumentos adequados para atender as expectativas dos usuários dentro da organização dos serviços das unidades de saúde, possibilitando aos usuários um melhor e eficaz atendimento e participação social efetiva pela compreensão do SUS.

Com base nos resultados obtidos na pesquisa, foi idealizado um produto, podendo ser um filme, animação ou história em quadrinhos, que retrate as situações cotidianas, as dúvidas frequentes, informações pontuais acerca do SUS e os serviços da Atenção Básica.

Para a materialização do produto, que obedeça aos critérios quanto a sua relação com os resultados da pesquisa e mudanças na prática profissional que tenha impacto na sociedade e que seja de fácil acesso e gratuito. Sendo assim, o presente produto segue como sugestão à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos-SP.

O produto proposto à Prefeitura Municipal de Santos é para que financie a produção do filme, animação ou história em quadrinhos, cabe ressaltar que o custo-benefício valerá o investimento (que poderá ser reduzido por meio de parcerias público-privado), pois as cenas são atemporais, uma vez que não estão ligadas ao fator tempo, mas a situações que não envelhecem, não precisando ser refeitas, e tendo a possibilidade de acrescentar cenas novas.

A ideia original foi inspirada em um vídeo produzido pelo CIAR / UFG como ferramenta de apoio pedagógico ao curso de Licenciatura em Ciências Biológicas a distância, do Instituto de Ciências Biológicas da UFG [1]

A seguir a descrição do roteiro que pode ser produzido no formato de um filme, animação e/ou uma história em quadrinhos. Independentemente do formato adotado, o

[1] https://youtu.be/_GKse_BCAWU

principal será a abordagem de situações rotineiras que ocorrem no dia a dia das unidades básicas de saúde, vivenciadas pelos usuários e profissionais das unidades.

As narrativas devem ser realizadas de modo a integrar os conhecimentos trazidos pelo conhecimento científico com aspectos da cultura popular, da comunidade, e das histórias de cada um, para assim, ampliar as percepções pessoais sobre a organização da unidade de saúde e princípios e diretrizes do SUS.

Ressaltamos que vários temas e situações podem e devem ser abordados em uma ou mais cenas, como veremos mais adiante no exemplo CENA 1.

A seguir, alguns exemplos:

Temas a serem abordados na peça publicitária (filme, animação, história em quadrinhos) que respondam aos resultados da pesquisa quanto à necessidade de apropriação dos princípios do SUS:

O que é o SUS, como funciona, seus princípios, e organização.

Quem paga pelo SUS.

A Atenção Básica no município de Santos.

Serviços das unidades básicas de saúde.

O que é participação social, Conselhos Locais e Municipais de Saúde.

Temas a serem abordados na peça publicitária (filme, animação, história em quadrinhos) que respondam aos resultados da pesquisa quanto à organização dos serviços. Situações do dia a dia em uma unidade básica de saúde que vão além de saúde/doença:

Tomemos como exemplo de uma situação rotineira em uma unidade básica de saúde a fala do entrevistado durante a pesquisa:

"Às vezes na farmácia, porque eles reclamam de alguma coisa assim que não querem atender por coisas banais. Que nem esse papel, minha irmã veio hoje de manhã para pegar para mim, e só porque tava 21/08 eles não deram o remédio. Ela teve que voltar em casa passar por esse papel."

Situações a serem abordadas na peça publicitária relacionadas à organização dos serviços de saúde

Por que tenho que ser morador do território da unidade em que desejo ser atendido, se tudo é SUS/ público.

Quando e como fazer uma reclamação, sugestão e elogio

Estou passando mal, quero ser atendido na UBS, não quero ir para a UPA

Quero pegar medicação sem a prescrição médica

Agendei a consulta, mas faltei e quero passar sem ter que esperar novamente.

Não fui bem atendida, com quem eu falo.

Por que o agendamento na odontologia é mais demorado.

Informações sobre vacinação.

Temas a serem abordados na peça publicitária (filme, animação, história em quadrinhos) que respondam aos resultados da pesquisa sobre o fluxo de encaminhamento aos serviços disponíveis e sobre seus direitos e deveres quando o usuário procura pelo atendimento nas unidades. Informações úteis para um melhor aproveitamento na utilização dos serviços ofertados pela unidade básica de saúde:

Serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde

- Casos suspeitos de dengue, zika e febre chikungunya
- Acompanhamento clínico de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão
- Exames laboratoriais
- Inalações
- Curativos
- Pré-Natal
- Consulta médica de rotina
- Doenças que não representam risco imediato

Serviços ofertados nas Unidades de urgência e emergência

- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Infarto
- Convulsões
- Cortes que exijam sutura
- Suspeita de torsão e fraturas
- Febre acima de 39º
- Intensa falta de ar

- Dores no peito
- Vômito constante
- Cólicas renais
- Dor e mal súbitos

A seguir o passo a passo para a produção da peça publicitária referente ao seu conteúdo, sendo que a produção técnica em si, caberá a um serviço especializado.

Roteiro da cena em que se pretende abordar os seguintes assuntos: regionalização e território, participação social por meio de conselhos locais, organização dos serviços**:**

CENA 1: Maria é dona de casa, moradora de uma cidade vizinha ao município de Santos, está visitando a filha que mora no município de Santos e é cadastrada na unidade de saúde do bairro onde mora, sugere a sua mãe Maria que já que está pela cidade deveria tentar passar pelo clínico da unidade de saúde perto da casa da filha, pois a filha sempre comenta que gosta muito dos funcionários da unidade: "Eles já até sabem meu nome!"

No dia seguinte, Maria dirige-se à unidade perto da casa da filha, ao chegar na unidade pega uma senha e aguarda ser chamada. Olhando ao redor, percebeu que havia várias pessoas, mas pensou: "Tem que ter paciência, afinal, é do governo, tem muita gente..."

Para sua surpresa, após quinze minutos foi chamada pelo moço da recepção.

Oficial administrativo: -Bom dia!

Maria: - Bom dia, que dia quente não é?! Moço, eu tô querendo passar com o médico.

Oficial administrativo: -A senhora é cadastrada aqui?

Maria: -Bem, eu tô de visita na casa da minha filha, e ela sempre elogia muito os médicos daqui e já faz tempo que não passo pelo médico, queria fazer uns exames...

Oficial administrativo: - Senhora, não posso agendar uma consulta para a senhora, pois pelo que estou entendendo, a senhora não mora nesse bairro e muito menos em Santos.

Maria: - Ué, mas aqui é público não é?

Oficial administrativo: - Sim Senhora, mas tem que ter cadastro, e ser moradora do bairro também.

Maria: Escuta aqui, moço! Eu posso ser semianalfabeta, mas eu sei muito bem dos meus direitos!

Oficial administrativo: - Olha, senhora, eu concordo com a senhora, mas desde que eu cheguei aqui pra trabalhar, me avisaram, que eu sempre tenho que cadastrar as pessoas, e exigir comprovante de residência, não sei direito por quê, mas eu cumpro ordens.

Maria: - Olha moço, eu sei que você não tem nada a ver com isso, mas eu não saio daqui sem marcar minha consulta!!

Oficial administrativo: - Entendo, vou pedir para a senhora conversar com a chefe daqui, a sala dela fica no final do corredor.

Maria estava se sentindo furiosa e cada vez mais determinada a resolver sua situação, seguiu em direção a tal sala da chefe. Bateu com força, já para demonstrar que não desistiria.

Chefe de seção: - Pode entrar!

Maria:- A senhora é a chefe daqui, né?! Olha, vou logo dizendo, não tenho estudo, mas sei muito bem que isso aqui é SUS, e que todo mundo tem direito!! O moço da recepção não quer marcar o médico pra mim só porque moro em outra cidade!! E daí?! Moro em outra cidade e não em outro país!!! Que absurdo!! Eu cheguei cedo! Esperei minha vez!!

Chefe de seção: - Entendo seu aborrecimento senhora, mas gostaria que a senhora se acalmasse, vou explicar os motivos do porquê não podemos agendar sua consulta nessa unidade.

A senhora tem razão quando diz que o SUS é para todos, mas para que possamos atender bem e direito, temos que seguir algumas "regras" do SUS para que tudo funcione, para isso cada cidadão que precise dos serviços de uma unidade de saúde deve se cadastrar primeiro, e o motivo desse cadastro e garantir que além da identificação de cada usuário, que vai agilizar as marcações de consultas e exames, o que facilita quando o usuário precisa retirar medicações e também garante o acompanhamento dos atendimentos realizados pelos profissionais, e quando precisar encaminhar para algum médico especialista.

Maria: - Tá, tudo bem, tô entendendo, mas então é só fazer meu cadastro ué!

Chefe de seção:- A senhora teria que ser moradora do bairro, porque a unidade atende o que chamamos de território de abrangência, dessa forma as unidades podem ser organizadas de acordo com a população do bairro, respeitando as características da comunidade do bairro e podendo programar atividades, ações que irão ajudar a comunidade...

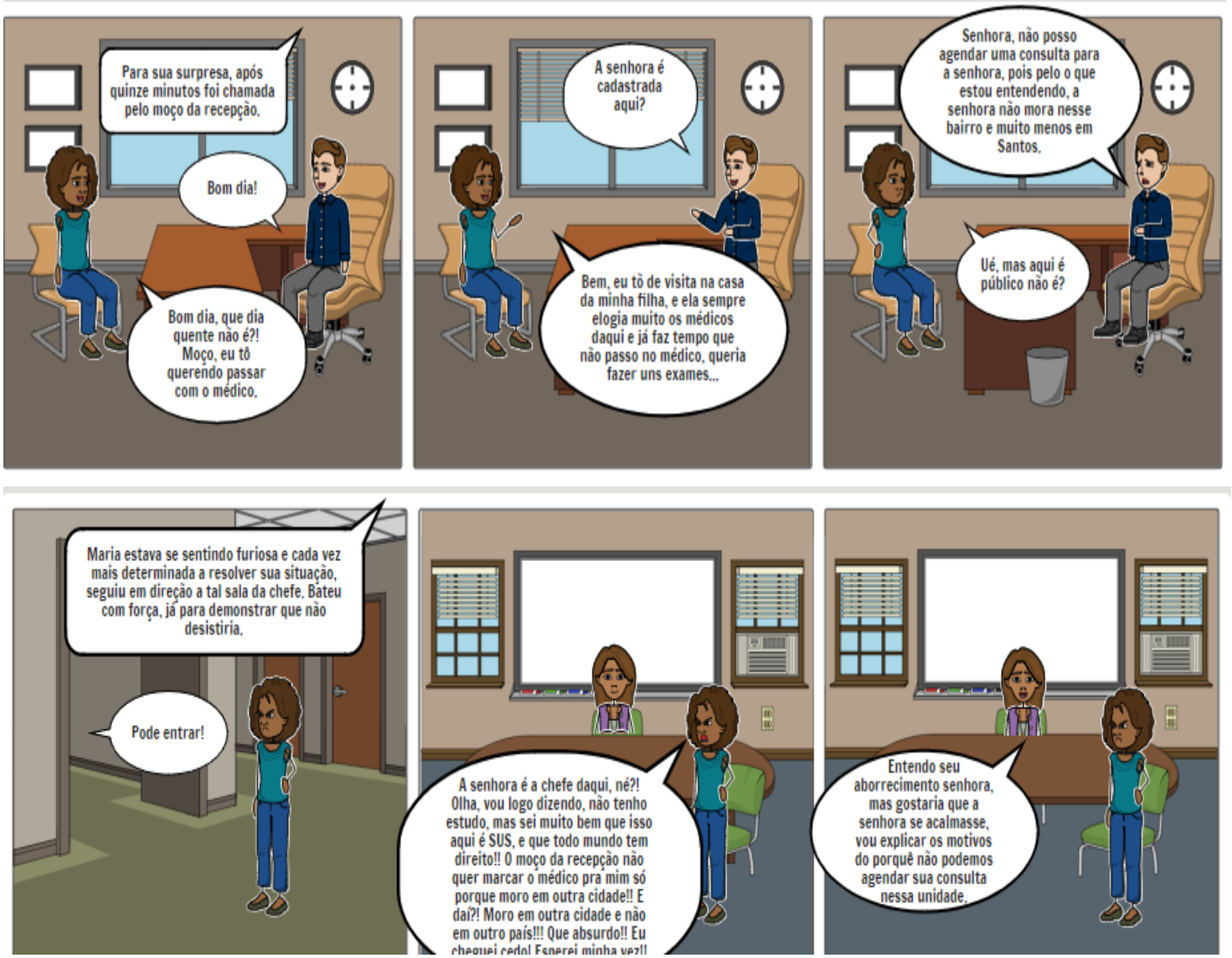
Maria:- É, acho que tô entendendo o que a senhora quer dizer, mas e se eu der o endereço da minha filha, como se eu morasse com ela?

Chefe de seção:- Mas se a senhora não mora com ela, além de não estar contando a verdade, estaria prejudicando a organização do serviço, que é organizado para melhor atender aos usuários e prejudicando quem mora realmente no bairro.

Maria:- Mas na minha cidade tá muito difícil conseguir o atendimento, isso não é justo!

Chefe de seção:- Entendo sua reclamação, mas recomendo que a senhora procure sua unidade, veja onde e como reclamar e/ou fazer sugestões, existem reuniões onde os usuários participam e discutem sobre as necessidades da unidade, são os Conselhos Locais e os Conselhos Municipais de Saúde. Sugiro que a senhora procure informar-se sobre os locais e horários dessas reuniões.

Maria:- É, a senhora tem razão, devemos lutar pelos nossos direitos, e saber onde podemos reclamar! Obrigada pela atenção, e desculpe pelo mau jeito, fiquei nervosa, mas o que é certo é certo!



Fonte:https://www.storyboardthat.com

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O (des)conhecimento sobre o Sistema Público de Saúde, sobre o que abrange, seu funcionamento, organização, princípios e diretrizes, repercutem nas representações sociais dos usuários que utilizam os serviços das unidades de saúde.

A elaboração das representações dos usuários que frequentam as unidades básicas de saúde contribui para uma melhor organização dos serviços, pautada na compreensão das demandas advindas destas representações, por meio de uma linguagem e instrumentos adequados, pelo entendimento das expectativas reais para o atendimento das reivindicações dos usuários.

Todo o funcionamento do SUS precisa ser divulgado dando instrumentos ao cidadão para que saiba exigir e melhorar a análise crítica construtiva para o bem do coletivo com a universalidade ao direito a saúde garantida, um direito conquistado, que se fez justo e necessário de uma construção histórica pela sociedade. As narrativas devem ser realizadas de modo a integrar os conhecimentos trazidos pelas animações com aspectos da cultura popular, da comunidade e das estórias individuais, para assim, ampliar as percepções pessoais sobre a organização da unidade de saúde, e princípios e diretrizes do SUS.

A autora será a responsável pelo desenvolvimento de uma capacitação para os servidores sobre o conteúdo do produto técnico e aos aspectos relacionados (SUS, serviços e Conselhos).

Dessa forma acredita-se que as práticas e as representações sociais têm correlação e quando refletimos sobre a história do SUS bem como seus princípios, diretrizes, organização e funcionamento nos levaram ao objetivo maior desta pesquisa de analisar a representação social do Sistema Público de Saúde, de usuários da Atenção Básica, e sua integração com as políticas públicas e na organização dos serviços de saúde.

A aplicação dos resultados da pesquisa tem o objetivo de atuar em soluções no campo das políticas públicas que melhorem as condições de saúde da população, por meio do aperfeiçoamento do SUS pelo entendimento dos seus princípios e diretrizes por parte da sociedade.

O perfil que se apresentou no presente estudo proporcionou uma melhor compreensão e delineamento de um produto que responda às demandas de todos os envolvidos na Atenção Básica, com estratégias voltadas para um melhor uso do serviço, com direitos e deveres em equilíbrio. É preciso, sem negar os desafios e problemas do SUS, divulgar suas qualidades e compartilhá-las com a população brasileira.

Mesmo que não se tenha um conhecimento sobre o funcionamento e serviços que o Sistema Único de Saúde abrange, o SUS encontra-se na subjetividade dos usuários, com a sua representação social ligada à necessidade de que nunca acabe, porque é necessário, de que seria muito pior se não existisse. Afinal “SOMOS SUS!”

REFERÊNCIAS DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO

ALVES, P.C. e MINAYO, M.C.S., (Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080. Brasília, 1990. (Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: jan. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

DEJOURS, C; C. **A loucura do trabalho: e**studo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

DUARTE, F. S.; MENDES, A.M**.** Da escravidão à servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. **Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 68-128, 2014.

FERNANDES, L. C. L; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p.1541-1552, out. 2009.

GIOVANELLA, L. et al.(Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 1100.

GONZÁLEZ REY, F**. O social na psicologia e a psicologia social:** a emergência do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

GUIMARAES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na ressignificação do processo saúde - doença no pós-moderno. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 353-371, set. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**, 2020. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama. Acesso em jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**, 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama. Acesso em fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**, 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama. Acesso em fev. 2021.

LIMA, L; PIRES, D. E. P; FORTE, E. C. N; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica**. Escola Anna Nery.** Chapecó, SC, v. 18. n. 1, 2014.

LUCCHESE, Patrícia T. R. (Coord.) et al. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MELO, K.; MELO, D. SUS completa 30 anos com conquistas e desafios. **Agência Brasil,** Brasília, set./2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/sus-completa-30-anos-com-conquistas-e-desafios. Acesso em: fev. 2021.

MENDES, E.V. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2014.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

POLIODORO, A.A.; SOUZA, A.E. Planejamento Estratégico em uma Unidade de Saúde: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.1, n.2, 2014.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, pág. 1729-1736, junho de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601729&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de março de 2021.

REFERÊNCIAS

ABDALA, M. de F. B. (Org.). **Bourdieu e Moscovici:** fronteiras, interfaces e aproximações. Santos, SP: Editora Universitária Leopoldianum, 2019. *E-book.*

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Ltda., 2016.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BIRMAN, J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora (Rio J.).** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 23-37, ago. 2014 .

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 2.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2004.

BRASIL**.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **O Portal como ferramenta no controle social.** Disponível em: www.gov.br/controladoria-geral. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Previne Brasil:** novo modelo de financiamento para a APS. Brasília, 2019. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento. Acesso em: 28 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília, 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee. Acesso em: 28 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mar. 2010. Seção 1, p. 52-53. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde:** Relatório Final. Brasília, DF: 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro**.** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 25 jan. 2008.

CAMPELLO, T. et al. **Faces da desigualdade no Brasil:** um olhar sobre os que ficam para trás. Rio de Janeiro: Saúde debate, 2018. v. 42.

CARLOMAGNO, M. C.; ROCHA, L. C. D. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 7, n. 1, 2016. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/45771. Acesso em: ago. 2020.

CARVALHO, DE G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde soc.** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100003&lng=pt&nrm=is. Acesso em: set. 2020.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil:** o longo caminho. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília: 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde-Brasília**, 2018. Disponível em: https://www.cnms/biblioteca/Mudan%C3A7as%20no/Financiamento. Acesso em: 20 jul. 2020.

COSEMS - CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE SP. **Nota Técnica Cosems SP nº1/2019.** Novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde**.** 2019. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/Links. Acesso em: 10 ago. 2020.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias.** Porto Alegre. v. 4, n. 7, p. 18-49 jan./jun. 2002.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **A psicodinâmica do trabalho: c**ontribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

DEMO, P. **Charme da Exclusão Social**. 2. ed. rev. Campinas, SP: Autores Associados, 2002 (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).

DOMINGUES, S.M; CARVALHO, A. C. D. de; NARVAI, P.C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.** v. 18, n. 1, p. 66-78, 2008.

FERNANDES, L. C. L; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p.1541-1552, out. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

FREIRE, J. C. Alteridade e Psicologia Social. In: SILVA, M. F. S. S. de; AQUINO, C. A. B. de. **Psicologia Social**: Desdobramentos e aplicações. São Paulo: Escrituras Editora, 2004. (Coleção Ensaios Transversais).

GERVAS, J. J; PÉREZ FERNANDES, M. M; GÁRCIA, S.P**.** Acerca de la atencion primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros. In: GERVAS, J.J, compilador. **Los sistemas de registro en la atención primária de salud.** Madrid: Ediciones Díaz Santos S.A., 1987. p.1-23.

GIOVANELLA, L. et al.(Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 1100.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020.

GOHN, M.G. da: **História dos Movimentos e Lutas Sociais:** a construção da cidadania dos brasileiros. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

GONÇALVES, M. G. M. G. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas.** São Paulo: Cortez, 2010.

GONDRA, J. G. Medicina, higiene e educação escolar. In: LOPES, E. M. T.; FARIA FILHO, L.; VEIGA, C.G. **500 anos de Educação no Brasil**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2007.

GONZÁLEZ REY, F**. O social na psicologia e a psicologia social:** a emergência do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

INÁCIO, A. P.; COSTA, M. A. F. da; SANTANA, G. C. A. A teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico na pesquisa em Ensino de Biociências e Saúde. **Revista Práxis**, v. 9, n.17, jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**, 2020. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama. Acesso em jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**, 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama. Acesso em fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil**, 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama. Acesso em fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desemprego no Brasil em 1984.** Disponível em htpp://ibge.gov.br. Acesso em 17 jun. 2019.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

LEMOS, R. A. Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde-SUS: uma revisão. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 21, n. 4, out./dez. 2018.

LUCCHESE, Patrícia T. R. (Coord.) et al. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W.F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00129616, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mar. 2021.

MARTINS, L.R.R. **Implicações da subjetividade social da escola na institucionalização de Políticas Públicas no Ensino Fundamental**.2015. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação Programa de Pós-Graduação Em Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010.

MELO, K.; MELO, D. SUS completa 30 anos com conquistas e desafios. **Agência Brasil,** Brasília, set./2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/sus-completa-30-anos-com-conquistas-e-desafios. Acesso em: fev. 2021.

MENDES, E.V. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.17, n. 3, mar. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Inquérito Civil nº 11.0426.0004955/2013-1. Expedição de recomendação endereçada à Prefeitura Municipal de Santos, para cumprimento do princípio da transparência administrativa. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/?q=content/inquerito-civil-no-11042600049552013-1. Acesso em: 30 set. 2020.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A.A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 411-423, 2017.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NOGUEIRA, F. C. P. et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, 2008.

PAIM, J.S., Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1723-1728, 2018.

PAIVA, A. B. de; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e

perspectivas para o futuro. **Novos estudos. CEBRAP**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 55-81, out. 2017.

PINTO, L.F**. Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB**). Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

POLEJACK, L. et al. Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios. In: **Psicologia e políticas públicas na saúde:** experiências, reflexões, interfaces e desafios. 2016. p. 439-439.

POLIODORO, A.A.; SOUZA, A.E. Planejamento Estratégico em uma Unidade de Saúde: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.1, n.2, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2019. Disponível em: https://egov.santos.sp.gov.br/organograma/#SMS. Acesso em: 27 jan. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2020. Saúde, Departamento de Vigilância à Saúde, Coordenadoria de Vigilância, Seção de Vigilância à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2021. Saúde, Departamento de Regulação, Coordenação de Regulação, Seção de Avaliação e Controle.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. Decreto nº 8.485, de 17 de junho de 2019. Regulamenta, em âmbito municipal, a Lei federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Institui a política municipal de proteção e defesa do usuário de serviços públicos. **Diário Oficial de Santos,** Santos, SP, 18 jun. 2019. Disponível em https://www.santos.sp.gov.br/?q=institucional/conselho-de-usuarios. Acesso em: 20 set. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. Saúde, Departamento de Atenção Básica. Serviços, endereços das unidades. Disponível em: www.santos.sp.gov.br/?q=servico/enderecos-das-unidades. Acesso em 18 jan. 2021.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Rev.katálysis**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 324-335, maio 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802018000200324&lg=en&nrm=iso. Acesso em 24 Jan. 2021.

PROTASIO, A. P. L. et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciênc. Saúde Coletiva**, João Pessoa, PB, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, jun. 2017.

REIS, J. G. dos et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, set. 2019.

SOUSA, R.C.; BASTOS, F.E. Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: **VII Congresso Norte/Nordeste de Pesquisa e Inovação.** Palmas: IFTO, 2012.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 80-96. 2010.

SOUZA, C. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. p. 72.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, BA: Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

TORRE, E. H. G; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S**. Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação - O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo. São Paulo: Atlas, 2009.

VARELLA, D. Sem o SUS, é a barbárie. **Uol**, 22 ago. 2019. Disponível em: https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/sem-o-sus-e-a-barbarie-artigo/. Acesso em: 20 jan. 2020.

ANEXOS

ANEXO A – Declaração Secretaria Municipal de Saúde de Santos

PREFEITURA DE
Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS

Santos, 18 de Fevereiro de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS concorda que o pesquisador **Prof Dr. Hélio Alves,** responsável pela aluna **Cátia Regina Roriz Silva**, realize a pesquisa intitulada **"A avaliação da representação social dos usuários de serviços de saúde pública, sob a perspectiva da psicologia e políticas públicas",** após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Christiane Alves Abdala
REG. 21603-6
Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão

Rua Amador Bueno, 333- 14º andar – sala 1416 Centro Santos SP
CEP 11013-113 Tel. 3213 5127 coform.sms@santos.sp.gov.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA, DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE DUAS REGIÕES DO MUNICÍPIO DE SANTOS, SOB A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Pesquisador: CATIA REGINA RORIZ SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32794620.0.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.131.384

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado (Psicologia e Políticas Públicas) orientado pelo prof. Dr. Helio Alves. A pesquisa identificará a representação social do Sistema Único de Saúde (SUS) para usuários de unidades de saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, de duas regiões do município de Santos, Seção de Unidade Básica-Vila Mathias e Seção de Unidade Básica- Ponta da Praia, respectivamente das regiões central e orla da praia, sob uma perspectiva da Psicologia e Políticas Públicas, com a obtenção de dados através de um estudo com uma abordagem qualitativa utilizando como instrumento entrevista semiestruturada individual com os usuários dessas unidades básicas de saúde (UBS).A compreensão das representações sociais coletivas e individuais é também determinada por fatores como território, subjetividade, escolaridade, renda, gênero, experiências negativas e/ou positivas nos serviços. Esse conhecimento poderia contribuir para uma melhor organização do trabalho em unidades básicas de saúde, do município de Santos, através da produção da dissertação e produto técnico resultantes da pesquisa, fundamentados na compreensão das demandas, e representações dos usuários dos serviços, com a utilização de uma linguagem e instrumentos adequados, com um entendimento das expectativas reais, e um aproveitamento eficaz das reivindicações nos serviços, visando políticas públicas efetivas e coerentes entre as demandas dos usuários com o funcionamento dos serviços, permitindo aos usuários ter o

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

poder de decisão e atuação nos serviços através de informação e conhecimento, garantindo um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS): a participação social.
Metodologia:A abordagem qualitativa foi a selecionada para esse estudo por se tratar de uma pesquisa que lida com uma realidade não reduzível a números, e sim um universo subjetivo, composto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2007).
Em relação à amostra escolhida, seguindo as orientações metodológicas de Becker, dada a dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra, uma vez que os usuários das unidades básicas nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se por entrevistar 40 usuários que pertencem ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (Hiperdia) por serem usuários que frequentam constantemente a unidade básica para o controle da sua condição crônica (longitudinalidade da atenção), estão mais capacitados para avaliar de forma expressiva sua opinião sobre os serviços e sobre o SUS.
A amostra será dividida entre as duas unidades e entre homens e mulheres, sem distinção de idade. Será investigada, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, as representações sociais dos usuários, com questões objetivas e subjetivas sobre o Sus e sobre os serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde: Seção de Unidade Básica de Saúde da Vila Mathias e Seção de Unidade Básica da Ponta da Praia, respectivamente da região central e orla do município de Santos.
As unidades escolhidas são pertencentes a duas regiões com características de território e perfil socioeconômicos distintos o que dará menor homogeneidade da amostra.
Para a avaliação pelos usuários, das ações e serviços de saúde oferecidos pela unidade básica, construiu se
um questionário baseado nos pressupostos teóricos de Gérvas et al., Mendes e Starfield, para se formular uma estratégia que avalie o conhecimento sobre o que é e o que abrange o SUS e qual a percepção dos usuários entrevistados sobre os serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde da região central e orla de Santos.

Objetivo da Pesquisa:

3.1-Objetivo Geral

Avaliar a representação social dos usuários de unidades básicas de saúde da Atenção Básica, em duas regiões do município de Santos, sob a perspectiva da psicologia, onde a subjetividade tem relevância na construção de políticas públicas que estabeleçam o equilíbrio entre demandas reais e serviços ofertados.

3.2-Objetivos Específicos:

Apresentar propostas que contribuam com Políticas Públicas que considerem a subjetividade dos indivíduo, qualificando as ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde da Atenção Básica, do município de Santos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A abordagem metodológica a ser utilizada bem como o seu potencial em causar danos, não serão maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, tendo gradação de risco mínimo, mas pode causar desconforto pelo tempo da entrevista.Obedecerá as devidas precauções e proteção os participantes da pesquisa. Os participantes serão devidamente esclarecidos sobre os propósitos do estudo, os procedimentos realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes sobre a pesquisa e seus resultados, e de que não haverá nenhum tipo de prejuízo em sua utilização nos serviços de saúde, assim como a garantia de não criar, manter ou ampliar situações de risco e/ou vulnerabilidade, estigmas, preconceitos, ou qualquer tipo de discriminação aos participantes. Todos os entrevistados serão avisados de que sua participação será voluntária e que poderão retirar-se da pesquisa a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

Benefícios:

Os benefícios serão obtidos através do conhecimento produzido com a pesquisa que contribuirá para o desenvolvimento de alternativas efetivas para a melhoria dos serviços nas unidades básicas de saúde da Atenção Básica no Município de Santos, com o compartilhamento do resultado da pesquisa com os participantes da pesquisa e consequentemente a sociedade, que se fortalece pelo conhecimento produzido que nasceu de um estudo de uma demanda social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa sobre representações sociais de usuários do SUS participantes do programa Hiperdia (Hipertensão e Diabetes).Será realizado em 2 UBS do município de Santos, com características distintas. Busca contribuir para o diálogo da psicologia com as políticas públicas de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: Informações básicas do projeto revisto, folha de Rosto, orçamento,

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

Continuação do Parecer: 4.131.384

TCLE revisto, Autorização institucional, Declaração de assinatura de diretora do CCSAS - Católica de Santos, projeto e cronograma revisto.

Recomendações:

TCLE, cronograma, objetivos, riscos e forma de abordagem dos participantes adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/2012 e da 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi analisado por um relator e, em Reunião Extraordinária ocorrida em 30/06/2020, o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos considerou o projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1510818.pdf	16/06/2020 23:42:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PB_REVISADO.pdf	16/06/2020 23:39:03	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_revisado.pdf	16/06/2020 20:25:31	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	16/06/2020 19:43:10	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/05/2020 22:42:40	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	29/05/2020 22:11:41	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	29/05/2020 22:09:16	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/05/2020 22:05:59	CATIA REGINA RORIZ SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

Continuação do Parecer: 4.131.384

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTOS, 02 de Julho de 2020

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este documento é um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes durante a pesquisa qualitativa com usuários das unidades básicas de saúde da Vila Mathias e Ponta da Praia.

O (a) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa qualitativa sob o título:

"Representação social do Sistema de Saúde Pública, dos usuários da atenção básica, em duas regiões do município de Santos, sob a perspectiva da psicologia e políticas públicas".

A responsável pela pesquisa e apresentação/obtenção, do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será a senhora **Cátia Regina Roriz Silva**, mestranda em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas na Universidade Católica de Santos.

Esta pesquisa será realizada de acordo com as diretrizes éticas em Pesquisa com Seres Humanos emanadas pela Resolução /2016 do Conselho Nacional de Saúde/CONEP.

A pesquisa tem como proposta obter conhecimento sobre a percepção, compreensão e experiências que o Sistema de Saúde Pública tem para usuários de unidades básicas de saúde, em duas regiões do município de Santos (região Central e Orla da Praia) sob uma perspectiva da Psicologia que fornece meios de análise e entendimento do pensamento e comportamento dos indivíduos, para a construção de Políticas Públicas que atuem nas ações e nos serviços oferecidos nas unidades de saúde da Atenção Básica do município de Santos (conhecidas como "Policlínicas").

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Cabe ressaltar que devido a situação de pandemia pela Covid-19, serão adotadas todas as medidas protocolares de segurança que vêm sendo seguidas pelas unidades de saúde sob recomendação da Secretaria de Saúde: aferição de temperatura, uso obrigatório de máscaras, uso de equipamento de proteção individual (EPI) por parte da equipe de saúde, assepsia das mão, distanciamento social, uso de local arejado para a entrevista, diminuição do tempo da entrevista (máximo de 40 min) e realizadas individualmente.

Serão realizadas somente perguntas relacionadas ao sistema de saúde pública e aos serviços oferecidos pela unidade na qual o senhor(a) é cadastrado.

A entrevista será gravada para que seja possível sua futura transcrição, mantendo a garantia do sigilo e anonimato. Os registros obtidos só poderão ser acessados pelas pessoas envolvidas na pesquisa, minimizando riscos de quebra de confidencialidade.

Desconfortos e **riscos** advindos da sua participação **são mínimos**, porém é possível que sinta algum constrangimento ou desconforto pelo tempo da entrevista e ao falar de suas experiências nos serviços da unidade básica de saúde (policlínica) podendo se recusar a responder qualquer questão e desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os benefícios possíveis serão os conhecimentos procedentes da pesquisa que contribuirão para o desenvolvimento de alternativas efetivas para a melhoria dos serviços nas unidades básicas de saúde da Atenção Básica no Município de Santos.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Essa pesquisa resultará em uma Dissertação e portanto será lida por outras pessoas.

A você será assegurado o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, bem como quando os resultados forem conhecidos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Católica de Santos (Unisantos), podendo ser publicados posteriormente.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na Instituição.

EM CASO DE DÚVIDAS, RECLAMAÇÕES, DENÚNCIAS:

Será assegurada a assistência durante toda pesquisa.

O senhor(a) poderá esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora agora e/ou quando julgar necessário.

Pesquisadora responsável: CÁTIA REGINA RORIZ SILVA

Endereços: Rua Xavier Pinheiro 284, Vila Mathias– Santos, SEUB-Vila Mathias e/ou Praça Primeiro de Maio, S/N- Ponta da Praia, Santos/SP, SEUB-Ponta da Praia

Telefone para contato: (13) 3299 7878 e/ou (13) 3261-2762

E-mail: catiaroriz@santos.sp.gov.br

Poderá também, em caso de denúncias e/ou reclamações aos aspectos éticos da pesquisa, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (CEP/UNISANTOS –Campus Dom Idílio).

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 300, Vila Mathias-Santos / SP

Telefone: (13) 3205-5555

E-mail: comet@unisantos.br

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, e, que não haverá nenhum tipo de prejuízo na minha utilização nos serviços de saúde e nem compensação financeira relacionada à minha participação. Receberei uma cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) rubricado e assinado.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

Autorizo a pesquisadora a entrar em contato comigo por telefone, email e via plataforma online.

Santos, __/__/____

Nome do participante (voluntário): _____

RG:_____ CPF:_____

Data de Nascimento:__/__/____ Sexo:_____

Assinatura do Participante:_____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do entrevistado para a participação nesta pesquisa.

Responsável pela pesquisa: Cátia Regina Roriz Silva

Assinatura: _____

APÊNDICE B - Parte I: Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome (Siglas)_____

Gênero:_____

Endereço (somente bairro):_____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Gênero:_____

Estado Civil: _____

Renda mensal (baseada no salário-mínimo):_____

Escolaridade: _____

Unidade Básica de Saúde cadastrado:_____

APÊNDICE C – Parte II: Roteiro de Entrevista – Perguntas Norteadoras

OBJETIVO ESPECÍFICO: IDENTIFICAR O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, RELACIONADO AOS PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SUS.

Você sabe o que é o SUS? Você já utilizou o SUS?

Você sabe o que significa a sigla SUS?

Qual foi o lugar que você utilizou o SUS?

Considera a unidade básica de saúde em que você está cadastrado pertencente ao SUS?

Qual a experiência positiva e /ou negativa ao utilizar o SUS?

Acredita que o SUS deveria acabar?

OBJETIVO ESPECÍFICO: CONHECER O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM A ESTRUTURA, SERVIÇOS E ATENDIMENTO OFERTADOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

Você sabe quais os serviços a unidade em que você está cadastrado oferece?

Você está satisfeito com os serviços oferecidos na unidade (estrutura e atendimento)?

Quando você precisa passar em um especialista (o pesquisador dará exemplos) como você faz?

Tem ou já teve convênio médico?

OBJETIVO ESPECÍFICO: LEVANTAR O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS RELATIVOS AO PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL:

Você sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?

APÊNDICE D - Transcrições das entrevistas

ENTREVISTA 01:

Entrevistador: A senhora sabe o que significa a sigla SUS?

Entrevistada: Não.

Entrevistador: Mas a senhora sabe mais ou menos o que é o SUS?

Entrevistada: Eu não sei, mais ou menos eu acho que é assim: que nem era o INPS, essas coisas né? Foi mudando os nomes, eu acho que é isso.

Entrevistador: A senhora já utilizou o SUS?

Entrevistada: Não é aqui? Não. O SUS seria como? Eu ir no médico aqui ou não?

Entrevistador: O que a senhora acha que é?

Entrevistada: Eu penso que sim.

Entrevistador: Que é ir aonde?

Entrevistada: Aqui, consultar aqui com médico.

Entrevistador: Quando a senhora vem aqui, a senhora considera que é o SUS. Mais algum outro lugar que a senhora já foi e a senhora falou "ah isso daqui é do SUS"?

Entrevistada: Não. Só no dentista também lá na Conselheiro Nébias. E na fisioterapia que eu também acho que é também.

Entrevistador: Então, nesses lugares que a senhora considera que é um SUS a senhora já teve alguma experiência positiva que a senhora já tenha passado, que a senhora gostou muito? Ou uma negativa, alguma coisa que a senhora falasse assim: "não gostei disso que aconteceu".

Entrevistada: Não, de todos os lugares que eu fui, eu gostei, tanto das médicas gostei muito. Só não gostei do lugar que eu ia. Que era o lugar, não era lá dentro.

Entrevistador: A senhora não gostava do prédio ou não gostava do bairro?

Entrevistada: Do ambiente. As pessoas que as vezes iam lá, sabe? Falavam palavrão, assim essas coisas... eu achava que ali não era local, né? Mas...

Entrevistador: As pessoas que a senhora fala, são os pacientes?

Entrevistada: É, isso. São alguns né? Não eram todos.

Entrevistador: E desses lugares que a senhora frequentou que a senhora considera que seja SUS, o que a senhora sugere para poder melhorar?

Entrevistada: Olha, pra mim, sempre eu fui bem tratada, então eu não posso reclamar. Que nem a última vez que eu fui ali na AMBESP, que eu também acho que é a mesma coisa. Eu até cai, mas nossa, não tava aberto ainda, mas as moças souberam e vieram ali, me pegaram e me levaram lá para dentro. Na hora de consultar eu fui a primeira, e eles queriam chamar até o SAMU, mas eu falei assim "não, deixa que eu ligo para minha filha porque não estou sentindo nada". E a minha filha, como é enfermeira, estava trabalhando, né. E eles falaram: "não, então liga na minha frente, se não, a senhora não vai ligar". Ai me fizeram ligar, chamei minha filha na frente deles. Foram muito atenciosos comigo, sabe? Então não tenho queixa.

Entrevistador: A senhora sabe ou já ouviu falar o que é Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistada: Eu já escutei falar, mas não sei o que é.

Entrevistador: A senhora considera aqui aonde a gente está, a Unidade que a senhora está cadastrada sendo SUS?

Entrevistada: Sim

Entrevistador: A senhora sabe quais os serviços aqui na Unidade a gente tem? Os serviços que a gente oferece para vocês, a senhora sabe?

Entrevistada: Não. Eu sei que eu pego remédio, consulto, e o dentista e faço exame de sangue. Quer dizer, que o resto eu não precisei ainda né, então...

Entrevistador: Mas a senhora sabe se tem mais alguma coisa além disso?

Entrevistada: Não.

Entrevistador: O que a senhora acha dessa Unidade que a gente está, da estrutura?

Entrevistada: Acho boa. Das que fui todas, essa é a melhor.

Entrevistador: Essa é a melhor? Por quê?

Entrevistada: Não sei, eu gostei daqui. Achei muito limpo, as pessoas atenciosas desde o rapaz que fica lá na frente, gostei muito daqui.

Entrevistador: Mas falando da estrutura, a senhora gostou porque achou muito limpa. Mais alguma coisa?

Entrevistada: Não. É o que eu achei, né? E fui bem atendida também.

Entrevistador: Se eu perguntar sobre o atendimento da Unidade... a senhora gosta?

Entrevistada: Ótimo. Gosto.

Entrevistador: E os horários de funcionamento?

Entrevistada: Eu também gosto, porque eu geralmente gosto de ser cedo as coisas, né?

Entrevistador: A senhora sabe a hora que abre e a hora que fecha?

Entrevistada: 07:00 e fecha as 17:00, não é?

Entrevistador: Isso. E a senhora acha bom esse horário?

Entrevistada: Eu acho. E agora também tem aos sábados, né? Eu não me lembro o que foi que eu vim fazer aqui, que me mandaram eu vir em um sábado.

Entrevistador: E a senhora achou bom, vir no sábado?

Entrevistada: Achei.

Entrevistador: Mas nunca precisou vir no sábado?

Entrevistada: Eu vim aqui fazer não sei o que foi que me mandaram vir, mas não me lembro o que foi. Até tava falando para meu genro, eu falei "eu já vim num sábado aqui, mas não me lembro o que foi".

Entrevistador: Quando a senhora precisa passar pelo médico especialista, por exemplo a senhora precisa passar no oftalmologista, a senhora sabe dizer como a senhora faz para conseguir essa consulta com oftalmologista? Pode ser oftalmologista, ortopedista, as especialidades.

Entrevistada: É, porque foi assim eu consultei com Dr ..., e ele pegou e me passou para... que eu tenho problema no joelho..., né? Me passou para negócio de nervos, se eu não me engano. Eu sei que ele me passou uns 4 ou 5 médicos, todos eles ficaram de ser lá na AMBESP. Eu fui pra lá e fiz tudo lá. Só que ai, depois no fim do ano mudou, né? O AMBESP agora é lá na Manoel Torino, né? E os médicos daqui não foram para lá. Ai agora, há pouco me ligaram, acho que faz uns 20 dias, que eu tinha um médico com Dr...., perto do Pronto Socorro na Zona Noroeste. Ai eu peguei e falei assim: "ih caramba, como que eu vou pra lá, se eu nunca fui, não conheço, né?" Mas ai teve esse senhor que eu falei que foi pro Norte ele falou "eu levo a senhora", ai eu falei "então ta bom". Ai ele me levou. Também gostei, mas achei lá mais sujo.

Entrevistador: O ambiente?

Entrevistada: É, não gostei muito assim do ambiente de lá. Mas o médico que me atendeu ele ainda falou: "poxa, a senhora teve que vir para cá?", eu falei: "pois é".

Agora, ele me receitou fisioterapia e para fazer ultrassom no joelho. Só que ele me deu um telefone, eu liguei, consegui por sorte, mas disse que não tinha vaga, para eu ligar daqui um mês. Ai fiquei na mesma, né?

Entrevistador: Mas quando a senhora procurou o Dr..... para passar pelo ortopedista, a senhora imaginou que aqui ia ter o ortopedista, ou a senhora já sabia que iria ser encaminhada?

Entrevistada: Não, eu não sabia.

Entrevistador: A senhora não tinha ideia de como funcionava?

Entrevistada: Ele me mandou e eu com o telefone ai fiquei esperando eles ligarem para marcarem. Ai foi tudo lá... agora tenho no dia 22, é lá no Macuco.

Entrevistador: Quando a senhora está aqui na Unidade, nessa daqui, o que mais a senhora fica aborrecida?

Entrevistada: Não tenho queixa ainda.

Entrevistador: E uma coisa que agrada a senhora? Quando a senhora pensa: "ah hoje eu tenho que ir lá na Unidade que eu sou cadastrada" o que a senhora gosta?

Entrevistada: Não sei te dizer, agora. Não sei te dizer, assim.

Entrevistador: A senhora tem alguma sugestão para melhorar, aqui nesse Unidade?

Entrevistada: Para mim, eu acho que está ótimo. Agora não sei para os outros, né?

Entrevistador: A senhora já teve convênio de saúde?

Entrevistada: Já.

Entrevistador: Não tem mais?

Entrevistada: Não. Era lá na Bene. Mas ai acabou o Plano de lá.

Entrevistador: E a senhora gostava?

Entrevistada: Gostava, mas ai a minha filha quer me por num, para ver se eu... precisar, né? Ter vaga. Para não ficar jogada ai no corredor, né? Então ela ta vendo, como ela é enfermeira, ela ta vendo.

Entrevistado: A senhora acredita que o SUS tem que acabar?

Entrevistada: Ai eu não sei, né? Porque é tanta reviravolta que dá, que a gente não sabe de hoje para amanhã o que pode acontecer

Entrevistador: Mas a opinião da senhora, tem que acabar ou não?

Entrevistada: Eu acho que não. Porque tem tanta gente que necessita disso, né?

Entrevistador: Ta joia. Muito obrigada viu?

Entrevistada: De nada.

ENTREVISTA 02:

Entrevistador: O senhor sabe o que significa a sigla SUS?

Entrevistado: SUS eu sei. Sistema de Unidade de Saúde.

Entrevistador: Segunda pergunta, o senhor já utilizou o SUS?

Entrevistado: Sim, já.

Entrevistador: E qual foi o lugar que o senhor utilizou o SUS?

Entrevistado: Santa Casa de Santos, Visão do Bem, Hospital dos Estivadores e só.

Entrevistador: Terceira, relate uma experiência positiva e também uma negativa de quando o senhor utilizou o SUS.

Entrevistado: Nada negativo, foi tudo muito bem, atendido até hoje.

Entrevistador: E uma assim, positiva? Teve alguma situação que o senhor gostou muito?

Entrevistado: Olha, eu me sinto grato ao SUS. Me senti muito bem tratado. Fiz cirurgia, essas coisas.

Entrevistador: E não teve nenhuma experiência negativa? Alguma coisa que não tenha gostado, um acontecimento?

Entrevistado: Não, não, nenhuma. Única coisa que eu reclamo, é o sistema lento.

Entrevistador: O senhor acha lento?

Entrevistado: Em atendimento. Mas tem que ter paciência. Isso que eu aprendi, ter paciência.

Entrevistador: O que o senhor sugere para melhorar o SUS?

Entrevistado: Ah sim, burocracia. O excesso de muita burocracia, para um atendimento às vezes simples. Essa é minha opinião, parte burocrática.

Entrevistador: Mais alguma coisa?

Entrevistado: Não. Os funcionários atendem de acordo com as suas funções e cumprem exatamente as determinações da burocracia que eles têm. Não sei por que tanta burocracia.

Entrevistador: O senhor sabe o que é Conselho Municipal de Saúde? Já ouviu falar?

Entrevistado: Conselho Municipal de Saúde, eu acho que é isso aqui que nós estamos fazendo, né? Eu acredito que seja isso.

Entrevistador: O senhor considera a Unidade que o senhor está cadastrado, no caso aqui, sendo SUS?

Entrevistado: Não. Eu considero que o atendimento é através do SUS mas
Municipal da Prefeitura de Santos com intercâmbio com a SUS, eu acredito.

Entrevistador: O senhor sabe quais os serviços a Unidade, aqui Unidade que a gente está, em que o senhor está cadastrado oferece? O senhor sabe o que a gente tem aqui para oferecer para vocês?

Entrevistado: Ah, não. Eu não sei. Eu só sei que faço as vacinas anualmente, no atendimento inicial pra aquilo que eu desejo.

Entrevistador: Quando o senhor vem aqui, o senhor vem para vacina, o que mais?

Entrevistado: Vacina. Quando sinto alguma coisa, venho no clínico geral, com a Dra. Daí ela me encaminha para o setor daquilo que ela acha que seja uma especialização.

Entrevistador: Entendi. Fora isso o senhor conhece algum outro serviço que tenha aqui? Já usou alguma outra coisa?

Entrevistado: Não. Tentei usar o Sistema de Odontologia, mas nunca procurei.

Entrevistador: Nunca procurou ou não conseguiu?

Entrevistado: Não, é que não me preocupei em procurar.

Entrevistador: O que o senhor pensa sobre a estrutura da Unidade? No caso a estrutura, não é nem o serviço, a estrutura. O lugar que o senhor está, o prédio.

Entrevistado: Eu penso que ela é bem adequada para o bairro, se ela atende aqui o bairro, no qual eu moro, eu acredito que todos estão bem acomodados, acredito eu. Eu não vejo, ou não vi até agora nada que fosse diferentemente quando as levou na Santa Casa que ela abrange uma coisa bem maior. É compreensível isso. Mas a Policlínica daqui eu estou satisfeito, eu sempre fui muito bem atendido.

Entrevistador: O que o senhor pensa sobre o atendimento? Agora não é mais a estrutura, é o atendimento que o senhor recebe.

Entrevistado: Sempre excelente, sempre muito bem tratado, graças a Deus. Desde a portaria até administração, atendimento médico que minha médica Dra., enfermagem, quando vou fazer exames de coletas tudo nos dias bem agendado, então não vejo nada diferente.

Entrevistador: E o que senhor pensa sobre os funcionários?

Entrevistado: Nada a exigir de nenhum deles. Acho até que são pessoas muito simpáticas, né...

Entrevistador: O que senhor quiser ir falando, pode falando... eu aguardo...

Entrevistado: Sinceramente é isso que eu sinto, não to inventando nada. To bem à vontade. E é isso que eu vejo.

Entrevistador: O que senhor acha sobre os horários da Unidade? O horário de funcionamento da Unidade.

Entrevistado: Eu acredito que é um atendimento normal. Inclusive hoje, tem atendimento aos sábados, né? Eu nunca usufruir dia de sábado, eu já acho que não tem necessidade, mas acredito que outras pessoas possam ter, então achei bom.

Entrevistador: No caso o senhor acha que não tem necessidade para o senhor?

Entrevistado: Pra mim, eu nunca precisei. Como antes já não tinha, atendimento aos sábados, mas mesmo que tenha liberado aos sábados mas eu procuro ir de segunda a sexta, tradicional.

Entrevistador: E dentro de segunda a sexta, que funciona das 07:00 às 17:00, para o senhor está tudo bem?

Entrevistado: Tudo bem. Ótimo.

Entrevistador: Quando o senhor precisa passar com especialista, por exemplo o senhor passou com a Dra.... e ai o senhor está querendo passar por exemplo no oftalmologista, o senhor sabe me dizer como que faz para chegar no oftalmologista, que é um especialista?

Entrevistado: Sim, ai tem um pouquinho de entrave, que é essa burocracia que eu me refiro, e devido acredito eu, parte burocrática, deu um certo tempo, a parte oftalmológica até chegar onde eu estou já levou uns 6 meses, mais ou menos, eu até considero normal, por causa da grande demanda de pedidos.

Entrevistador: Mas o que o senhor teve que fazer para chegar lá no oftalmo? O senhor lembra o caminho?

Entrevistado: Sim, sim. Primeiro eu vim aqui, perguntei que eu gostaria de fazer uma consulta oftalmológica, ai a Dra... me encaminhou, aguardei exatamente esses 4, 5, 6 meses e assim que eu recebi o telefonema de uma central, me direcionando ao AMBESP. Então me dirigi ao AMBESP, no AMBESP fiz a consulta com a especialista, a médica oftalmológica, que fez os primeiros exames e direcionou os pedidos dos próximos exames que ela precisava que eu fizesse para fazer uma melhor avaliação. Então ai encaminhou, eu já fiz agora. Esse pedido foi até rápido, ela pediu na semana retrasada e eu fiz dois exames hoje e vou aguardar para fazer um terceiro exame, dentro desse terceiro exame feito vou levar os resultados para essa médica de novo e vamos ver o que ela determina.

Entrevistador: E quando o senhor sentiu a necessidade de procurar um oftalmo o senhor chegou aqui achando que ia ter oftalmo aqui, ou o senhor já sabia que não?

Entrevistado: Não, não... eu já sabia que aqui não tinha.

Entrevistador: E o senhor achou que seria mais rápido?

Entrevistado: Eu achava que através do encaminhamento, da clínica geral seria mais rápido. Não só o exame oftalmológico, o cardiológico, um pedido assim mais especial.

Entrevistador: O que mais o senhor fica aborrecido na Unidade? Que o senhor fala “poxa vida, que coisa chata”.

Entrevistado: Isso ai realmente eu vejo... as pessoas não procuram realmente se antecipar no que desejam.

Entrevistador: Você diz os pacientes?

Entrevistado: É, eu percebo que não só a culpa dos funcionários, mas eu me coloco no lugar dos atendentes e como eu, eu nunca tive problema porque eu me preparo para vir para determinada necessidade minha e eu mesmo me agendo para tal dia. Eu acredito que o sistema SUS, tende a melhorar quando realmente o próprio necessitado aprenda também a se organizar e não exigir dos médicos, enfermeiros, atendentes. Saibam o que que a pessoa tem, não tem como adivinhar. Isso é uma questão de cultura. Paciência. Eu observo.

Entrevistador: Ai o senhor fica aborrecido com isso?

Entrevistado: Sim. Não com as pessoas. Eu fico aborrecido, falo "poxa gostaria que essas pessoas tivessem essa mesma paciência e a essa mesma preparação e não vim de última hora achando que todos estão à disposição, afinal de contas é um atendimento do Governo". Eu penso que a única diferença vem ai obvio que tem outras partes que depois de atendido ai entra essa parte burocrática que é realmente a única coisa que eu acho que não sei por que teria que ter os encaminhamentos. Não sei se é a quantidade de pessoas necessitadas ou volume muito grande, então eu procuro pensar que seja isso. Não penso em outra forma não de mau atendimento. Quando o atendimento vem a parte sequencial já é rápido.

Entrevistador: E o que mais agrada o senhor, quando o senhor está aqui na Unidade? Se é que tem alguma coisa, se não tiver também. Que o senhor fala assim "nossa que bacana".

Entrevistado: O que mais me agrada? O que mais me agrada é a limpeza, a higiene, a organização. Eu não vejo nenhum problema. Eu nunca me senti que eu não estivesse mau orientado ou alguma coisa assim.

Entrevistador: E o senhor faria alguma sugestão para melhorara a Unidade?

Entrevistado: Sim, eu poderia dar essa sugestão. Ao invés de eu vir e pedir uma consulta as Unidades do bairro, já que é do bairro, deveriam ter todos esse cadastro da gente. Então quando chegasse a época que necessário então pedem para que a gente venha, então tem vacina, mas como é uma Unidade de bairro eu acho que não seria difícil ter todo esse cadastro das pessoas que utilizam essa Policlínica. Com um exame" que é exatamente o sistema que eu acho preventivo. Porque quando a pessoa vem aqui ela tá com uma dor de cabeça, ou ela quer um atendimento, vamos se referir a oftalmológico, então esse cadastro de acordo com que eu vejo em crianças recém nascidas, jovens, pessoas de mais idade, pessoas mais velhas como o meu caso já, que como o povo é muito... eles ficam perdidos... então para aperfeiçoar o sistema era exatamente aqui, que hoje através do sistema eletrônico fazemos o cadastramento de todas as pessoas que já frequentam aqui, e já ciente que mesmo que mude o médico, o médico já tem a ficha dos médicos anteriores, então qualquer pessoa através do nome já vai

aparecer todo o meu histórico desde quando eu frequento e desde até a referida especialização que eu fui encaminhado. Então você tem o histórico das pessoas, então esse histórico eu acredito que o sistema de saúde do Brasil, não vou dizer aqui, vou dizer no Brasil tende a melhorar com esse cadastro.

Entrevistador: Mais alguma coisa?

Entrevistado: Não, acho que não.

Entrevistador: O senhor tem ou já teve convénio médico?

Entrevistado: Nunca tive. Só através de trabalho.

Entrevistador: Quando o senhor trabalhava, o senhor tinha convenio? O senhor usava convenio?

Entrevistado: Cheguei a usar várias vezes. Que era Unimed.

Entrevistador: O senhor acredita que o SUS deve acabar?

Entrevistado: Não, de jeito maneira. Ele inclusive, ele até é perfeito com as atuais condições que poderia melhorar na minha concepção de opinião era esse sistema de cadastramento de todos os conveniados do SUS. Inclusive a família toda, não só a pessoa única que vem, a família toda. Quem é casado, quem não é, mora junto ou não mora junto, então todos ali daquela família tendo esse cadastro, com certeza as pandemias ou alguma coisa, seria muito mais fácil de controlar.

A ENTREVISTA 03:

Entrevistador: A senhora sabe o que é SUS?

Entrevistada: SUS é um ... SUS é o que nós usamos no trabalho, no serviço de médico, né?

Entrevistador: Então a senhora já utilizou o SUS?

Entrevistada: Já.

Entrevistador: Quando que a senhora utilizou o SUS?

Entrevistada: Foi um ano e pouco, quando eu tive AVC, nos Estivadores eu fiquei internada foi pelo SUS.

Entrevistador: Quando a senhora ficou internada no hospital, entendi. E a senhora sabe o que quer dizer a sigla SUS?

Entrevistada: Não.

Entrevistador: E quando a senhora pensa no SUS o que a senhora pensa? É uma coisa boa? Uma coisa ruim? É um convênio?

Entrevistada: Não, eu sei que não é um convênio. É uma coisa pra se curar, é um atendimento pra se curar que a gente tem, para aqueles que não tem Plano de Saúde. Eu tive um Plano de Saúde foi de uma empresa muito boa, que era da AMIL. Mas era muito caro, só o meu dava mais de R$1.000,00. Ai eu não pude mais pagar, não adianta dizer que eu posso, que eu não posso. Vou pagar R$ 1.500,00 só para mim, vai passar de cinco, três filhos eu e meu marido... não tinha condições... R$ 1.000,00 para cada um... ai eu parei. O plano da Santa Casa também não consegui pagar por causa da minha idade é muito caro, se eu pagar R$ 800,00 sou aposentada, se eu ganhar R$ 1.000,00 vou pagar o que? Ai eu uso o SUS e sou muito bem tratada graças a Deus.

Eu não fui maltratada, eu vi as pessoas sendo maltratadas quando eu fui para UPA, quando eu tava com problema em casa, que eu tive AVC dentro da UPA. Na UPA não é culpada, claro, ninguém lá dentro. Eu tive AVC, o meu problema é que minha pressão baixou demais... eu tive o AVC dentro da sala do atendimento que eu ia para o soro, antes de chegar o soro eu tive o AVC... já fiquei lá e eu vi muita pessoa sendo... assim, não batia mas elas falavam muito agressivas com as pessoas de idade, pessoas que estavam infartando, pessoas que já estavam morrendo, pedindo socorro e elas não socorria. Eu pedia água, que eu bebo muita água, e elas não me davam. Agora, tinha uma moça enfermeira, que eu não sei o nome dela, muito boazinha, até sabonete líquido ela me trouxe da casa dela para me banhar.

Entrevistador: E a UPA para a senhora é SUS, ou não?

Entrevistada: É SUS. Não é?

Entrevistador: Sim, sim.

Entrevistada: Quer ver uma equipe boa, que tem um atendimento bom, é o Oswaldo Cruz. Aquela turma, eu acho assim... não pega todo mundo, mas tá pegando... até peguei uns dados das pessoas...

Entrevistador: Da onde?

Entrevistada: Do Oswaldo Cruz, fui tratada lá nos Estivadores essa turma todinha. Agora estão na AMBESP também que é agora na Manoel Tourinho, a turma que tá lá atendendo mudou tudo. Ótimo, maravilhoso. To passando pelo clínico, to passando pelo otorrino, to passando pelo oftalmo, pela nutricionista.

Entrevistador: E como que a senhora fez para chegar até o AMBESP? O que a senhora teve que fazer?

Entrevistada: Eu vim por aqui, encaminhada.

Entrevistador: Então a senhora sabe como que faz quando precisa passar pelo especialista, a senhora sabe o que tem que fazer?

Entrevistada: Então, eu passo no clínico e peço o encaminhamento.

Entrevistador: Quando a senhora passa aqui, na Policlínica, a senhora considera que é do SUS?

Entrevistada: Sim. É do SUS, que é da Prefeitura ou é do SUS.

Entrevistador: A senhora imagina como que é pago o SUS? Como que o SUS tem dinheiro para funcionar?

Entrevistada: O SUS não tem que pagar porque é da prefeitura. Dado pelo Governo. Eu imagino assim: pelo Governo, o governo da X para o estado, ele também tira uns dados do nosso imposto, esses impostos que eles resgatam é pago para isso, na área da saúde.

Entrevistador: O que a senhora sugeriria para melhorar o SUS? Para ficar tudo melhor dessas coisas todas que a senhora falou que tem, o que a senhora acha que poderia melhorar?

Entrevistada: Eu acho assim, que todo mundo que trabalha no SUS eles têm que ter ciente daquilo que está fazendo e gostar daquilo que vai fazer. Se você tá fazendo um curso para ser dentista, você tem que saber que um dia você vai pegar alguém que a boca cheirosa demais, os dentes muito sujo, você tem que saber que tem consciência disso. E você tem que tratar ele igualzinho tratar eu com dente limpo mas a boca mais cheirosa e escovada. Eu acho que é assim. Tudo trabalho que nós vamos fazer, nós temos ter ciência daquilo que ta fazendo. Você pode pegar hoje uma pessoa limpinha e amanhã você pegar uma pessoa que não está muito limpo. E você tem que tratar todos iguais. Às vezes nós não temos a mesma categorias assim iguais, conhecimento, as vezes as pessoas tratam diferente, outros não se preocupam com si mesmo, por isso que não se cuida, as vezes não é porque é pobre é porque não liga para si mesmo. Não é descuido.

Entrevistador: A senhora sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistada: Conselho? É Conselho Tutelar?

Entrevistador: É Conselho Municipal de Saúde. Já ouviu falar?

Entrevistada: Não.

Entrevistador: E Conselho Local?

Entrevistada: Conselho Local é como eu to falando assim contigo. Falando que você tem que cuidar das pessoas, dando um conselho.

Entrevistador: Aqui dessa Unidade, a senhora sabe os serviços que existem aqui?

Entrevistada: As pessoas que estão aqui dentro?

Entrevistador: É. Quando a senhora vem aqui, a senhora sabe o que tem aqui para oferecer de serviço para senhora. O que a gente faz aqui?

Entrevistada: Pra mim vocês têm serviços sim, serviços médicos, tem dentista, tem meu clínico, maravilhoso, meu médico. Eu indico todo mundo, minha família todinha se trata com Dr..., porque pra mim foi o melhor médico que eu já encontrei desde quando chegou na Poli que foi meu primeiro médico, que antes era o Dr....

Entrevistador: E o que mais que tem de serviço, fora o Clínico, o que mais?

Entrevistada: Tem o ginecologista que era bom, que saiu daqui. E pra mim, as meninas têm um atendimento bom. Eu não tenho do que reclamar.

Entrevistador: A senhora sabe de mais alguma coisa que a gente faz aqui?

Entrevistada: Não. As meninas de limpeza elas tratam a gente bem. Não é aquelas que falam sai do meio.

Entrevistador: O que senhora acha da estrutura da Unidade? O prédio aqui?

Entrevistada: Agora ficou maravilhoso. Ficou bom.

Entrevistador: Antes não era?

Entrevistada: Não, que era lá na outra. Ai mudou para cá. Eu fazia ginástica por aqui.

Entrevistador: Quando a senhora vem até aqui com o que a senhora fica aborrecida? O que a senhora não gosta?

Entrevistada: Às vezes na farmácia, porque eles reclamam de alguma coisa assim que não querem atender por coisas banais. Que nem esse papel, minha irmã veio hoje de manhã para pegar para mim, e só porque tava 21/08 eles não deram o remédio. Ela teve que voltar em casa passar por esse papel.

Entrevistador: E o que agrada senhora? O que a senhora gosta muito daqui?

Entrevistada: Para mim as meninas aqui todas são boas. O moço do atendimento brinco com ele, ele brinca comigo.

Entrevistador: A senhora tem alguma sugestão para melhorar aqui na Unidade?

Entrevistada: Às vezes a gente encontra mas no momento agora não sei dizer o que.

Entrevistador: A senhora gostaria que aqui tivesse algum serviço que não tenha? Algum tipo de atendimento? Alguma coisa que fosse feita aqui que não têm?

Entrevistada: Eu acho que sim, tinha que ter mais alguma coisa, mas aqui agora eu não lembro. Tudo os médicos bons, estrutura. Vocês extraem os dentes aqui também, ou não? Não extraem os dentes, né.

E**ntrevistador:** Quando a senhora escuta falar do SUS, na televisão, em matéria de reportagem de TV, quando eles falam a senhora pensa que é uma coisa boa, estão falando bem ou falando mal?

Entrevistada: Nem sempre, tem muita gente que fala mal. Que é mal atendido, que fica muito tempo de espera, entendeu? Que tem muita gente. Eu sei que tem muitas pessoas que querem ser bem atendidos e rápido, mas cada um tem a sua vez. Que nem quando eu fui lá na AMBESP, tinha uma moça brava lá que quase chamaram a Polícia para ela, ela que chamou Polícia não sei para quem lá. Eu fui conversando com ela e disse: o que adianta fazer isso, você é de idade que nem eu, sabe o que acontece quando fica nervoso? Isso que aconteceu comigo, não que eu tivesse brigando com ninguém, mas a gente fica estressado por tudo, correria do dia a dia e você ta aposentada, tem sua casa, não tem filho pequeno, pra que você chega aqui e quer obrigar a menina te atender primeiro, sendo que tem outras pessoas na sua frente, fica calma.

Entrevistador: Então, a senhora acha que as pessoas têm pressa para serem atendidas?

Entrevistada: Sim... Ai ela ficou calma, quando eu fui a última vez ela estava lá e me agradeceu pelo conselho, foi atendida e adorou o médico.

Entrevistador: Então, se eu te perguntar se a senhora gosta do SUS, a senhora gosta ou não gosta do SUS?

Entrevistada: Eu gosto. A minha cunhada está internada pelo Plano e o atendimento de lá eu não gosto como é o do SUS. Eu fui no SUS não é de agora. Eu tive meus 3 filhos pelo SUS, depois eu tive Plano mas eu nunca fui atendida pelo Plano bom que nem eu to no SUS.

Entrevistador: A senhora estava comentando que teve o Plano, então **s**e a senhora tivesse a oportunidade de ter o Plano de Saúde particular de novo a senhora deixaria de usar os serviços daqui da Unidade?

Entrevistada: Eu ia gastar dinheiro à toa, porque eu vou continuar usando da Unidade. Já me ofereceram tudo. Porque eu sou bem tratada, eu venho na hora certa, espero meu horário, graças a Deus quem me atende, me atende bem. Aqui eu tenho o Dr... Quando eu fui no Estivadores, os médicos são maravilhosas as enfermeiras são todas muito boas, que quando eu sai do Hospital eu chorei com dó delas. Ai fiz bastante toquinha, que eu trabalho com costura, e mandei para elas.

Entrevistador: Então não adianta nem eu perguntar se senhora acha que o SUS tem que acabar?

Entrevistada: Nãoooo, pelo amor de Deus não pode!!!

ENTREVISTA 04:

Entrevistador: Você sabe o que significa a sigla SUS?

Entrevistado: Sim, Sistema Único de Saúde.

Entrevistador: Você já utilizou o SUS?

Entrevistado: Sim, utilizo o SUS

Entrevistador: Quando você utiliza o SUS você utiliza para que?

Entrevistado: Utilizo para parte de odonto, os médicos, para vacina e outras coisas mais.

Entrevistador: Quer falar outras coisas mais que você acha que o SUS tem?

Entrevistado: Os conselhos de saúde é do SUS, e do município quando tem eu vou. As palestras, é bem instrutiva é bom para a população saber os seus direitos e seus deveres.

Entrevistador: Quando você utilizou o SUS, fala para mim uma experiência positiva que você teve.

Entrevistado: Experiência positiva, na odonto nós temos a experiência de ficar com a boca sã, né? É... com os médicos nós temos a experiência da prevenção, que eu gosto bastante, e das vacinas também que a gente não tem o custo de pagar fora e temos as vacinas do calendário gratuito.

Entrevistador: E uma experiência negativa? Quando você usou algum serviço do SUS que você passou por uma situação que você não gostou?

Entrevistado: Ultimamente uma experiência que eu não gostei muito foi de ter levado o meu filho na UPA e ele estava com muitas dores e não gostei do atendimento de lá. As pessoas são muito pouco humanizadas, as pessoas da UPA.

Entrevistador: O que você sugere para melhorar os SUS?

Entrevistado: O SUS... O SUS é assim, o projeto SUS em si ele é um projeto bom, digamos que ele seria um projeto perfeito o que precisa mais é educar a população e mostrar os direitos e os deveres que a população tem para com o SUS e também acabar com a festa da corrupção, né? Que todo mundo, todos eles lá põe a mão no dinheiro do SUS e desvia.

Entrevistador: Você sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistado: Sei, é onde você vai ter as pessoas, os delegados, e eles tiram as propostas para ver quais as propostas vão ser aprovadas para ser realizadas e implementadas.

Entrevistador: Você considera a unidade que você tem o cadastro sendo o SUS?

Entrevistado: Sim, eu considero porque aqui nós estamos com o SUS na esfera municipal porque são três esferas, esfera federal, estadual e municipal. Então nós estamos no SUS na esfera municipal.

Entrevistador: Você sabe quais os serviços a unidade que você está cadastrada oferece?

Entrevistado: Sei, nós temos as vacinas, temos os médicos, temos pediatra, temos ginecologista, odonto, também tem raio-x e disponibilização de remédios e outras coisas mais.

Entrevistador: O que você pensa sobre a estrutura dessa unidade aqui? O prédio aqui.

Entrevistado: A estrutura deveria ser melhor em ventilação é muito fechado, então nós estamos em um complexo que não tem janelas e isso é bem problemático. O que falta aqui é isso.

Entrevistador: E o que você pensa sobre o atendimento aqui na unidade?

Entrevistado: O atendimento dessa unidade vamos dizer que ele é um atendimento especial, ele é diversificado, diferente de outras estruturas de policlínica que já passei e já conheci.

Entrevistador: E o que você diria? Por que é especial?

Entrevistado: Eu acho que aqui o pessoal é mais humanizado a chefia também mais humanizada ela está diretamente com o munícipe resolvendo tudo então eu acho que isso ajuda na humanização e de conhecer ter o apoio para os munícipes e as pessoas ter uma ligação.

Entrevistador: Você sabe de que horas à que horas funciona essa unidade?

Entrevistado: Essa unidade funciona das sete até às cinco da tarde.

Entrevistador: E o que você acha sobre esses horários?

Entrevistado: acho que é um horário suficiente. Para nossa população, para nosso bairro eu acho que esse horário é um horário suficiente para fazer tudo. E temos os sábados também né, os sábados das oito e meia até as quatro da tarde.

Entrevistador: E você achou legal ter o sábado?

Entrevistado: Acho, mas eu acho que a frequência das pessoas vir é muito baixa, não sei porque as pessoas não aderiram ainda

Entrevistador: Quando você precisa de um especialista, por exemplo você precisa passar em um ortopedista, em um oftalmo por exemplo, como você faz? Você sabe como é o caminho para chegar até ele?

Entrevistado: Tenho que vir pela Unidade Básica de Saúde aqui, marcar pro clínico e o clínico das minhas reclamações ele vai marcar para especialidade. E aí a especialidade vai ver o que é necessário, para sanar o problema ou tratamento.

Entrevistador: O que mais te aborrece quando você passa aqui por algum serviço aqui na unidade o que mais você fica chateada? Quando você vem você fala assim: caramba, tenho que passar por exemplo em consulta médica então eu tenho que ir até a unidade e não gosto disso quando passo lá.

Entrevistado: Não, aqui é difícil eu dizer... acho que é mais... não tem muito o que falar daqui, não tem. Porque assim, a quantidade de vagas que tem por médico se passa muito rápido pelos médicos aqui e pelos clínicos e pelos pediatras também e não tem. A única coisa

é que tem uma esperinha as vezes é odonto mas é sanada rápido, então não tenho muito o que reclamar daqui não.

Entrevistador: E o que mais te agrada? O que mais te agrada quando você vem em um serviço aqui na unidade?

Entrevistado: O que mais me agrada é o acolhimento, o acolhimento de todos que estão lá na frente. Já existiram outros funcionários que não acolhiam bem, mas agora eles estão com time bem acolhido.

Entrevistador: O que você sugere para melhorar aqui na Unidade?

Entrevistado: Na Unidade eu acho, o que tem que melhorar é a Unidade ter sua própria infraestrutura, seu próprio prédio. Então eu acho que isso de acordo com todas as pessoas que já trabalha aqui, se tivesse seu próprio prédio seria melhor. E fora isso, a estrutura a única coisa que tenho de reclamar mesmo é da ventilação do prédio, que não tem como colocar janelas e os médicos têm que se virando assim né?

Entrevistador: Você já teve convênio ou tem?

Entrevistado: Tenho.

Entrevistador: Você utiliza o convênio?

Entrevistado: Utilizo e utilizo aqui também.

Entrevistador: Você utiliza o convênio para que?

Entrevistado: Utilizo o convênio para ir para cardiologista.

Entrevistador: Para ir para as especialidades então?

Entrevistado: Especialidades que eu necessito ir, mas também passo nos médicos daqui. Pego remédios por aqui também, passo na odonto aqui.

Entrevistador: Mas por que você dá preferência pelo convênio de ir para um especialista?

Entrevistado: Porque de acordo... o exame, os exames específicos que por lá é muito mais rápido.

Entrevistador: No convênio é mais rápido?

Entrevistado: Exatamente. Então preciso de certos tipos de exames específico que lá eu consigo fazer que aqui eu tenho uma espera maior.

Entrevistador: Você acha que o SUS tem que acabar?

Entrevistado: Não. Jamais. Ele tem que... teria que ter pessoas que aprimorasse ele, e não acabar, porque sem ele a população vai ficar nua e crua, né? Já é difícil, sem o SUS piora.

Entrevistador: Ta jóia, muito obrigada, viu!

ENTREVISTA 05:

Entrevistador: A Senhora sabe o que quer dizer a sigla SUS?

Entrevistado: SUS? Não sei ... é o... como é que chama? Ah, não sei. Eu sei o que quer dizer, mas eu não sei explicar.

Entrevistador: E o que quer dizer para a Senhora?

Entrevistado: SUS é aonde a gente vai né? Fazer tratamento, não é isso?

Entrevistador: Aonde vai aonde, assim?

Entrevistado: Vai num..., como eu vou dizer? Eu não sou muito boa de...

Entrevistador: Não tem problema, é o que a Senhora acha mesmo não tem certo ou errado.

Entrevistado: É isso, eu vou num hospital do SUS, eu venho aqui é do SUS. É isso que eu entendo do SUS.

Entrevistador: Certo. Então a Senhora já utilizou o SUS?

Entrevistado:Já.

Entrevistador: Então quando a Senhora vem aqui, a Senhora está utilizando o SUS?

Entrevistado: Eu acho que sim.

Entrevistador: Fala alguma coisa, pode ser quando a Senhora veio em alguma Unidade Básica, como a gente tá aqui, uma Policlínica ou quando a Senhora fez qualquer outro serviço que a Senhora considera que seja do SUS, uma coisa que a Senhora gostou, uma experiência positiva. Se teve, né?

Entrevistado: Eu não, eu não tenho vindo muito. Eu só venho aqui praticamente e vou as vezes no Pronto Socorro.

Entrevistador: Mas teve alguma vez que a Senhora passou por uma situação, a Senhora gostou muito? Ou contrário alguma coisa que aborreceu a Senhora?

Entrevistado: Me aborreceu sim, porque eu fiquei bastante tempo esperando para ser atendida, isso ai me aborreceu, mas só isso.

Entrevistador: Então a demora aborrece a Senhora? A demora para ser atendida quando já está no lugar ou para ser chamada?

Entrevistado: Para ser chamada.

Entrevistador: A Senhora conhece o SUS, eu já percebi né. E o que a Senhora sugere que possa melhorar o SUS?

Entrevistado: Melhorar? Eu não sei, talvez as pessoas serem atendidas mais rápido. Para não ficar tanto tempo esperando.

Entrevistador: A Senhora já ouviu falar de Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: A Senhora considera essa Unidade que a Senhora está aqui, que a Senhora é cadastrada, como sendo do SUS?

Entrevistado: Considero. Não é?

Entrevistador: Sim sim. Não tem certo ou errado responde o que a Senhora... passar na cabeça da Senhora, ta bom? A Senhora sabe o que que tem aqui de serviço nessa Unidade?

Entrevistado: Acho que tem vacina, exame de sangue e consulta médica, dentista, o médico especialidade de ... como que chama? Esse que encaminha para os outros médicos, como que chama? Eu esqueci.

Entrevistador: O clínico?

Entrevistado: O clínico.

Entrevistador: Mais alguma coisa que a Senhora lembra? Não? O que a Senhora acha da estrutura daqui dessa Policlínica?

Entrevistado: Não sei. Para mim ta bom.

Entrevistador: A casa né? A arquitetura?

Entrevistado: Para mim ta bom.

Entrevistador: E do atendimento?

Entrevistado: Também. Aqui me atendem muito bem.

Entrevistador: E dos funcionários? Pode falar, ninguém vai ficar sabendo.

Entrevistado: Não, não, não tenho queixa de ninguém. Todo mundo é legal.

Entrevistador: E do horário? A Senhora sabe o horário de funcionamento dessa Unidade.

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Não? O horário para Senhora que ta aberto para Senhora ta bom ou não?

Entrevistado: Ta bom.

Entrevistador: Quando a Senhora precisa passar em um especialista, como por exemplo o oftalmo a Senhora sabe o caminho que tem que fazer para chegar até lá?

Entrevistado: Eu não sei, eu vou sempre de Uber.

Entrevistador: Mas eu digo assim, para a Senhora conseguir a consulta. A Senhora sabe como que tem que fazer? A Senhora chega aqui e acha que já vai ter a consulta aqui com oftalmo, com ortopedista ou não?

Entrevistado: Eu sei que vai ser encaminhada para outra Unidade.

Entrevistador: Quem que encaminha?

Entrevistado: Quem me encaminha é o médico mesmo, né?

Entrevistador: O que mais aborrece a Senhora quando a Senhora ta aqui na Unidade?

Entrevistado: Ah só esperar. Eu não gosto de esperar.

Entrevistador: E o que a Senhora mais gosta?

Entrevistado: Eu não sei, os médicos são bons, todo mundo me atende bem.

Entrevistador: E tem alguma coisa que a Senhora gosta muito?

Entrevistado: Não...As meninas da vacina, eu trago as minhas crianças, meus netos, também são muito legal.

Entrevistador: O que a Senhora sugeriria para melhorar a Unidade? Para ficar melhor para Senhora?

Entrevistado: Não sei, só ser mais rápido e atender o telefone que eles não atendem. A gente quer marcar pelo telefone mas eles não atendem, só isso.

Entrevistador: A Senhora já teve ou tem convênio médico?

Entrevistado: Já tive há muito tempo, agora não tenho mais.

Entrevistador: A Senhora acha que o SUS tem que acabar? A Senhora já ouviu falar: Ah o SUS tem que acabar?

Entrevistado: Eu acho que não tem que acabar, porque a gente precisa dele. Tem que melhorar em alguns aspectos, mas acabar não. De jeito nenhum.

Entrevistador: Tá bom, muito obrigada.

ENTREVISTA 06:

Entrevistador: O Senhor sabe o que é SUS?

Entrevistado: Sistema Único de Saúde.

Entrevistador: E o Senhor sabe os serviços que ele abrange?

Entrevistado: Muito. Bastante para nós.

Entrevistador: O Senhor pode me dar alguns exemplos?

Entrevistado: Eu mesmo falo, cardiologista, urologista, são serviços que eu uso, né? Urologista, dermatologista.

Entrevistador: Então quando o Senhor... o Senhor já usou o SUS, então?

Entrevistado: To sempre usando.

Entrevistador: Quando o Senhor vem aqui nessa Unidade, o Senhor considera que aqui é SUS?

Entrevistado: Eu acho que é SUS, me atende como SUS então é SUS para mim. Apesar que falam que é ambulatório, mas eu acho que é meio parecido.

Entrevistador: Fala para mim uma experiência positiva que o Senhor tem, uma coisa que o Senhor gostou muito quando o Senhor usou algum serviço do SUS.

Entrevistado: O serviço que eu gosto do SUS é o atendimento, para pessoa esclarecida um pouco o atendimento... muita gente reclama que não atende, mas você tem que ter paciência, é só isso que posso falar. Como a minha idade me permite eu sou um cara paciente, então as pessoas não têm educação e não têm paciência com os médicos, enfermeira, então trabalhar com público é difícil. Então eu venho aqui sempre alegre, contente eu sempre sou bem atendido. Não posso falar mais nada.

Entrevistador: E alguma coisa que o Senhor já passou que o Senhor não gostou? Ficou bem aborrecido.

Entrevistado: Pra te falar a verdade eu não gosto de vir no hospital, esse ponto principal. Eu evito vir. Mas tenho que vir, porque o sistema aqui eu não tenho condições então eu tenho que ser assistido. Então não tem o que gostar ou não gostar, eu sempre fui bem atendido.

Entrevistador: E o Senhor já teve convênio particular?

Entrevistado: Já tive, parei por causa das coisas econômica, né. A questão econômica, você não tem condições de continuar pagando.

Entrevistador: E quando o Senhor tinha, o Senhor só usava o convênio?

Entrevistado: Ah só usava mesmo o convênio, com a esposa e os convênios foram deteriorando, foram... e aí todo mundo fugiu para o Sistema Único de Saúde, que é uma coisa boa, a única coisa que salva, ainda mais aposentado.

Entrevistador: E quando o Senhor vem aqui na unidade o Senhor sabe o que tem aqui para oferecer para vocês de serviço?

Entrevistado: Eu sei aqui mais ou menos, sou atendido dentista, me atende o urologista, me encaminham pro clínico geral que ele que vê todo o sistema, te encaminhando... especialidade, que você precisa tem.

Entrevistador: O que mais que tem aqui? Que o Senhor sabe, que o Senhor conhece.

Entrevistado: Essa parte pra mim é... agora tem vacinação para população que é muito bom. Eu falo muito bem por que eu vejo né, vejo fila. Quando fazem campanha de vacinação. Me parece que entregam alguma coisa de ajuda, leite, não sei. Tem cursos, eu nunca fiz o curso, mas tem vários cursos aqui que são muito bom. Para esclarecimento da população. A população, que eu digo, brasileiro é muito pouco esclarecida. Como ninguém faz acompanhamento, se fosse mais esclarecido tava todo mundo em harmonia. É uma falha do SUS.

Entrevistador: O que o Senhor acha que é a falha, então?

Entrevistado: A falha é a educação, que não esclarece as pessoas. O que você está fazendo é ótimo, apesar que to correria como sempre, mas é ótimo porque esclarece. Se você esclarecesse, viveríamos todos em harmonia. Não dávamos trabalho para médico, que é trabalhoso eu sei, desgastante e eu como paciente ficaria tranquilo.

Entrevistador: O Senhor já ouviu falar, sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistado: O Conselho Municipal de Saúde, esse é pouca coisa que eu ouvi falar... não vi atuar... eu já escutei falar, mas não vi atuar, nesse aspecto não posso dizer e nem opinar nada.

Entrevistador: E Conselho Local?

Entrevistado: Conselho também sei que existe, mas também não uso que mais apareceu em casa é gente que vai combater dengue, que vai combater mosquito, é esclarecimento que a Prefeitura manda, mas assim desses Conselhos eu nunca fui convidado e nunca...

Entrevistador: Mas o Senhor sabe para que que serve?

Entrevistado: Ah, eu acho que se for falar eu sei é Conselho de alguma coisa, serve para evoluir, para melhorar o atendimento, mas eu mesmo nunca fui questionado.

Entrevistador: Aqui dessa Policlínica, o que o Senhor acha da estrutura do prédio, da construção?

Entrevistado: A construção foi boa, ficou boa foi tudo feito. Apesar que uma vez falhou o ar-condicionado, coisa que eu acho que foi mal-feita, não sei... não sou engenheiro de obra, mas de vez em quando cai uma gota na cabeça dele. Mas dentro do possível foi isso que fizeram. É bom, o atendimento é sempre limpo, que tem esses defeitos, quem trabalha no dia a dia sabe. Eu vejo aqui branco e limpo.

Entrevistador: E o Senhor gosta do atendimento daqui?

Entrevistado: Até agora eu nunca tive problema. Como eu te falo eu venho, me atendo, falo pouco, e quando me perguntam, que nem a Doutora me chamou eu respondo, quando não, eu faço meu serviço. Eu acho que não estou aqui para perturbar ninguém, venho aqui para esclarecer.

Entrevistador: E o que que é que quando o Senhor vem aqui o Senhor não gosta? Incomoda o Senhor, fica aborrecido, se tiver.

Entrevistado: Ah eu acho que... é o público mesmo me incomoda, porque eu não vou discutir com as pessoas, mas eu acho que a pessoa devia ser educação, faz parte tudo. Nunca fui mal atendido. Quando era antigamente do outro lado, nunca fui mal atendido, mas... eu vejo que é por falta de esclarecimento... os médicos trabalham, mas você ou alguém tem que colocar gente para esclarecer, se você falar: Senhor sentado, vamos esperar, não tem paciência... então a população não sabe nada, fica boiando o médico também não é R.H para saber o que está acontecendo lá fora, é uma falha que tem.

Entrevistador: Entendi. O Senhor falou que já teve convenio, né?

Entrevistado: Já.

Entrevistador: Se o Senhor voltasse a ter o convenio, o Senhor deixaria de usar o SUS?

Entrevistado: Eu acredito que se eu tivesse condições eu voltaria para dar oportunidade para outra pessoa, mas como atualmente na conjuntura tá sendo, vai ser difícil. Mas o SUS nunca deveria acabar, pra população brasileira não.

Entrevistador: Essa era a próxima pergunta, eu ia perguntar se o Senhor achava que tinha que acabar.

Entrevistado: Não nunca deveria acabar, o Sistema Único de Saúde que ajuda tanto médico como o paciente, nunca deveria acabar. É o mínimo, mínimo que nós temos, eu como... como...que pago imposto tudo, é um direito meu de reivindicar sempre, como falo, não posso falar mal, não posso falar que demora 6 meses, 4 meses eu tenho que vir e fazer, pronto.

Entrevistador: E agora que o Senhor tocou nesse assunto né, de pagar imposto, quando o Senhor pensa no SUS o Senhor já pensou como que é pago? Como o SUS tem dinheiro para funcionar?

Entrevistado: Vem do Estado, da Prefeitura, dos impostos que são muitos, vamos falar essa é a questão, é que nem eu te falei, eu sou bem esclarecido na questão eu paguei quero retorno, e é isso ai ... onde está, é pergunta que eu não sei... mas dinheiro tem, isso não pode acabar nunca. Aqui em Santos tem muito dinheiro, Brasil tem muito dinheiro, mas é coisa certa, não é nada... é honestidade, é como que se chama, põe o coração na autoridade e parem de blablabla, só isso.

Entrevistador: E se o senhor pudesse falar assim: Ahhhh eu gostaria que tivesse esse serviço na Policlínica, o Senhor gostaria que tivesse alguma coisa que não tem e que tivesse aqui?

Entrevistado: Olha, para te falar a verdade, a questão que mais faltaria é psicologia, eu acho que não tem muitos psicólogos aqui. Eu não sei, eu nunca procurei, mas acho que isso ai encaixaria bem na questão humana, que é isso que nós precisa... o povo precisa humanidade, amor, carinho e paixão pelos mais afetados e falei tudo.

Entrevistador: Tá certo. E o Senhor tem alguma sugestão para o SUS ficar ainda melhor?

Entrevistado: Que continuem os mesmo, os médicos e que tenham paciência com nós.

Entrevistador: Muito obrigada.

ENTREVISTA 07:

Entrevistador: Você conhece o SUS?

Entrevistado: Sim.

Entrevistador: Você já usou o SUS?

Entrevistado: Já.

Entrevistador: Quando que você já usou?

Entrevistado: Não estou usando no momento?

Entrevistador: Você sabe o que quer dizer a sigla SUS?

Entrevistado: Sistema Único de Saúde.

Entrevistador: Então quando você vem aqui, você considera que você usa o SUS, e o que mais? Fala um outro serviço que não seja de policlínica que você acha que é o do SUS.

Entrevistado: Hospital de pronto atendimento como o UPA da vida, esses tratamentos que são gratuitos.

Entrevistador: Você tem alguma coisa, uma experiência positiva que você já passou utilizando o SUS? Policlínica, hospital, o que você considera que SUS, alguma coisa positiva para me contar, uma experiência positiva.

Entrevistado: Eu acho que assim, eu não tenho experiência em si positiva, eu acho que assim, hoje eu opto pelo SUS porque aqui eu consigo ser atendida em tudo que eu preciso. Nos atendimentos que eu não consigo aí eu vou recorrer para o particular, mas o SUS me atende em todas as minhas necessidades, então eu não preciso. Então assim, minha experiência é no geral, é de tudo isso, tudo que eu precisei até hoje eu consegui receber pelo SUS.

Entrevistador: E alguma experiência negativa que você já teve?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Quando a gente fala SUS, te soa como uma coisa positiva ou negativa?

Entrevistado: Positiva.

Entrevistador: Quando você vê no noticiário...

Entrevistado: Pra mim soa positivo, porque minhas experiencias com o SUS foram benéficas. Então não vem algum ruim na minha cabeça quando eu escuto a palavra.

Entrevistador: Você tem alguma sugestão que você gostaria para melhorar o SUS?

Entrevistado: Nossa. Olha eu não tenho, porque como eu te falei eu sou muito satisfeita com o atendimento, eu me atendo nessa unidade desde adolescente então todas as experiências foram ótimas, então não tenho que falar.

Entrevistador: Você tem convênio particular?

Entrevistado: Tinha e cancelei porque o SUS me atende.

Entrevistador: Se você pudesse pagar um convênio particular você deixaria de usar o SUS para usar o convênio?

Entrevistado: Não. Pela comodidade perto da minha casa

Entrevistador: Você já ouviu falar sobre Conselho Local ou Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Ouvidoria, você já ouviu falar de ouvidoria?

Entrevistado: Já, já ouvi falar.

Entrevistador: Bom, você já respondeu que você considera essa unidade como sendo SUS né?

Entrevistado: Sim.

Entrevistador: Quando você vem aqui na policlínica, você sabe quais os serviços que têm aqui?

Entrevistado: Não todos.

Entrevistador: O que você acha que tem?

Entrevistado: Desde clínica geral, eu falo pelos que eu passo, eu passo pelo clínico geral, dentista, ginecologista, pediatra, vacinas.

Entrevistador: E tem algum serviço que você gostaria que tivesse aqui? Você gostaria de chegar aqui e soubesse que existia uma coisa, algum atendimento.

Entrevistado: Psicologia, psicologia seria interessante.

Entrevistador: Mais algum?

Entrevistado: Não. Acho que, o que senti falta daqui foi isso, só psicologia mesmo.

Entrevistador: O que você pensa da estrutura da unidade? O prédio mesmo, o que você pensa?

Entrevistado: Tá muito boa, melhorou muito, na mudança pra cá.

Entrevistador: Você se sente bem quando você está aqui?

Entrevistado: Ambiente limpo.

Entrevistador: E do atendimento?

Entrevistado: Não tenho do que reclamar também, sempre fui bem atendida aqui.

Entrevistador: O que você pensa sobre os funcionários da unidade?

Entrevistado: Bom, o rapaz que fica na recepção é um figura sempre. É que nem eu te falei eu penso sempre muito bem, porque realmente eu não tenho queixas, eu nunca tive problemas. Na verdade, todo mundo foi sempre pro meu atendimento solicito em resolver a situação então, não fica aquela coisa de um jogando serviço pro outro. Não tenho o que reclamar.

Entrevistador: Você sabe o horário da unidade que funciona?

Entrevistado: Exatamente não, imagino que seja das sete às dezoito e trinta. Não sei exatamente o horário.

Entrevistador: Quando você precisa de um especialista, por exemplo você precisa passar em um ortopedista, no oftalmo, no cardiologista, você sabe qual é caminho que você tem que percorrer até chegar a ele, o que você tem que fazer?

Entrevistado: Normalmente o que eu faço é marcar o clínico geral, e esse clínico me encaminha.

Entrevistador: Se bem que você já me respondeu. O que mais te aborrece aqui, e o que mais te agrada?

Entrevistado: Me aborrece nada, e o que mais me agrada é o atendimento.

Entrevistador: Tem alguma coisa que você sugere para melhorar a unidade, mesmo você gostando, mas sei lá podia ter psicologia. Aí fora a psicologia, na unidade assim em geral, mais alguma coisa?

Entrevistado: Não, não tem.

Entrevistador: Você acredita que o SUS tem que acabar?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Por quê?

Entrevistado: Porque ele atende as pessoas de baixa renda, pessoas que não tem condições, enfim nem todo mundo tem plano, e se as pessoas não têm plano de saúde elas vão recorrer onde? A quem?

Entrevistador: E quando você escuta um noticiário, as vezes as notícias são assim um pouco de crítica ao SUS, você concorda com isso?

Não, não concordo.

Entrevistador: Mas você concorda que quando você vê a notícia, você acha que passa uma imagem positiva ou negativa?

Entrevistado: Negativa, negativa. Tanto que no caso meu marido ele é de São Paulo e a visão dele em São Paulo é muito ruim, e eu falo que Santos eu não tenho do que reclamar, porque Santos sempre me atendeu, a gente nunca precisou de plano de saúde aqui. Então assim, realmente eu acho que a visão, eu não sei devida a nossa região, mas fora da cidade a visão é muito ruim.

Entrevistador: E aí quando você vê uma crítica numa reportagem, que passa num jornal, na televisão você não concorda se tiver uma crítica negativa, sobre o SUS.

Entrevistado: Na verdade, devida a nossa região não. Acredito que isso pode acontecer em outras cidades como São Paulo, mas aqui na nossa região esse não é nosso problema na cidade.

Entrevistador: Você acha que quando uma pessoa chega na unidade, sem ela tá como uma consulta marcada e ela quer um encaixe, ela perdeu uma consulta, e ela quer passar pelo médico. Ela faltou, ela quer passar pelo médico. Ela chega na recepção e fala não, não tem como, por que a agenda já está cheia, e aí essa pessoa começa a discutir, a brigar com a pessoa que tá falando pra ela que ela não vai poder passar. O que você pensa disso? Você acha que teria que dar um jeito de encaixar essa pessoa? O que você pensa? Se você assistiu uma cena da pessoa brigando com recepcionista porque ele não quer agendar a consulta.

Entrevistado: Eu não concordo com a pessoa porque uma agenda é uma organização. Então tá tudo organizado naquela agenda, aquilo ali é o cronograma do dia, então nem sempre dá. Eu falo isso com propriedade porque eu trabalho com agenda. Nem sempre, as vezes eu posso tentar colocar um cliente, dependendo do problema ou da situação tentar um encaixe na falta de alguém. Então assim, acho que fica a critério da pessoa querer ficar e ver se realmente alguém falta e aí sim coloca no lugar, mas caso contrário eu não tenho obrigação, aí realmente

ela tem que fazer um agendamento e principalmente porque ela faltou. Assim como ela faltou, outras pessoas podem faltar, mais ou menos é assim que eu acredito que deve funcionar.

Entrevistador: Entendi. Como você acha que é financiado o SUS?

Entrevistado: O SUS como ele é financiado... pelos cofres públicos. Então se a gente paga impostos, a gente... O governo, digamos que ele se alimenta bastante do nosso dinheiro, e dali que sai o sustento da rede. Eu acredito que seja isso.

Entrevistador: Última pergunta. Vamos supor que você precise fazer um transplante de fígado, por exemplo. Você acha que o SUS consegue atender você nisso? Ou você pensa assim, nossa agora eu vou ter que pagar um convênio. Tô lascada.

Entrevistado: Nossa, eu nunca pensei nisso.

Entrevistador: Vamos pensar em uma situação complexa, né. Que você precise fazer um transplante e aí você não tem convênio, o que você pensa disso? Tô agora, não tem como, eu vou ter que providenciar o plano, ou você acha que o SUS é capaz de resolver?

Entrevistado: Olha, eu acho que o SUS é capaz de resolver. Posso estar enganada, eu nunca precisei, mas eu acho que o SUS resolveria sim. Eu acredito.

ENTREVISTA 08:

Entrevistador: Você sabe o que que é o SUS?

Entrevistado: Sistema Único de Saúde.

Entrevistador: E você sabe o que que ele é?

Entrevistado: Assim em termos, é gratuito né? Pago pelo Governo Federal, não é isso? Acho que é sim.

Entrevistador: Mas o que você acha que é? Ele oferece o que?

Entrevistado: Como assim?

Entrevistador: Quando você pensa em SUS, o que você acha que é o SUS?

Entrevistado: É uma consulta grátis, remédio grátis, penso assim.

Entrevistador: Então, você já utilizou o SUS?

Entrevistado: Já, várias vezes.

Entrevistador: Você considera aqui essa unidade, que você está cadastrado sendo SUS?

Entrevistado: Considero.

Entrevistador: Considera? Você sabe como que é financiado o SUS? Quem paga pelo SUS?

Entrevistado: Não, não sei.

Entrevistador: Você já teve convênio médico?

Entrevistado: Já, mas faz tempo.

Entrevistador: E você acha que se você voltasse a ter, você acha que você não ia mais precisar do SUS?

Entrevistado: Não. Iria.

Entrevistador: Por quê?

Entrevistado: Pra mim seria mais fácil, utilizar o SUS, entendeu?

Entrevistador: Então você acha que se você tivesse o convênio médico, mesmo assim você continuaria usando o SUS?

Entrevistado: Continuaria, continuaria.

Entrevistador: Você tem alguma coisa que você já... já aconteceu com você, utilizando os serviços do SUS... uma experiência positiva, alguma coisa que você gostou muito?

Entrevistado: O como se diz...o tratamento de dente é um deles, eu gosto. Já faz tempo que eu uso.

Entrevistador: E alguma coisa negativa, assim que você não gostou. Que já aconteceu com você e você não gostou?

Entrevistado: Não, eu não me lembro essa. Não tem. Não tem.

Entrevistador: O que você poderia sugerir para melhorar o SUS?

Entrevistado: Falar a verdade não tem o que sugerir não. Eu acho para mim excelente. O pessoal atende bem, eu pra mim eu acho né. Tem gente que não tem paciência também, quer tudo já na hora.

Entrevistador: Quando acontece alguma coisa, vamos supor, você veio aqui tentou uma consulta e não conseguiu ou qualquer outra coisa que você não ficou contente. Você sabe onde você pode reclamar?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Não? Você sabe o que é Conselho Local? Já ouviu falar?

Entrevistado: Não. Conselho Local não.

Entrevistador: E Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistado: Já ouvi falar, mas eu não sei nem onde fica.

Entrevistador: Mas sabe o que que é?

Entrevistado: Também não.

Entrevistador: Você sabe o que é ouvidoria?

Entrevistado: Ouvidoria? Um pouco, um pouco eu sei.

Entrevistador: Pode falar o que você achar que é.

Entrevistado: Mas eu nunca fui também, eu nunca precisei não.

Entrevistador: Mas o que você acha que é uma ouvidoria?

Entrevistado: É que, por exemplo, eu já ouvi falar sim, mas eu não... até eu passo de frente uma ali no Guarujá todo dia, na Vila República né? Que acho que até do município de Santos, que pertence a Santos também, eu não sei como que é, eu não entendo muito também. Mas eu não sei bem dizer o que significa não.

Entrevistador: Aqui nessa unidade que você está cadastrado, você sabe os serviços que tem, que ela oferece? Que você pode ter acesso?

Entrevistado: No caso odontologia, clínico, pra mulheres tem o ginecologista, pra criança né, médico de criança são os que eu sei mais.

Entrevistador: E o que você acha daqui, da unidade assim, da casa, do local?

Entrevistado: Bom, bom.

Entrevistador: Você gosta, acha que está tudo bem com a estrutura da unidade?

Entrevistado: Ta, ta.

Entrevistador: E sobre o atendimento, das pessoas aqui? Desde a recepção, os médicos, enfermagem?

Entrevistado: Bom. Pra mim nunca tenho do que reclamar nada.

Entrevistador: E sobre os funcionários?

Entrevistado: Não, não tem o que reclamar não.

Entrevistador: O que você mais gosta aqui na unidade?

Entrevistado: O tratamento de dente. (risos). É verdade.

Entrevistador: Tem alguma coisa que você gostaria de sugerir para melhorar?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: E alguma coisa que aborrece você aqui na unidade?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Tá jóia, obrigada viu.

ENTREVISTA 09:

Entrevistador: Você sabe o que dizer a sigla SUS?

Entrevistado: Sistema Único de Saúde.

Entrevistador: Você já utilizou o SUS?

Entrevistado: Já. Muitas vezes.

Entrevistador: Quando você utiliza o SUS?

Entrevistado: Nas consultas, quando eu sinto dores eu vou no médico.

Entrevistador: Vai aonde?

Entrevistado: Na UPA central ali na Zona Leste.

Entrevistador: Então quando você utiliza o SUS, você considera quando você vai até o UPA?

Entrevistado: Não só por isso. Quando eu faço os exames né, quando eu não preciso fazer exames, aí eu sinto alguma dor que eu não aguento aí eu vou na UPA ali, central, ali da Zona Leste.

Entrevistador: Você considera essa unidade como sendo do SUS, ou não?

Entrevistado: Sim.

Entrevistador: Fala alguma coisa, assim, que você já passou de experiência, quando você está usando os serviços de saúde, positiva. Alguma coisa que você gostou muito.

Entrevistado: Os médicos são bons aqui, a dentista é muito boa, o clínico, todos, não tenho o que reclamar de ninguém.

Entrevistador: Mas já aconteceu alguma coisa que você falou: nossa que legal! Alguma situação que você gostou bastante?

Entrevistado: Agora que eu me lembre não. Pra ser bem sincera não.

Entrevistador: E alguma coisa muito chata, negativa, que te marcou, que você não gostou?

Entrevistado: Ah, um atendimento de um médico que eu não gostei, eu achei ele meio desnecessário, só isso.

Entrevistador: Você tem alguma sugestão para melhorar o SUS?

Entrevistado: Eu acho que eles têm que dar um pouco mais de atenção, verificar os casos que têm grave né, que as pessoas realmente precisam, eu acho que as pessoas são meio esquecidas, no caso eu tô precisando de uma cirurgia bariátrica então eu tô correndo atrás, está sendo meio complicado.

Entrevistador: Você sabe o que é Conselho Municipal de Saúde? Já ouviu falar?

Entrevistado: Já ouvi falar. Mas eu não sei bem o que é.

Entrevistador: Você considera essa unidade que você está cadastrada sendo do SUS?

Entrevistado: Sim.

Entrevistador: E você sabe o que tem aqui, nessa unidade, para oferecer de serviço? O que você pode fazer aqui nessa unidade?

Entrevistado: Bom, eu não sei se tem mais ginástica, porque antigamente eu acho que tinha, né. Ginástica, tinha grupo de apoio para não fumantes, fumantes, pra diabéticos reuniões pra diabéticos, não sei se tem ainda por que estou meio por fora. Mas antigamente tinha, agora não sei.

Entrevistador: E quando você vem aqui, você acha que você vai ter o que aqui? Fora essas coisas que você falou, o que você consegue fazer aqui? Que tipo de serviços você acha que tem aqui?

Entrevistado: Fora as consultas eu não sei, sinceramente eu não sei. Assim, o que eles estão fazendo agora, o que a gente pode participar, não sei.

Entrevistador: O que você acha da estrutura dessa unidade.

Entrevistado: Ótima.

Entrevistador: Especificamente dessa daqui.

Entrevistado: Ótima. Muito boa.

Entrevistador: Por que você gosta?

Entrevistado: Porque eu acho o lugar limpo, o ar-condicionado funciona bem, eu acho que ela é ótima. Muito boa.

Entrevistador: E o atendimento aqui na unidade? Desde a recepção, quando você passa pelo médico, quando você pega remédio.

Entrevistado: Também, muito bom. Tem uns ou outros que são meios grosseiros, mas não são todos. É ótimo, eu gosto.

Entrevistador: Então, se eu te perguntar o que você pensa sobre os funcionários da unidade?

Entrevistado: São ótimos, só que tem uns ou outros que... tem uma exceção assim sabe? Que não são...

Entrevistador: E o horário da unidade?

Entrevistado: Ótimo também.

Entrevistador: Você sabe o horário que abre, horário que fecha?

Entrevistado: Sei, das sete da manhã às quatro da tarde.

Entrevistador: Quando você precisa passar por um especialista, por exemplo você precisa passar por um oftalmo, por exemplo, como você faz?

Entrevistado: Então, geralmente a gente precisa passar no clínico, do clínico encaminhar pro oftalmo.

Entrevistador: Quando você vem aqui, que mais te aborrece?

Entrevistado: O que mais me aborrece é às vezes não ter vaga. Às vezes a gente tá precisando pra alguma coisa urgente e não tem, aí tem que esperar. Se bem que, por enquanto esse ano, eu vim e já consegui tudo rápido. Mas o que aborrece mesmo, é isso, é a falta de... ahhh, liga pra tal canto... espera tal tempo... mas por enquanto eu não tenho do que reclamar porque consegui passar.

Entrevistador: E o que mais te agrada quando você vem aqui?

Entrevistado: O que mais me agrada é a recepção de alguns funcionários. Assim, gente que já conheço, que eu sou conhecida na policlínica, alguns me acolhem legal, isso que mais me agrada. Sou tratada bem, não tenho o que falar.

Entrevistador: Você tem alguma sugestão para melhorar aqui?

Entrevistado: Não. Acho que tá... no meu ponto de vista tá tudo bem.

Entrevistador: Você tem ou já teve algum convenio médico?

Entrevistado: Não. Nunca tive.

Entrevistador: Você já escutou em alguma vez que o SUS tem que acabar? Já ouviu essa frase em algum lugar?

Entrevistado: Nunca, até porque ele não pode acabar não.

Entrevistador: Não? Por quê?

Entrevistado: Porque ele e importante, né? Pra a gente que não tem Plano de Saúde, nada. Eu pra mim, sou totalmente contra o SUS acabar.

Entrevistador: Você sabe o que é Conselho Local?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: E ouvidoria?

Entrevistado: Ouvidoria eu sei. É pra reclamar, se tiver alguma reclamação liga na ouvidoria.

Entrevistador: Aí você tem que telefonar, é isso?

Entrevistado: Isso, telefona e seleciona o problema e eles vão falar: olha a gente vai verificar o que tá acontecendo, isso e isso, qual é sua reclamação.

ENTREVISTA 10:

Entrevistador: Você sabe o que é SUS? O que significa a siglas SUS?

Entrevistado: Sim sei, Sistema Único de Saúde.

Entrevistador: Você já utilizou o SUS?

Entrevistado: Sim, utilizo.

Entrevistador: Quando que você utiliza?

Entrevistado: Pra pediatra, com meus filhos, clínico geral, ginecologistas e odontologia agora.

Entrevistador: Você considera aqui a unidade que você está cadastrada sendo SUS?

Entrevistado: Sim.

Entrevistador: Você sabe como que é financiado o SUS? Quem paga pelo SUS?

Entrevistado: Eu creio que é o governo.

Entrevistador: Você tem ou já teve convênio médico.

Entrevistado: Não, nunca tive.

Entrevistador: Fala para mim uma experiência positiva que você já teve quando você está utilizando o SUS.

Entrevistado: Olha, a melhor que eu tive até hoje foi a minha bariátrica. Então eu estava na fila do SUS, há bastante tempo e eu consegui realizar em 2019 a cirurgia pelo SUS. Não gastei absolutamente um real, com nada, a não ser o pós com a minha medicação.

Entrevistador: Você fez onde?

Entrevistado: Eu fiz em São Paulo, no Oswaldo Cruz. Então, excelente hospital.

Entrevistador: E fala uma experiência negativa, que você não gostou quando você utilizou o SUS.

Entrevistado: Às vezes demora no pronto socorro, que a gente tá num processo de urgência e a gente quer um atendimento mais rápido. Mas assim, também é de se entender que tudo está sendo demorado, então assim, é compreensível. Mas só isso mesmo.

Entrevistador: Você já ouviu falar que o SUS tem que acabar?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Você sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Já ouviu falar?

Entrevistado: Já ouvi falar, mas nunca fui procurar saber.

Entrevistador: E Conselho Local?

Entrevistado: Também não.

Entrevistador: Você sabe o que é ouvidoria?

Entrevistado: Sim, ouvidoria já até reclamei uma vez também. Agora você me falando me veio na memória, onde a gente busca reclamar de algo que a gente não foi bem atendido, procurar saber uma resposta.

Entrevistador: Então se alguma coisa não te agradar você sabe onde reclamar?

Entrevistado: Sim, sim.

Entrevistador: É por telefone? Como que é?

Entrevistado: É, já reclamei por telefone e via WhatsApp agora também.

Entrevistador: Aqui, nessa unidade que você está cadastrada, você sabe quais são os serviços que tem para você?

Entrevistado: De meu conhecimento é: ginecologia, pediatria, vacinação, odontologia e clínico geral.

Entrevistador: O que você acha da estrutura da unidade?

Entrevistado: Maravilhosa. Pra mim é a melhor policlínica que tem aqui, não conheço as outras, mas aqui eu passo aqui desde trinta anos.

Entrevistador: E você gosta, então, do ambiente, do receptivo?

Entrevistado: Gosto sim.

Entrevistador: E do atendimento?

Entrevistado: Às vezes os moços ali da frente são meio cascudos, mas tirando isso, algumas vezes que a gente não está de bom humor no dia, mas eu gosto muito daqui.

Entrevistador: E os funcionários?

Entrevistado: Também, são muito bons.

Entrevistador: Sobre o horário da unidade, você sabe que horas começa e que horas termina?

Entrevistado: Creio eu, que seja das sete às vinte, né?

Entrevistador: E você gosta desse horário?

Entrevistado: Sim, é um horário bom e flexível pra quem trabalha principalmente.

Entrevistador: O que mais te aborrece quando você vem aqui nessa unidade, você fica brava ou irritada?

Entrevistado: Olha eu nunca tive nada negativo aqui, sempre eu fui muito bem atendida. Realmente se eu tivesse algo negativo para falar, eu falaria, mas até agora assim, eu não tenho

Entrevistador: E o que mais te agrada?

Entrevistado: Tudo. O atendimento, tem médico acessível pra gente, então tá de bom tamanho, não tenho nada realmente assim pra falar que não gosto.

Entrevistador: Quando você precisa passar por um especialista, por exemplo você precisa ir a um oftalmo, você sabe como que tem que fazer?

Entrevistado? Sim. Eles me orientaram, a gente deixa o papelzinho ali na frente, ou então agora é pelo 0800, a gente liga e agenda pelo 0800 as especialidades que a gente precisa.

Entrevistador: Mas você sabe se você vai direto ou se tem que passar antes em algum lugar?

Entrevistado: Passo no clínico geral, e o clínico geral encaminha para a especialidade.

Entrevistador: Quando você vai passar no médico, por exemplo não é nada urgente, aí você chega aqui e você não está com consulta agendada, né. E aí você é informada que só vai ter vaga para daqui uma semana, qual é sua reação?

Entrevistado: Às vezes a gente fica surpreso, porque geralmente era mais rápido isso. Agora você me fala e vem na memória, tem bastante tempo que eu não consigo passar no ginecologista. Então, quando eu passei com ela, eu fiz os exames eu não consegui retorno até hoje ela não viu meus exames. E uma outra coisa também é que assim, está uma briga para eu conseguir fazer o preventivo, já tem mais de dois anos que eu não consigo fazer o preventivo, vou até ver se eu consigo marcar hoje ginecologista de novo. Então assim, quando a gente vê a gente fica um pouco decepcionada, mas a gente tem que fazer o que? Tem que retornar na próxima data, que eles mandarem.

Entrevistador: E em uma situação dessa, o que você acha que a unidade deveria fazer? Você chegou aqui, quer passar, está precisando.

Entrevistado: Eu acho que assim, poderia ter um banco de agendamento, de espera. Se eu vim, eu acho que eu tinha que ter uma prioridade, por exemplo, que eu não vou conseguir vir amanhã, aí então, aquela pessoa que vai vir amanhã vai ter prioridade mais do que eu, porque eu vim hoje, então eu estou um dia na frente dela. Então o que poderia ter, assim anotar meu nome, na próxima vaga, olha surgiu uma vaga, você quer vir hoje? Um encaixe. Seria uma coisa bem legal.

Entrevistador: Você tem mais alguma sugestão para melhorar a unidade? Você deu essa, bem interessante. Mas fora isso, você tem alguma sugestão para melhorar a unidade?

Entrevistado: Não. Assim, eu venho algumas vezes, não venho tanto assim aqui no médico, mas assim, tudo que eu vejo está bem estruturado. Eu gosto muito da Prefeitura aqui de Santos em relação a tudo, eu acho que a gestão assim, temos o pessoal reclama muito do SUS, mas realmente eles não veem muita coisa que ta fora que assim a policlínica dá um respaldo muito bom aqui pra gente. Então tudo que eu necessito aqui eu tenho. Passo no clínico, tal medicamento, se têm, se não tem, olha vai chegar tal dia. Então assim, se eu não consigo pegar aqui eu consigo em outra policlínica e conseguir pegar a medicação. Então assim, a meu ver não tem muito o que ser feito. A minha queixa mesmo que nem essa, do ginecologista, mas eu tenho os exames, mas não tem a vaga. Então assim eu não consegui passar de jeito nenhum, nem um encaixe. Então agora quando eu voltar, eu vou ter que refazer todos os exames, porque já tem mais de um ano e meio e eu não consigo passar.