

ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL DA REDE DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NA PERCEPÇÃO DE UM USUÁRIO

Functional organization of the public health service of a city in sao paulo state, from a user experience

Ana Paula Silva Villari¹, Bernardino Geraldo Alves Souto²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde vem desenvolvendo políticas públicas preocupadas com o cuidado integral à saúde das pessoas. É importante, pois, verificar o andamento da aplicação de tais políticas, no sentido de avaliar o alcance dos seus objetivos. Portanto, com o fim de desbravar um caminho epistemológico para conhecer e avaliar a experiência do SUS de São Carlos, SP, com sua rede de cuidados à saúde, decodificou-se exploratoriamente a experiência de uma pessoa que procurou por assistência nessa rede. Tal decodificação se deu por meio da análise ideográfica da história de vida focal dessa pessoa sobre o cuidado que recebera. Detectou-se que o modelo assistencial em implantação ainda é pouco ágil, tem qualificação insuficiente para prover cuidado ampliado e integral, mas distribui seus recursos de modo democrático. Ademais, sustenta sua construção na Estratégia de Saúde da Família, na proposta de humanização do cuidado, na agonia do que ainda resta do antigo modo de assistência e na incapacidade do sistema privado local em prover cuidado numa dimensão além da já alcançada pelo SUS. Sua maior dificuldade é com a gestão operacional de suas propostas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde; Estudo de Caso.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a aplicação de um cuidado integral e ampliado à saúde por meio de ações compartilhadas entre todas as partes envolvidas, capazes de

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) has been developing public policies directed to the total care of people's health. Thus it is important to follow the efforts to apply these policies and evaluate the achievement of objectives. In order to clear an epistemological path toward gaining and analyzing experience with the SUS health care network in São Carlos, SP, an exploratory decoding was done on the experience of an individual that requested assistance from this public service system. This decoding was done through an ideographic analysis of the individual's narrative history about what was experienced when assistance was required. This revealed that the assistance model being implemented here is still not agile, has insufficient qualification to offer enhanced and total care, and instead allocates its resources in a democratic manner. Moreover, this model is sustained in turning to the Family Health Strategy, in the proposal for the humanization care, in the throes of what remains of the old system of care, and in the inability of the local private system to provide care in a dimension beyond what has been already achieved by the SUS. Its major obstacle involves the operational management of its various proposals.

KEY WORDS: Delivery of Health Care; Unified Health System; Health Services; Case Studies.

contemplar simultaneamente a proteção, a promoção e a recuperação do bem estar físico, mental e social das pessoas e coletividades. Operacionalmente, essa aplicação encontra possibilidade em um sistema de provisão de cuidado de natureza multiprofissional e intersetorial, articulado no

¹ Ana Paula Silva Villari, Graduação em Odontologia (UNAERP), pós-graduação em Endodontia (UNAERP) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UFSCar). E-mail: nanavillari@hotmail.com

² Bernardino Geraldo Alves Souto, Professor adjunto no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos.

formato de uma rede intercooperativa e intercomplementar composta por diversos equipamentos sociais e institucionais, mediada pela oportunidade de participação de cada sujeito, seja no cuidado de si próprio, seja da comunidade.¹

Nessa rede, diversos setores da administração pública, direta ou contratada, e serviços assistenciais com potencial de ajudar direta ou indiretamente no processo de promoção, proteção ou recuperação da saúde individual ou coletiva, relacionam-se a serviço do objetivo comum de ofertar às pessoas com necessidades de cuidado ampliado à saúde, pleno acesso à possibilidade de solução de sua demanda em todos os níveis necessários do cuidado.²

Tais redes de cuidado devem ser, portanto, dispositivos de atenção integral destinados à resolução dos problemas de saúde das pessoas ou coletividades capazes de garantir, para esses demandantes, acesso a toda a tecnologia disponível e necessária ao cuidado requerido, sob uma gestão integradora das diferentes instâncias assistenciais mediada por uma sistemática de controle social. Para dar conta desse objetivo, tem que ser aberta à possibilidade da formação e qualificação profissional em campo, à produção de tecnologia e de conhecimento, bem como à contribuição dos sujeitos demandantes de cuidado.²

Nesse sentido, a intersetorialidade assistencial articulada torna-se ferramenta estrutural para o SUS que se deseja e cuja aplicação exige esforço administrativo para que os diferentes setores das políticas públicas contribuam de forma sinérgica, coordenada e integrada.¹

A experiência da enfermidade, para qualquer pessoa, constitui-se em uma situação-problema e, por revelar a necessidade de novos conhecimentos, faz com que o indivíduo passe por um processo reflexivo que exige dele interpretações das manifestações do corpo sob seu contexto sociocultural.³

Algumas situações de adoecimento, como o câncer, expõem a complexidade do universo de necessidades dos pacientes e seus familiares, tanto de natureza clínica e psicológica, quanto socioeconômica e cultural, as quais também demandam cuidado adequado.²

Em torno dessa situação, além da doença física, aparecem as fantasias punitivas ou sentimentais forjadas, ou seja, o uso da doença como símbolo ou metáfora. Entretanto, é muito difícil fixar residência no país dos doentes e permanecer imune aos preconceitos decorrentes das sinistras metáforas com que é descrita sua paisagem.⁴

O estudo da trajetória de vida de um paciente, durante a enfermidade, oferece a possibilidade de compreensão profunda do vivido, pois permite a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado,

vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e lhes dão significado. Portanto, é uma importante forma de pesquisar o sentido da experiência humana.⁵

O entendimento da lógica do usuário, na busca por cuidado, permite-nos uma noção ampliada das trajetórias por ele empreendidas, sendo compreendidas como guias dos caminhos e produção de sentidos.⁶

A partir dessa compreensão, movimentos e ações dentro do SUS, com o propósito de organizar a assistência em rede de cuidados, estão acontecendo em vários lugares, de modo que a divulgação e o compartilhamento das diversas experiências ou estudos sobre o tema contribuam significativamente para o amadurecimento e a qualificação desses movimentos.

Em São Carlos, SP, por exemplo, implantou-se um modelo de gestão com o objetivo de construir um SUS fiel a seus princípios, cujo efeito prático ainda é cientificamente desconhecido, seja sob a percepção da própria gestão, seja sob a percepção das pessoas ou comunidades demandantes de cuidado em saúde.

Portanto, com o fim de desbravar um caminho epistemológico para conhecer e avaliar a experiência dessa localidade com sua rede de cuidados à saúde, desenvolveu-se o presente estudo qualitativo exploratório sobre a experiência de uma pessoa que se lançou na citada rede, motivada por uma doença grave, segundo sua própria perspectiva.

METODOLOGIA

Entrevistou-se em profundidade uma pessoa sobre sua experiência com a assistência que recebeu em dois momentos em que foi afetada pelo câncer. Ela teve câncer de mama há muitos anos, no tempo em que o sistema de saúde não era universalizado (antes da criação do SUS), quando foi tratada na esfera pública e ficou curada da doença. Recentemente teve outro câncer, desta vez na boca, e foi cuidada pelo SUS de São Carlos, SP, que hoje funciona em regime de gestão plena de sistema e dispõe de recursos locais nos três níveis de assistência (primário, secundário e terciário).

A citada entrevista ancorou-se em instrumento semiestructurado e flexível, interessado na construção da História de Vida Focal do sujeito, segundo Bellato *et al.*⁶, Britten⁷ e Minayo⁵ disparada a partir de duas questões: 1 - Como foram os atendimentos que você recebeu nas Unidades de Saúde, relacionados ao câncer? e 2 - Diante de sua experiência com os cuidados recebidos na rede de saúde, o que você gostaria de dizer para essa rede? Gravada em meio magnético, foi literalmente transcrita. Feita a análise ideográfica da entrevista, construiu-se o itinerário terapêutico

comparado do sujeito, relativo à experiência que teve com o antigo sistema de saúde e com o SUS que vigora atualmente. Confrontaram-se os achados daí derivados com a literatura de modo a construir-se uma primeira compreensão sobre a citada rede de cuidados, destinada à triangulação para um respectivo estudo de caso e à orientação de outros projetos de pesquisa sobre o mesmo objeto. É dessa primeira compreensão que trata o presente artigo.

O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos em 06/01/2011, segundo o parecer nº. 001/2011 relativo ao processo nº. 23112.004193/2010-22.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A trajetória da pessoa no sistema de saúde

Ao procurar por cuidado na rede de saúde de São Carlos, SP, a entrevistada demonstrou ter noção da hierarquização do sistema de saúde e seguiu o respectivo fluxo com a expectativa de conseguir resolver seu problema:

“... então, primeiro, quando saiu a ferida na boca, fui no postinho. Do postinho me encaminhou pro CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) né. Ali fez a biópsia e deu câncer. Daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME (Centro de Especialidades Médicas)...”

No contexto dessa noção e à luz de uma experiência com o antigo sistema de saúde não universalizado, anterior ao SUS, quando teve câncer de mama, havia uma expectativa em relação à agilidade do tratamento mediada pela crença de que, já sendo cliente antiga do médico que iria atendê-la no Centro de Especialidades, seu percurso seria agilizado. Ao perceber que o vínculo em que se apoiara não ajudou conforme esperava, compreendeu que o médico tornou-se limitado pelo sistema, não tendo mais a mesma autonomia de antes. A frustração que sentiu foi tão grande que ficou “apavorada”:

“... daí me encaminharam pro posto de especialidades, no CEME, com o Dr. VH, que eu até já era paciente dele, já tinha feito uma cirurgia nas costas com ele... Daí fui lá com o Dr. VH, ele falou que ia demorar uns três meses (para ter acesso ao recurso terapêutico), eu fiquei apavorada né...”

Pelo visto, a princípio, ela confiou no fluxo do sistema e procurou respeitá-lo seguindo-o conforme instruída.

Acreditava, também, na força do vínculo com o médico pela agilidade da assistência. Apavorou-se ao perceber que esse antigo mecanismo de agilização da assistência não existia mais; tornara-se subordinado à organização de um sistema que, em sua percepção, era lento e, portanto, angustiante.

A esse respeito há que se considerar que, se por um lado pode parecer que o novo sistema de saúde seja uma organização hierárquica e verticalizada, sistematicamente obstruída em sua eficiência pelo modo como funciona, por outro, pode-se crer que esse novo modelo tenha priorizado a relação institucional com o demandante, sobre a pessoal, no que diz respeito ao acesso à assistência de saúde, como um efeito de sua democratização. Ou seja, se antes as relações de favor e amizade entre a pessoa com necessidades de cuidado e um trabalhador do sistema de saúde representavam uma via natural de acesso à assistência, no novo modelo esse caminho tem cedido espaço para a relação institucional entre o sistema de saúde e o cidadão.

Mas, voltando à nossa entrevistada, movida pelo apavoramento consequente à falta de agilidade do modelo assistencial em resolver o problema que a afligia, procurou por caminhos alternativos aos oferecidos pela organização do sistema de saúde, segundo sua própria percepção a respeito dessas alternativas como possibilidades, mas ainda dentro da esfera pública da assistência:

“... daí eu fui, não sei como que chama, o negócio do câncer da mulher, lá perto da Santa Casa... Fui ali pra saber se eles podiam me encaminhar pra Jaiú, eles falaram que não, que não tinha encaminhamento nenhum, daí eu voltei pra casa, daí me informaram que, talvez, em Araraquara eu fosse atendida. Fui até Araraquara, lá olharam tudo, a dentista, ela falou: - olha, aqui não podemos fazer nada, mas vou dar uma carta pra senhora, a senhora paga uma consulta particular e eu vou dar um bilhetinho pra entregar pro médico. Daí eu fui no médico. Então, ele me atendeu e me passou pro Hospital do Câncer. Daí eu fiquei aguardando...”

No âmbito local, segundo percebido pela entrevistada, a esfera pública colocou-a diante de uma fatalidade contra a qual não havia possibilidade. Inconformada, buscou recurso público novamente, porém em outra localidade e fora do fluxo organizacional do sistema. Nessa outra tentativa, encontrou acolhimento visto que seu problema foi reconhecido com empatia embora ali também não houvesse condição operacional para o atendimento, pelo menos lhe indicou um caminho em busca de uma possibilidade assistencial na qual

ela tinha alguma crença, porque fundamentada no vínculo pessoal conforme era sua percepção a respeito do modelo antigo de assistência. Assim, ela recuperou-se da frustração sentida com a percepção de que esta via não existia mais, na nova proposta de cuidado em saúde. O “bilhetinho pro médico” representava a ressurreição dessa via mais ágil para o encontro do que desejava dentro do sistema de saúde.

Não obstante, o próprio sistema de saúde deu alguma margem à violação de suas vias formais ao indicar à nossa entrevistada recurso a um serviço privado por vias não institucionais, assumindo, assim, que, ainda que possa ser algo humanizado, não consegue ser eficiente na medida da expectativa de quem dele precisa.

Talvez isso possa ser interpretado como a fase de transição do sistema de saúde, em que o novo figura com uma organização que ainda não se completou e, portanto, convive com frestas operacionais sobre sua própria proposta e réstias do antigo ainda subsistema por não terem sido substituídas na medida necessária à demanda.

Apesar de todas as tentativas, a demandante continuou frustrada tendo em vista que, ainda que tivesse ido ao setor privado ou buscado ultrapassar a falta de agilidade inicialmente sentida no fluxo da assistência pública, não teve alternativa a não ser esperar.

Nessa experiência em que a agilidade assistencial não existe independentemente da via pela qual é buscada, nossa entrevistada retornou ao sistema público de saúde motivada por questões afetivas. Esse, talvez, seja o momento em que ela se apegou ao objeto humano do cuidado, uma vez que não viu diferença considerável no objeto técnico, oferecido pelos sistemas formal, informal, público ou privado, ainda que tenha, inicialmente, priorizado o objeto técnico em reconhecimento à importância biológica de sua demanda, reforçada pela frustração de que o vínculo pessoal com o médico não lhe seria operacionalmente útil.

A cirurgia foi programada em dois locais diferentes, ao mesmo tempo. Entre as duas opções, ela escolheu o sistema de saúde do município de São Carlos, ainda que em meio a uma relação fragilizada com o mesmo:

“... Lá em Jaú fui aguardando, aguardei três meses também lá, não foi rápido também... Daí marcaram aqui no dia 17 de maio e lá ia ser no dia 21 de maio, na segunda-feira... Então, meu filho achou que eu devia ir lá, mas eu falei não, melhor eu fazer a cirurgia aqui, que tá todo mundo aqui, fiz a cirurgia aqui.”

É interessante notar que, embora no início da sua busca por assistência tenha dado significativo valor ao

componente humanizado do cuidado pela forma afetiva como tratou sua relação com a equipe de saúde da família que a encaminhara ao Centro de Especialidades e o vínculo que tinha com o médico do nível secundário da atenção, percebeu que esse componente, isoladamente, não resolveria seu problema na medida esperada. Tal percepção forçou-a a concentrar-se nas alternativas técnicas que, do mesmo modo, não foram eficientes em relação às suas expectativas por não terem resultado na agilidade assistencial esperada. Não obstante, entre duas necessidades ou desejos relacionados ao cuidado não suficientemente satisfeitos por meio dos equipamentos sociais, ela fez uma escolha num ambiente próprio, não dependente desses equipamentos. Pelo menos neste, encontrou uma parte do que precisava para se cuidar, representada pelo lado afetivo do cuidado. Nesse momento, a opção foi retornar ao fluxo convencional da assistência pública de saúde, amparada pelo apoio psicossocial encontrado em seu espaço existencial privado. Outra curiosidade é que esse espaço, em nenhum momento, fora identificado pelo sistema de saúde como uma possibilidade de alívio de suas angústias.

Nesse retorno, nossa entrevistada revisitou o sistema de saúde com outro foco. Desta vez, o da humanização do cuidado.

Mesmo conhecendo as limitações do sistema, demonstrou valorizar a assistência humanizada e a sensação de sentir-se acolhida. Essa humanização e acolhimento influenciaram positivamente o desenrolar do tratamento e reforçaram a escolha feita pela entrevistada, o que ficou evidente quando ela concluiu que “muda tudo”:

“Os profissionais têm que ter paciência porque, como eu falo pra você, se é uma pessoa nervosa, o profissional não dá atenção, ela fica desesperada, o profissional tem que ter paciência e amor naquela pessoa; aquela pessoa não tá indo lá porque quer: é uma necessidade. Olha, von falar um negócio pra você, o Dr. VH não é uma pessoa de conversar muito, mas é muito atencioso; então você se sente bem com a pessoa. Agora, se é um médico que nem olha na sua cara, você fala com ele e ele é estúpido, fica mais doente, fica nervosa, daí fica doente, daí sua pressão sobe, descontrola, muda tudo.”

A entrevistada também tornou-se paciente, em consequência da humanização do cuidado, e mais compreensiva em relação ao novo modelo assistencial. Acatou, devido a isso, o modo como esse sistema passou a se organizar e encontrou alívio para sua angústia dentro desse sistema, ainda que o mesmo não seja perfeito ou ideal.

A caracterização do modelo assistencial

Nossa entrevistada teve duas experiências diferentes com o sistema de saúde. Uma, no passado, quando teve câncer de mama, e outra mais recente, quando precisou de cuidados devido a um câncer na boca. Ao relacionar tais experiências entre si, percebeu que o sistema de saúde mudou:

“No começo, quando operei a mama, foi maravilhoso, fui atendida tudo com urgência. Naquele tempo o SUS era diferente, né; nem era SUS, nem lembro como falava naquele tempo...”

Observa-se que essa percepção se deu sobre referenciais pareados: em ambas as vezes, o problema foi o câncer. Isso significa que a comparação feita pela entrevistada entre dois momentos do sistema de saúde tem significativa probabilidade de não ter sido influenciada pelo agravo que a motivou a utilizá-lo, o que reforça a possibilidade de coerência entre a sua percepção e a realidade comparada desse sistema.

No âmago de sua percepção sobre a mudança do processo assistencial, identificou, à luz de suas expectativas, no mínimo, uma limitação da qualidade no modo como o sistema de saúde funciona atualmente, caracterizado pela falta de agilidade. Ao que parece, a agilidade em resolver o problema do usuário foi muito importante para nossa entrevistada uma vez que ela vinculou esse atributo a um conceito de perfeição ao dizer que, por ser ágil, o sistema era “maravilhoso”. Desse modo, ela construiu uma noção de que o sistema de saúde vigente demanda aperfeiçoamento.

Ao fazer essa identificação, a entrevistada tentou encontrar uma razão para sua imperfeição e inferiu que o motivo pode estar no grande volume da demanda atual em relação ao que ocorria no passado.

“Era tudo mais rápido. Acho que tinha menos gente, né...”

A esse respeito, temos que o salto mais significativo dado pelo sistema brasileiro de saúde, no século passado, foi a universalização da assistência a partir da embriogênese do SUS, na segunda metade da década de 1980. Essa proposta de universalização foi impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e arquitetada constitucionalmente em 1988. Além da garantia do acesso universal às ações e aos serviços de saúde, outras questões foram amadurecidas a partir daí, como a busca pela equidade e pelo aumento do financiamento público para a saúde, a unificação e a integração das ações, e a garantia de oportunidades à população para participar ativamente

da formulação, implantação e implementação das políticas de saúde e do controle de sua gestão.

O acesso universal é a aplicação do direito de todos ao acesso aos recursos necessários à promoção, proteção e recuperação de sua saúde nos diferentes níveis de complexidade e nos diversos serviços envolvidos. Substituiu, pois, o modelo contributivo de seguro social, o qual condicionava o acesso apenas aos contribuintes da Previdência Social e, ainda assim, praticamente restringia-se ao tratamento de agravos.⁵

Essa revisão da política nacional de saúde aumentou o volume de beneficiários do sistema público de cuidados à saúde pela inclusão dos que anteriormente eram segregados pela representação da indigência, bem como ampliou as atribuições desse sistema pela incorporação de ações que extrapolam o tratamento de doenças, como medida isolada. É preciso, pois, conforme notado pela entrevistada e pelos estudiosos do assunto, que o novo modelo se adapte a tal contingência.

Em seguida, a respondente explicou que seu conceito de agilidade para o sistema de saúde é função da resolubilidade do mesmo e definiu-a como o foco de sua expectativa, ao ponto de deixar claro que a morosidade assistencial é significativamente angustiante:

“... eu não preocupo, quero resolver, a única coisa é que quero que seja logo. Dessa vez fiquei nervosa, quero resolver logo, fui prum lado... fui pro outro né...”

É possível que essa angústia esteja superestimada pela percepção da respondente sobre a gravidade da sua doença, o que pode intensificar seu desejo de uma solução de curto prazo, mas é real e, provavelmente, não derivada somente dessa percepção. A desproporção entre a expectativa da pessoa e a capacidade de resposta do serviço pode gerar no demandante de cuidado uma frustração que pode ser percebida como uma deficiência do sistema de saúde, ainda que o mesmo seja eficiente. Nesse sentido, a assistência precisa incorporar e compreender a expectativa de seu usuário em relação ao processo de cuidado e adotar estratégias para o alívio do sofrimento derivado da desproporção entre um e outro.

Segundo nossa entrevistada, a humanização do atendimento pode ser uma dessas estratégias. Conforme ela explicou, a angústia pode ser reforçada pelo atendimento desumanizado e minimizada pela humanização da assistência que, em sua experiência, teve oportunidade por meio da atitude do médico que a atendera:

“... antes era o postinho da SP. Eu não gostava muito de lá, nem do atendimento e nem do médico; médico estúpido,

não gostei do médico de lá. Mas, no postinho (daqui) não. Nossa... Dr. C. trata a gente (muito bem). Vocês também. Uma beleza, as meninas também, todo mundo [...] são muito atenciosos.”

Essa fala traz, ainda, uma percepção interessante - porque vinda de um usuário do sistema de saúde - que vai ao encontro da intenção do SUS de qualificar e humanizar a assistência na rede de cuidados, oferecendo uma atenção ampliada e integral, provida por equipe multiprofissional, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).¹ Nossa entrevistada teve uma experiência com o atendimento desumanizado numa Unidade Básica de Saúde não ligada ao Programa de Saúde da Família que ela mesma focalizou no médico (conforme tradicionalmente é o tipo de cuidado uniprofissional médico-centrado prestado por esse tipo de Unidade de Saúde), e outra com o atendimento humanizado que ela projetou na equipe multiprofissional, conforme o tipo de cuidado proposto pela ESF.

A esse respeito, foi significativamente valorizada a postura pessoal de quem trabalha no SUS para a qualidade do cuidado:

“As pessoas não me trataram mal não. Foram todas legal comigo; todas me trataram muito bem. Dr. VH foi muito bom. Não tenho queixa deles...”

A partir daí, a respondente sintetizou sua percepção sumária sobre o sistema de saúde vigente da seguinte maneira:

“Isso é bom, mas, ao mesmo tempo, hoje tem muita gente. Hoje eu tenho Unimed, porque assim, eu tenho vários problemas, né. Fiz cirurgia do coração, pressão, essas coisas tudo... então se você marca, tem que ir no postinho, o postinho tem que passar pra especialidade... até voltar demora muito. Com o Dr. C. o postinho é maravilhoso. Ele atende a gente que é uma beleza, mas, ele não é especialista em todos os caso, né. Então, quando precisa de especialista o postinho demora; se precisa de exame demora. Tanto é que quando fiz a cirurgia teve vários exames que fiz particular porque ia demorar muito e eu tava afobada e nervosa com a minha situação, né.”

Pelo visto, ela percebeu que o sistema público de saúde tem uma hierarquia institucional de fluxo lento, caracterizada pela diferença de resolubilidade entre os diversos níveis da atenção. Definiu a atenção básica como acolhedora, mas pouco resolutiva; muito dependente, pois, do

restante da rede de cuidados e subordinada às deficiências desta. Identificou que, paralelamente a este sistema, há um recurso privado ao qual precisa recorrer para não sofrer desgastes relacionados às deficiências operacionais do sistema público, compreendendo que a agilidade do sistema privado, comparada à do sistema público, deriva do pequeno número de demandantes que ao mesmo recorrem. Ainda nessa comparação entre público e privado, valorizou a humanização no sistema público.

Nessa síntese, portanto, a entrevistada entendeu que, para que o SUS se torne mais ágil e resolutivo, precisa ampliar sua capacidade instalada; e que o não atendimento a essa demanda dá oportunidade de sobrevivência ao setor privado na área da saúde. Pelo visto, a tendência dela é favorável ao sistema público, mas os problemas estruturais e funcionais deste impelem-na a manter algum apego ao sistema privado.

Nesse sentido, foi objetiva quanto ao significado do papel e da postura dos trabalhadores do SUS para a tendência demonstrada:

“... porque se você é bem atendida você até tolera certas coisas.”

Ou seja, é devido à prática dos profissionais da assistência que ela ainda “tolera” os problemas estruturais e funcionais do SUS. Assim, nossa entrevistada colocou o problema do SUS no âmbito institucional e não no âmbito pessoal de quem trabalha diretamente na assistência. Desse modo, as pessoas que trabalham no SUS têm o potencial de, por meio da forma como atuam, compensar algumas fragilidades do sistema, ou seja, para a entrevistada, o problema do SUS é de gestão e não de pessoal técnico.

Nessa direção, reforçou a importância da empatia e da postura do profissional da saúde na relação de cuidado com cada paciente, até mesmo no sentido de ajudá-la a suportar os defeitos do sistema.

Não obstante, só a postura pessoal de quem trabalha na assistência não é suficiente para a qualidade que se espera de um cuidado em saúde. É importante, também, qualificação técnica desse pessoal:

“Quando eu tava com a sonda de alimentação, eu não sei como é que foi, de noite, se bati a mão, tirei a sonda, daí eu perguntei lá no postinho; eu não, foram perguntar pra mim lá, meu filho, não sei, diz que lá não dava pra colocar, não sei por que, então mandou que eu fosse no Hospital-Escola, e lá uma enfermeira me atendeu. Menina... mas ela não tinha prática... que sacrifício que eu sofri. (para recolocar a sonda)”

O limite da integralidade

Sobre o que se seguiu ao tratamento cirúrgico sofrido pela entrevistada, ela ficou com uma seqüela a respeito da qual fez o seguinte comentário:

“O médico daqui falou pra minha nora que não fez o implante, enxerto... sei lá como chama aquilo... Porque ficou com medo que estourasse a minha boca. Então [...] ficou assim como tá agora, né...”

Ao dizer “o médico daqui”, a respondente se referiu ao sistema de saúde local representado por um profissional, diante de uma limitação técnica relacionada à sua reabilitação, ou seja, a retirada do tumor, ainda que tenha dispensado a necessidade de outro tratamento para o mesmo, não significou, na percepção da entrevistada, que sua necessidade de cuidado tenha se encerrado. Ela precisou de uma reabilitação que, entretanto, foi-lhe apresentada pelo sistema de saúde local como uma impossibilidade, a qual foi atribuída à própria condição clínica da demandante.

Contudo, na visão dela, essa impossibilidade talvez fosse derivada de uma limitação do sistema de saúde ou da qualificação do médico e não da sua condição, demonstrando certa desconfiança em relação a ambos. Na tentativa de ultrapassar essa limitação, buscou recurso em outra localidade e procurou fundamentar sua necessidade de reabilitação valorizando o significado da seqüela:

“O médico de Jaú... Eu estive lá, agora no dia 21, e eu falei pra ele que eu tive a infecção na boca, que o osso tava pegando na dentadura. Ele disse que não podia fazer nada porque eu tinha feito a cirurgia aqui. Então, lá, só se fosse um caso de câncer que ele iria atender.”

Mais uma vez ela se viu diante de um sistema de saúde de eficácia limitada, onde, como em São Carlos, o câncer poderia ser tratado, mas não seria possível a reabilitação. Captou, ainda, uma mensagem referente à falta de comunicação entre os sistemas de saúde de localidades diferentes, ao entender, na fala do médico da outra cidade, que uma vez feita a cirurgia numa localidade, não seria possível buscar a reabilitação da seqüela em outra. Até então, o que se tem é que o cuidado foi interrompido antes de se completar, e a entrevistada acabou persuadida pelo argumento de que chegara ao limite da possibilidade terapêutica e que esse limite já era suficiente e seguro, ainda que, para ela, pudesse continuar representando algum problema. Assim, acomodou-se novamente no sistema de saúde local

por meio do vínculo que tinha com o mesmo, mas numa atmosfera de preocupação:

“... voltei no Dr. VH, que era pra eu voltar, né. Voltei lá e falei pra ele; ele falou pra mim que o osso não vai caminhar mais, que vai estacionar e fica assim mesmo. Bom, se ficar assim mesmo, não tá machucando... É porque eu falei assim pra ele: - Dr. e esse osso aqui? Ele olhou tudo. - Tá quase batendo na dentadura aí. Será que vai continuar caminhando? Como será que vai ser? Porque se ficar batendo vai dar problema, né? Ele olhou, mexeu tudo direitinho... (e disse): - não, isso aí vai estacionar, é assim mesmo. Então, vai ficar assim mesmo.”

Um comentário que podemos introduzir é que o foco da reabilitação abordado pelo sistema de saúde limitou-se ao aspecto fisiopatogênico do problema da entrevistada, do mesmo modo como foi objetivado por ela. Assim, perdeu-se a oportunidade de oferecer-lhe uma reabilitação subjetiva relacionada ao significado da seqüela e o desconforto psicológico daí derivado.

CONCLUSÃO

A experiência do caso apresentado mostrou que o sistema de saúde de São Carlos conseguiu abordar adequadamente o problema objetivamente biológico (a doença), mas não deu conta de ultrapassar esse limite no sentido de alcançar uma recuperação integral da pessoa em relação ao fenômeno do adoecimento, ao deixar de cobrir as necessidades de saúde estéticas, físico-funcionais e psicológicas derivadas da própria doença. Restringiu-se a cuidar somente da parte desta que punha em risco a vida do sujeito e não cuidou adequadamente da parte estético-funcional da lesão induzida pela doença e seus respectivos significados para a pessoa. Ainda que organizado num sistema de rede, não teve infraestrutura técnica para o cuidado integral nem qualificação para identificar integralmente o conjunto de necessidades de saúde do indivíduo, ou seja, ofereceu um cuidado centrado no fluxo assistencial e na doença, mas não no sujeito.

Não obstante o novo modelo assistencial em desenvolvimento em São Carlos, SP democratiza o acesso ao cuidado em saúde, ainda que de modo burocratizado, no sentido de fazer com que esse acesso seja determinado por mecanismos institucionais que tendem a garantir igualdade de oportunidades em oposição aos mecanismos pessoais de garantia de privilégios individuais. Entretanto ainda não está consolidado e convive com a subsistência de um

formato antigo e de sentido inverso que pressiona contra as fragilidades do novo modelo, derivadas da sua própria incompletude, o que dá oportunidade a tentativas de violação da nova proposta, em defesa de alguns interesses privados. Contudo o novo modelo conta com, pelo menos, quatro itens que o reforçam: o modo operativo da Estratégia de Saúde da Família, a proposta de humanização do cuidado, a agonia do que ainda resta do antigo modo de assistência e a incapacidade do sistema privado em prover cuidado numa dimensão além da já alcançada pelo SUS.

Na prática, a rede não tem agilidade, provavelmente devido não só à desproporção entre a demanda assistencial e a capacidade instalada, mas também à desproporção entre a expectativa do demandante e a capacidade de resposta, o que é angustiante para quem precisa dessa rede. Não obstante, a possibilidade oferecida pela humanização e pelo cuidado multiprofissional trabalhados por meio da ESF, aliados a uma postura pessoal acolhedora e respeitosa por parte dos trabalhadores da assistência, pode aliviar essa angústia e subtrair seus agravantes subjetivos. Em resumo, a rede de cuidados à Saúde de São Carlos tem reconhecido o cidadão como sujeito social, mas falta-lhe qualificação técnica e funcional para que possa prover o cuidado ampliado e integral previsto constitucionalmente. Ainda que tenha problemas com a qualificação técnica de alguns trabalhadores, tem como ponto forte a tendência a um cuidado humanizado. Sua maior dificuldade, no momento, relaciona-se à gestão de um conjunto de propostas assistenciais comprometidas com os princípios do SUS num contexto de limitada condição físico-funcional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e reco-

mendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 72 p.

2. Santiago SM, Andrade MGG. Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Ateliês do cuidado - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO; 2008. p. 243-53.

3. Rabello MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 264 p.

4. Sontag S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1984. 108 p.

5. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406p.

6. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, *et al*. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008;10(3):849-56.

7. Britten N. Entrevistas qualitativas. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 23-31.

Submissão: julho/2011

Aprovação: janeiro/2012
