



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

MIRELLE DE BRITO GOMES

**SABER LOCAL SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
BRASILEIRO**

Salvador
2009

MIRELLE DE BRITO GOMES

**SABER LOCAL SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Msc. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Salvador
2009

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Gomes, Mirelle de Brito

Saber local sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro / Mirelle de Brito Gomes. – Salvador, 2009.

58f.

Orientadora: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2009.

Contém referências e apêndices.

1. Saúde pública - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Pereira, Ana Paula Chancharulo de Moraes. II. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida.

CDD: 614.0981

MIRELLE DE BRITO GOMES

SABER LOCAL SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em ____/____/____, Salvador-BA.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora - Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Universidade do Estado da Bahia

Examinadora - Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Universidade do Estado da Bahia

Examinadora – Rhanes Oliveira da Hora
Universidade do Estado da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais Miguel e Jesuíta, responsáveis maiores pela minha formação profissional. E também aos mestres, por compartilharem nossos ideais e serem comprometidos com a formação de novos atores na área da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter transformado fraqueza em força em todos os momentos, pela vocação do cuidar traduzida no exercício da Enfermagem, pela conquista da formação profissional.

A todos os profissionais do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia – mestres, diretores, coordenadores, técnicos administrativos – pela compreensão e apoio no decorrer do curso, pela dedicação e compromisso com a excelência da formação de seus universitários.

A professora Ana Paula Chancharulo, pelo modelo de profissional competente e atuação humanizada, pela amizade e carinho, pela orientação deste trabalho.

A técnica de enfermagem Noemi Souza, pela colaboração como intermediadora e facilitadora da pesquisa na Unidade de Saúde da Família proposta para o presente estudo.

Aos meus pais, pelo amor e dedicação, por tantas vezes que renunciaram seus próprios sonhos para que nós, seus filhos, pudéssemos realizar os nossos, por estarem sempre na defesa do nosso sucesso e felicidade. Aos meus irmãos pelo carinho e amizade. A Alan, pelo amor e cumplicidade, por suportar e compreender a minha ausência.

A minha amiga Sara, por me presentear com sua amizade sincera, por tantas vezes que me acolheu com suas palavras doces e verdadeiras, por toda troca de experiência e companheirismo nessa árdua trajetória.

E a todos aqueles que se fizeram especiais nos momentos de aprendizado, pela paciência, incentivo e dedicação.

RESUMO

As bases potenciais para o exercício da participação popular em saúde são ampliadas pelo acesso à informação. Sob essa perspectiva, desenvolvemos este trabalho com o objetivo de analisar o conhecimento do usuário sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, verificamos a percepção dos sujeitos da pesquisa sobre o sistema público de saúde, as ações e serviços de saúde pelos usuários identificados, a noção sobre Conselho de Saúde e os meios de informação utilizados para conhecer o SUS. Foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa com nove usuários, escolhidos aleatoriamente, que buscavam assistência à saúde numa Unidade de Saúde da Família da cidade de Salvador - Bahia. A coleta de dados foi desenvolvida a partir de uma entrevista semi-estruturada que contemplava os objetivos delineados neste estudo. Os depoimentos foram gravados, transcritos fidedignamente e, posteriormente, analisados de acordo com a semelhança das respostas, depreendendo-se as seguintes categorias empíricas: Perfil dos Sujeitos da Pesquisa, Conhecimento sobre o SUS, Controle Social, Informação sobre o SUS e Impressão sobre os Serviços Públicos de Saúde. Os resultados revelaram que há um significativo desconhecimento do que é de fato o SUS, tanto no que concerne a sua concepção, estrutura, organização e funcionamento, quanto a seus limites e avanços. Ainda paira sobre os usuários a imagem-objeto de serviços precários destinados a população carente. Constatamos também que os Conselhos de Saúde permanecem espaços institucionais de participação invisíveis para a população e, por conseguinte, não se verifica um efetivo controle social nas políticas de saúde. Ademais, percebemos que a mídia em geral conduz o debate sobre as questões que envolvem o SUS com uma carga de negatividade, limitando a transferência de informação às dificuldades de acesso à assistência médico-curativista, ao invés de mostrar a magnitude do sistema de saúde vigente. Assim, os achados nos levaram a refletir sobre o desafio da democratização do conhecimento nesse setor e, respectivamente, sobre a demanda em caráter emergencial de políticas e ações de informação e comunicação que tornem o SUS público à população.

DESCRITORES: SUS; Participação comunitária; Conhecimento.

ABSTRACT

The potential bases for the exercise of popular participation in health are enhanced through access to information. From this perspective, we developed this work in order to analyze the knowledge of the User on the Unified Health System (SUS). To this end, we verify the perception of the research subjects on the public health system, the actions and health services identified by users, the notion of the Health Council and the media used to meet the SUS. We conducted a descriptive study of qualitative approach with nine users, randomly chosen, who sought health care in a Health Unit of the Family of Salvador - Bahia. Data collection was developed from a semi-structured interview which included the goals outlined in this study. Their statements were recorded, faithfully transcribed and then analyzed according to the similarity of the responses, deduced the following empirical categories: Profile of the Subjects of Research, Knowledge about SUS, Social Control, Information and Printing SUS on Public Services Health The results revealed that there is a significant lack of knowledge that is indeed the SUS, both as regards their design, structure, organization and operation, as to their limits and progress. Still hanging on users to image-object services precarious for the poor. We also note that the Boards of Health remain institutional spaces for participation invisible to the population and, therefore, there is an effective social control in health policies. Moreover, we realize that the media in general leads the debate on the issues surrounding the SUS with a load of negativity, limiting the transfer of information to the difficulties of access to curative medical care, instead of showing the magnitude of the current health system . Therefore, the findings led us to reflect on the challenge of democratization of knowledge in this sector and, respectively, on demand as an emergency policies and actions of information and communication to make the public SUS population.

DESCRIPTORS: SUS; Community participation; Knowledge

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO DA PESQUISA	13
3.1 INFORMAÇÃO: PRINCÍPIO NORTEADOR PARA O EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO ...	13
4 METODOLOGIA	17
4.1 TIPO DE PESQUISA	17
4.2 CAMPO DE ESTUDO	17
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	18
4.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	18
4.5 COLETA DE DADOS.....	19
4.6 ANÁLISE DE DADOS	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	21
5.2 CONHECIMENTO SOBRE O SUS	24
5.2.1 Quanto à sigla SUS	24
5.2.2 Quanto aos princípios, diretrizes e organização	26
5.2.3 Quanto aos serviços e ações oferecidos	29
5.3 CONTROLE SOCIAL.....	33
5.3.1 Quanto à definição de Conselho de Saúde	33
5.3.2 Quanto à existência de Conselho de Saúde	34
5.3.3 Quanto à finalidade do Conselho de Saúde	36
5.4 INFORMAÇÃO SOBRE O SUS	37
5.4.1 Quanto à fonte de informação	37
5.4.2 Quanto ao conteúdo da informação	40
5.5 IMPRESSÕES SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	56
ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

Na história das políticas públicas de saúde no Brasil, observamos que a participação da sociedade civil nos processos decisórios foi duramente negligenciada, principalmente no período ditatorial. Assim, em meio a um descontentamento com o sistema de saúde previdenciário e uma grave crise econômica e social nessa época, surgiram movimentos sociais na defesa de melhores condições de vida, o que acabou por determinar a formação do Movimento Sanitário Brasileiro.

O Movimento Sanitário foi constituído pela união de movimentos sociais organizados e não organizados, envolvendo associações comunitárias, movimento de mulheres, Igreja, sindicatos, profissionais de saúde, intelectuais, em suma, a sociedade civil, do campo e da cidade, vinculados ou não a área da saúde. O envolvimento de todos os segmentos da sociedade brasileira foi fundamental para a formulação de um projeto de caráter justo, equânime e universal: a Reforma Sanitária Brasileira.

Embasado numa concepção ampliada de saúde, o Movimento Sanitário reivindicava por reformas de base. Quer dizer, lutava por melhores condições trabalho, moradia, saneamento básico, educação, além da mudança do modelo de saúde vigente. Assim, a Reforma Sanitária pode ser considerada um projeto social, articulado a uma estratégia global para a sociedade, tendo em vista a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação de capital. (BRASIL, 2009)

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foram intensamente discutidas as propostas da Reforma Sanitária: participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde. Para Paim (2003), a partir desse momento histórico e político, a Reforma Sanitária Brasileira foi assumida como potencial transformador social e da condição sanitária, simultaneamente. Paralelo a esse passo importante rumo à reformulação do sistema público de saúde, constatamos uma ampla participação da população.

Já em 1987, com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, o Movimento Sanitário, aliando-se à frente parlamentar ligada à saúde, conseguiu aprovar no texto constitucional, dentre outras demandas: um conceito amplo de saúde; a “saúde como um direito de todos e dever do Estado”; e a instituição de um

Sistema Único de Saúde (SUS), organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular na formulação, acompanhamento e controle da execução das políticas de saúde.

Como confere Moraes (2006), na luta histórica da sociedade brasileira pela defesa da melhoria da saúde têm-se sofrido derrotas e alcançado vitórias. Dentre os triunfos, destacamos: a Constituição Federal de 1988, em seus Artigos 6º e 196 a 200, que regulamenta a saúde no país; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei nº 8.142 de 1990, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e, mais recentemente, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 333 de 2003 que delibera sobre a estruturação dos conselhos de saúde.

Todavia, não podemos desconsiderar que o sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta graves problemas à sua efetiva consolidação. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, esses problemas podem ser classificados em torno de grandes desafios a superar, assim resumidos: desafio da universalização, do financiamento, do modelo institucional, do modelo de atenção à saúde, da gestão do trabalho no SUS e da participação social (BRASIL, 2006). Julgamos estar ausente desse debate outro importante entrave, o desafio da informação no SUS na perspectiva de um processo de comunicação interativa que permita à população conhecer e entender o sistema de saúde, como observam Tavares *et al.* (2003).

Completados de fato 18 anos de implantação no Brasil, o SUS parece alcançar sua maioria em meio à desinformação e descrédito. A impressão que temos é que a população ainda desconhece seu processo de construção e nem sequer assimila o direito à saúde como um direito universal.

Nesse sentido, concordamos que “garantir a todos o direito à Saúde requer o reconhecimento da titularidade aos cidadãos e a ampla participação destes no ciclo da política pública em saúde” (TOVAR, 2006, p.57). Segundo Silveira *et al.* (2006), essa participação nos processos decisivos do setor saúde está relacionada, necessariamente, pelo desenvolvimento do conceito de cidadania, entendido como direito e dever do cidadão de participar ativamente de processos relevantes de interesse público, como é o caso da saúde, e para benefício da coletividade.

Para Tavares *et al.* (2003), um dos maiores desafios à gestão democrática das instituições públicas, no sentido de garantir maior equidade de suas ações, passa pela dinâmica que articula e processa a informação e o conhecimento nas diversas

instâncias de sua produção e sua forma de socialização com os diversos atores e segmentos da sociedade. É imperativo entender as questões relacionadas à acessibilidade ao conhecimento e a informação em saúde para que possamos debater sobre a democratização das ações e serviços de saúde no Brasil.

Como referem Silva *et al.*(2007), na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, se faz necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, o efetivo conhecimento do SUS, da Legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, dentre outros, para acompanhar, estimular e avaliar o sistema de informações em saúde no nível municipal, estadual e nacional.

Concordamos com Moraes (2006) quando diz que, ‘o poder’ e ‘o saber’ (que inclui conhecimento e informação) são faces de uma mesma moeda. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, o que amplia a competência argumentativa em espaços conquistados de participação.

Diante das vivências acadêmicas, observamos que os usuários – incluem-se muitos gestores e profissionais de saúde – associam ao SUS a idéia de serviços precários prestados à população carente. Além deste contexto do senso comum, também nos deparamos com a imagem em geral negativa transferida pelos meios de comunicação de massa. Enfim, a população devido a inúmeras falhas no processo (é fato) não consegue visualizar e reconhecer o todo – o complexo sistema, somente a(s) parte(s) – os obstáculos a assistência médico-curativista.

A inspiração inicial deste trabalho teve sua origem a partir de inquietações suscitadas na disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva I, as quais fizeram surgir reflexões sobre o desafio da informação no SUS para a qualificação da participação social. Além disso, nossa própria experiência – completa desinformação pessoal em relação ao SUS anterior à inserção no curso de Enfermagem – torna pertinente o esforço de pesquisa realizado para verificar o conhecimento/informação que as pessoas possuem sobre o SUS.

Diante das considerações abordadas, estabelecemos a seguinte questão de pesquisa: o que usuário de uma Unidade de Saúde da Família conhece sobre o SUS? Como questões norteadoras, analisaremos: qual a percepção do usuário sobre o SUS? Quais ações e serviços são utilizados pelos usuários? Qual o

conhecimento do usuário sobre Conselho de Saúde? Qual(s) o(s) meio(s) de informação utilizado(s) para conhecer o SUS?

A contribuição dessa pesquisa se dará através do esclarecimento do saber local sobre o SUS ao passo que avançamos em direção às respostas as indagações sobre os limites das políticas e práticas de saúde. Com isso, poderão ser identificadas estratégias para o processo de construção da democratização efetiva do sistema, tendo em vista a socialização do conhecimento, a qualificação das ações de educação em saúde e o fortalecimento do controle social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o conhecimento do usuário de uma Unidade de Saúde da Família sobre o SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a percepção do usuário sobre o SUS;

Identificar quais ações e serviços utilizados pelo usuário;

Verificar o conhecimento do usuário sobre Conselho de Saúde;

Relatar qual(s) o(s) meio(s) de informação utilizado(s) pelo usuário para conhecer o SUS.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO DA PESQUISA

3.1 INFORMAÇÃO: PRINCÍPIO NORTEADOR PARA O EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO

“Participação popular é a concretização da participação cidadã em questões de interesse coletivo, cotidianas e comuns a todos, portanto, de conhecimento de todo e qualquer cidadão, o saber local” (DORNELLES; LOCKS, 2003, p. 350). Segundo Chauí (2003) *apud* Silva *et al.* (2007), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem, em especial, a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber. Nessa perspectiva, entendemos que o conhecimento do usuário sobre o SUS pode favorecer ou não o processo de consolidação do sistema. Quanto mais o usuário se apropria das questões relacionadas à organização, financiamento e gestão do SUS, bem como das estatísticas epidemiológicas, mais competência terá para avaliar as políticas de saúde e argumentar novas estratégias.

Após duas décadas de implantação do SUS, deparamos com usuários subordinados a maus-tratos assistenciais, aceitando e fortalecendo a premissa de que os serviços públicos são serviços de beneficência. Tornou-se uma constância histórica a negação ao direito da universalidade, integralidade e, porque não dizer, participação popular. E como cobrar acesso universal, assistência integral e participação se, na maioria das vezes, nunca foram esclarecidos e não são conscientes nem sequer sobre os direitos humanos universais: saúde, educação, moradia, trabalho etc.

A capacidade da sociedade de criar, construir e implementar as várias formas de participação guarda relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da própria sociedade. (BRASIL, 2006)

A informação está aliada à capacidade de distribuição de poder. “O aparato que envolve a informação em saúde necessita estar a serviço dos sujeitos políticos; sendo assim, o acesso às informações precisa ser democratizado e as barreiras existentes, superadas” (SILVA; CRUZ; MELO, 2007, p.684).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reconhecia que o pleno exercício do direito à saúde implicava em garantir a educação, a informação, a

participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, assim como a livre organização e expressão. (OLIVEIRA, 2004)

Com o advento do SUS, novas relações entre Estado e sociedade foram estabelecidas. Dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, concebidos ainda no Movimento da Reforma Sanitária e consagrados na 8ª CNS, o princípio do inciso III do artigo 198 da Constituição Federal de 1988 – participação da comunidade – estabelece o papel central do usuário e descentraliza a dimensão política de gestão, destacando a relevância da inclusão dos atores sociais e políticos no processo decisório.

A lei que organiza o sistema nacional de saúde, Lei Orgânica 8.080, de 1990, reafirma a participação da comunidade no SUS. Além disso, a partir de sua constituição ratificou-se a importância da informação da população como suporte fundamental para um eficaz controle social do sistema, como refere Tavares *et al.* (2003).

Já a Lei 8.142 de 1990, retomou a preocupação em garantir a participação popular, regulamentando a criação de espaços institucionais, as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências possuem o papel preponderante de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde e os Conselhos formulam estratégias e atuam no controle da execução das políticas de saúde. (ASSIS, 2003)

De acordo com Costa e Noronha (2003), as Conferências e os Conselhos de Saúde, são, embora não exclusivos, instrumentos de Controle Social. Não podemos deixar de contemplar os mecanismos de participação individual: disque-saúde, caixas de queixas e sugestões e ouvidoria de saúde. Toda ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos específicos em relação ao SUS, está no contexto do que chamamos de Controle Social. Portanto, o controle social expressa o objetivo de controle da sociedade sobre a política de saúde.

Assim, o controle social e a democratização da informação se reforçam mutuamente. Teria que haver uma confluência entre o interesse do usuário em acompanhar e exigir uma boa qualidade do serviço prestado pelo SUS, com o interesse do serviço em informar e ser informado sobre suas falhas e inadequações, no esforço de aprimorar, cada vez mais, suas ações e possibilitar visibilidade e transparência no exercício da prática cotidiana. (ASSIS; VILLA, 2003)

A informação possui uma dimensão política e estratégica nos processos decisórios da sociedade. Ainda segundo Assis e Villa (2003, p.330):

A informação seria um elemento fundamental para a gestão e o controle social do SUS, por meio do desenvolvimento e implantação de uma rede de informações que abranja todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e promova a articulação entre as instituições produtoras de informações, de modo a relacionar os dados de saúde com bases de dados demográficos, socioeconômicos e financeiros, permitindo, por exemplo, a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias, epidemiológicas e de atividades de produção de serviços, desenvolvidas nas instituições de saúde das esferas nacional, estadual, municipal e local. (ASSIS; VILLA, 2003)

A 11^a e a 12^a Conferências de Saúde, realizadas em 2000 e 2003, respectivamente, reafirmaram, com mais ênfase e de maneira mais refinada, a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação e o controle social da sociedade nas ações e nas políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2004). A partir disso, os relatórios finais dessas Conferências de Saúde vêm apontando a necessidade de se constituir instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade, valendo-se de diferentes mídias para informar sobre o funcionamento do SUS. E ainda, como referem Tavares *et al.*, (2003), definiram como problema central, a falta ou o pouco conhecimento/informação a respeito do SUS por parte dos conselheiros, usuários e profissionais de saúde, tanto no âmbito legal como operacional.

Todo o arcabouço jurídico é de fundamental importância para que avancemos na implementação do sistema de saúde vigente no país, no entanto, o cotidiano de serviços nos mostra uma realidade que aponta para o descompasso entre legislação e a *práxis*. (SOUZA; BEZERRA; MARQUES, 2003)

Apesar dos recentes avanços advindos da descentralização das ações de saúde, os gestores do SUS têm como desafio fazer com que as informações sobre a saúde e sobre o SUS cheguem a todos os setores da sociedade, principalmente os usuários, por meio de meios acessíveis e diretos, como, por exemplo: rádio, televisão, jornal, internet etc., permitindo maior agilidade na informação e orientação da população; mensagens em linguagem popular, em folder e materiais utilizados nas escolas, em revistas em quadrinhos e outras de grande circulação e/ou de penetração junto a públicos específicos; plenárias de discussão e divulgação do

SUS nos estados e municípios; programas educativos veiculados pela mídia, esclarecendo o que é o SUS, o que faz e como faz. (BRASIL, 2001)

Para Assis e Villa (2003), se o desafio é instituir um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas em gestões colegiadas e participativas, com mecanismos de controle social, é urgente a definição de uma política de informação em saúde que garanta a comunicação e divulgação de dados consistentes e transparentes em articulação com instituições de saúde e áreas afins que possam contribuir na identificação, processamento e análise crítica de dados e indicadores de saúde, permitindo o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados ou não identificados, como de relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Enfim, já completados mais de cinco anos da realização da 11^a Conferência Nacional de Saúde, não conseguimos visualizar a implementação das estratégias propostas naquele momento. Pensamos que os Conselhos de Saúde continuam invisíveis, em sua maioria, bem como não constatamos os meios de comunicação em massa divulgando e informando de forma efetiva sobre o SUS. Dessa forma, torna-se pertinente verificar, a nível local, se a falta ou o pouco conhecimento/informação a respeito do SUS ainda paira sobre os usuários, que acreditamos deveriam ser os maiores interessados em acompanhar o funcionamento do SUS a fim de exercer o controle social.

Segundo Vázquez *et al.* (2005), embora diversos estudos analisam os fatores que influenciam os processos de participação social em saúde, parecem ser escassos os estudos destinados a avaliar os níveis de informação da população sobre os mecanismos institucionais de participação, como condição prévia para sua possível utilização, assim como a extensão da utilização destes mecanismos pela população em nível local.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

É exploratório porque tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Ademais, os estudos exploratórios têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato pesquisado (GIL, 2002).

O estudo também é caracterizado como descritivo porque possibilita descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos. É qualitativo por enfatizar a compreensão da experiência humana como é vivida, através da coleta e da análise de materiais subjetivos, narrativos, usando procedimentos flexíveis que evoluem no campo (POLIT *et al.*, 2004).

A pesquisa qualitativa em saúde, segundo Minayo (1994) *apud* Texeira (2002), trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário Liberdade da cidade de Salvador-Bahia. A USF possui quatro equipes de saúde da família que atende em torno de 16.000 (dezesesseis mil) indivíduos adscritos no território de abrangência, bem como a população que reside nas adjacências da unidade através da demanda aberta.

A escolha da USF se deu pelo fato da pesquisadora na fase de elaboração do projeto de pesquisa estagiar na referida unidade. Isso tornaria a fase de coleta de dados mais viável, haja vista que a graduanda cumpria uma carga horária intensa em meio a atividades curriculares e extra-curriculares no período previsto para realização da referida etapa da pesquisa. Importa ressaltar que, essa expectativa não obteve sucesso devido o Comitê de Ética apresentar parecer favorável ao

projeto de pesquisa em momento distinto do cronograma. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada no período em que a pesquisadora não possuía mais vínculo com a unidade.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários da unidade acima citada. Considerando que “usuário” é aquele que, direta ou indiretamente, utiliza as ações e serviços de saúde no SUS, as entrevistas foram desenvolvidas com indivíduos que estavam buscando assistência à saúde, cadastrados ou não-cadastrados ao Programa de Saúde da Família.

Importa ressaltar que, os usuários foram abordados na sala de espera enquanto aguardavam atendimento. O número de entrevistados não foi pré-estabelecido, o critério usado foi a observação de repetição no padrão das respostas e opiniões pelo estudo. Com base nesse critério, o estudo contou com uma amostra de 09 pessoas.

Como critério de inclusão, estabelecemos a idade mínima do entrevistado em 18 anos. Partiu-se do princípio de que com essa idade o adolescente já esteja concluindo ou tenha concluído o ensino médio que, de acordo com o Ministério da Educação, deve abordar noções básicas de saúde, além de não necessitar de autorização de responsáveis para participar do estudo.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas e científicas foram respeitadas, tendo em vista a Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (VASCONCELOS, 2002, p. 315).

Assim, antes da coleta de dados a pesquisadora submeteu o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciência e Tecnologia (FTC), que após análise emitiu parecer favorável, conforme documento de registro nº 667 (ANEXO 1).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após aceitação e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), no qual o participante esteve respaldado legalmente e autorizou sua participação livre e voluntária no estudo. O entrevistador tornou evidente ao participante do estudo, que lhe seria assegurado o anonimato, resguardando-lhe o direito, inclusive, de não concluir a entrevista, se assim desejasse.

O pesquisador ainda elucidou que o instrumento de pesquisa dispunha de um conjunto de questões que visam verificar o conhecimento do usuário de uma Unidade de Saúde da Família sobre o SUS. O conjunto de questões compreende itens de dados referentes a percepção do usuário sobre o SUS, as ações e serviços utilizados pelo usuário, seu conhecimento sobre Conselho de Saúde e o(s) meio(s) de informação utilizado(s) para conhecer o SUS.

A coleta de dados foi executada em duas etapas no mês de maio de 2009. Importa destacar que, essa fase da pesquisa foi desenvolvida por meio de uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), sendo gravada devido a escolha unânime dos entrevistados diante dos objetivos delineados no estudo. A duração dos depoimentos ocorreu numa média de 06 a 10 minutos.

De acordo com Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele, a fim de que os objetivos sejam alcançados.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A técnica de análise escolhida para o tratamento dos dados empíricos foi análise de conteúdo. De acordo com Duarte (2002), na pesquisa qualitativa, os dados precisam ser organizados e categorizados segundo critérios relativamente flexíveis e previamente definidos, de acordo com os objetivos da pesquisa. É um trabalho árduo e, numa primeira etapa, mais “braçal” do que propriamente analítico.

Minayo (1992) *apud* Minayo (Org.) (1994) aponta três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

Para Polit *et al.* (2004), a análise e interpretação são atividades constantes e concorrentes, usadas para orientar as pessoas para a próxima amostra e para as perguntas e observações a serem feitas. O processo verdadeiro de análise de dados envolve o agrupamento dos tipos relacionados de informação narrativa em um esquema coerente. À medida que a análise e a interpretação evoluem, o pesquisador começa a identificar os temas e as categorias que são usados os dados para constituir a teoria descritiva dos fenômenos.

A análise dos dados seguiu a divisão cronológica proposta por Minayo (Org.) (1994), abrangendo as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise ocorreu a organização do material a ser analisado. Assim, fez-se necessário a realização de uma leitura do material para então definirmos os segmentos expressivos que conduziam aos objetivos da pesquisa. A exploração do material compreendeu a aplicação da abordagem anterior e foram imprescindíveis várias leituras dos materiais. E na fase do tratamento dos resultados buscou-se conhecer o conteúdo, voltando à investigação para os aspectos que estamos a analisar.

O estudo trabalhou com categorias empíricas, as quais foram desenvolvidas a partir da coleta de dados, e com categorias teóricas, relacionando o estudo com uma fundamentação teórica sólida.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas depreendeu-se as seguintes categorias empíricas: Perfil dos Sujeitos da Pesquisa; Conhecimento sobre o SUS a qual foi dividida em três subcategorias (quanto a sigla SUS, quanto aos princípios, diretrizes e organização e quanto às ações e serviços oferecidos); Controle Social, também analisada em três subcategorias (quanto a definição se Conselho de Saúde, quanto a existência de Conselho Local de Saúde e quanto a finalidade de Conselho de Saúde); Informação sobre o SUS, subdividida em duas categorias (quanto a fonte de informação e quanto ao tipo de informação) e Impressão sobre os Serviços Públicos de Saúde.

5.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

De acordo com Pedrosa (1997) e Dias (1998), os conceitos formados pela população emergem da interpretação e representação do mundo em que vivem. Portanto, na perspectiva que as percepções e impressões dos indivíduos refletem suas vivências determinadas num contexto histórico, político, sócio-econômico e cultural, consideramos ser necessário a categorização dos sujeitos da pesquisa quanto a faixa etária, sexo, nível de instrução e renda.

Os dados podem ser analisados de acordo com as tabelas abaixo:

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo faixa etária. Salvador, Ba, Maio de 2009.

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
18-27	1	11,1	-	-	1	11,1
28-37	2	22,25	1	11,1	3	33,4
38-47	2	22,25	-	-	2	22,2
48-57	1	11,1	-	-	1	11,1
58-67	1	11,1	1	11,1	2	22,2

A amostra foi constituída por 09 usuários que estavam buscando assistência à saúde, dos quais 07 (77,8%) pertencem ao sexo feminino e 02 (22,2%), ao sexo masculino. Cabe ressaltar que, foram abordados usuários de ambos os sexos. Dessa forma, o relevante número de participantes do sexo feminino na pesquisa pode ser remetido ao cotidiano das unidades de saúde, tendo em vista que a demanda por serviços de saúde é maior por mulheres. Além disso, não podemos desconsiderar que a existência de vários programas de saúde destinados a esse público – consultas de saúde da mulher, pré-natal e ainda que não exclusivo, planejamento familiar – intensifica a presença feminina nas unidades. Essa constatação é extremamente significativa quando pensamos que principalmente a mulher, diante de suas vivências, é o formador de opinião junto à família sobre os serviços de saúde.

A faixa etária dos entrevistados variou entre 18 e 62 anos, tendo os homens 34 e 61 anos, respectivamente. A partir da Tabela 1, podemos observar que as mulheres tiveram idades compreendidas em todos os intervalos de faixa etária. Além disso, notamos que os entrevistados, considerando ambos os sexos, estão incluídos principalmente na faixa etária dos 28 a 37 anos (33,4%), porém não houve uma diferença relevante se compararmos a distribuição em outras faixas etárias. Diante desses dados, compreendemos que a maioria dos sujeitos do presente estudo tem idade suficiente para ter vivenciado políticas de saúde centralizadoras e excludentes em décadas passadas e, por conseguinte, o processo de construção do SUS. Partindo desse pressuposto, os entrevistados tornam-se capazes para identificar os avanços e limites do sistema de saúde atual.

Cabe destacar que, o nível de escolaridade foi definido como o maior grau de educação formal completado pelo entrevistado ao momento da entrevista, de acordo com sua informação. Com base neste dado, os entrevistados foram classificados nos estratos:

- analfabetos ou com primário incompleto (menos de 4 anos completos do ensino fundamental)
- primário completo (4 anos completos do ensino fundamental)
- primeiro grau completo (8 anos completos ou ensino fundamental completo)
- segundo grau completo (11 anos completos ou ensino médio completo)
- terceiro grau completo (universidade, 14 anos ou mais)

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo nível de instrução. Salvador, Ba, Maio de 2009.

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade						
Analfabetos ou < de que 4 anos completos	-	-	-	-	-	-
4 anos completos	4	44,4	-	-	4	44,4
8 anos completos	1	11,1	-	-	1	11,2
11 anos completos	2	22,2	2	22,2	4	44,4
Universidade	-	-	-	-	-	-

Na Tabela 2, verificamos a distribuição dos entrevistados segundo o nível de escolaridade. Podemos concluir que, a maior parte das mulheres (4/7) concluiu apenas o 'primário', a minoria das entrevistadas (1/7) concluiu o 'primeiro grau' e um número intermediário (2/7) finalizaram o 'segundo grau'. Contudo, se considerarmos os entrevistados em sua totalidade, verificamos que a parcela daqueles que completaram 04 anos do ensino fundamental é igual ao percentual dos que concluíram o ensino médio (44,4%), enquanto 11,2% terminaram o ensino fundamental. Ademais, na amostra nenhum entrevistado possui menos de 4 anos de instrução e/ou nenhum dos participantes chegou ao nível superior de ensino. Ressaltamos que, o nível de escolaridade implica nas condições de acesso a conhecimento e informação, sobretudo nas questões ligadas ao campo da saúde. Sob essa perspectiva, lembramos que somente na universidade a pesquisadora deste estudo obteve conhecimento efetivo sobre o SUS.

No que se refere à renda familiar, consideramos como a soma dos rendimentos brutos obtidos mensalmente por todos os indivíduos da família segundo a percepção dos entrevistados, incluindo-se salários, aposentadorias e demais rendimentos. Para efeito didático classificamos a renda familiar com base no valor atual do salário mínimo (R\$ 465,00 reais).

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo renda familiar. Salvador, Ba, Maio de 2009.

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Renda familiar						
(salário mínimo)						
< 1	3	33,3	-	-	3	33,4
1-2	4	44,4	1	11,1	5	55,5
2-3	-	-	1	11,1	1	11,1

Analisando a distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo renda familiar, notamos que a maior percentagem dos entrevistados (55,5%) corresponde àqueles que recebem entre 1 a 2 salários mínimos. Enquanto que 33,4% possuem renda mais baixa, de menos de 01 salário mínimo. Além disso, somente 11,1% dos entrevistados obtêm entre 2 a 3 salários mínimos (Tabela 3). Logo, compreendemos que a baixa renda, sob a perspectiva da promoção da informação, pode reduzir as possibilidades de acesso aos meios de comunicação tais como televisão, rádio, jornais, internet etc.

5.2 CONHECIMENTO SOBRE O SUS

5.2.1 Quanto à sigla SUS

As entrevistas tiveram início com o questionamento sobre o significado da sigla SUS. Dentre os entrevistados, 06 (66,7%) definiram como Sistema Único de Saúde e 03 (33,3%) afirmaram não saber.

Visando compreender o objeto de estudo de forma ampliada, buscamos relacionar os achados com os fatores que podem influenciar no grau de conhecimento dos entrevistados em relação ao tema discutido. Para tanto, correlacionamos a identificação da sigla SUS com o grau de instrução e renda familiar dos sujeitos da pesquisa. Os resultados podem ser analisados na tabela 4.

Tabela 4. Identificação da sigla SUS pelos sujeitos da pesquisa segundo nível de escolaridade e renda familiar. Salvador, Maio de 2009.

	Sigla SUS			
	Definiram		Não definiram	
	n	%	n	%
Escolaridade				
4 anos completos	1	11,1	3	33,3
8 anos completos	1	11,1	-	-
11 anos completos	4	44,4	-	-
Renda familiar (salário mínimo)				
< 1	1	11,1	2	22,2
1-2	4	44,4	1	11,1
2-3	1	11,1	-	-
TOTAL	6	66,7	3	33,3

Tomando como base a Tabela 4, verificamos que a maior parcela (44,4%) dos entrevistados que identificou corretamente a sigla concluiu o ensino médio. Além disso, os entrevistados que negaram conhecer a sigla tem em comum o baixo nível de escolaridade – somente ‘primário completo’. Portanto, esse desconhecimento pode ser relacionado ao grau de instrução dos usuários. Entretanto, não podemos analisar esse fator de forma isolada uma vez que um entrevistado com o mesmo grau de instrução soube definir a sigla de forma adequada.

Ademais, a renda pode ser considerada outro fator estreitamente ligado à falta de esclarecimento discutida, a saber: os três entrevistados em questão possuem renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo.

Após vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro, ainda verificamos usuários que desconhecem o significado da sigla SUS. Segundo Vázquez *et al.* (2005), as causas deste baixo nível de informação são, provavelmente, múltiplas.

Em 2002, o CONASS através da pesquisa nacional “A saúde na opinião dos brasileiros” já indicava que era baixo o nível de identificação do SUS pela população. No referido estudo, apenas 35% dos entrevistados souberam citar,

espontaneamente, com precisão, o que significa “SUS”. Enquanto mais de 55% admitiram não conhecer o significado da sigla. Entre as regiões, o maior nível de desconhecimento ocorreu no Nordeste (62%) e o menor, no Sul (49%). E somente depois de devidamente estimulados pelos entrevistadores, o percentual dos que souberam identificar o que é “SUS” cresceu para 88,5%. (BRASIL, 2003).

5.2.2 Quanto aos princípios, diretrizes e organização

Os sujeitos quando questionados sobre princípios, diretrizes e organização do Sistema Único de Saúde, apresentaram grande dificuldade de expor suas percepções acerca destes aspectos. Sendo unânime entre os participantes o desconhecimento acerca do tema.

Situação similar foi encontrada por Tavares *et al.* (2003) em estudo realizado em um bairro de classe média alta do município de Vitória, Espírito Santo, o qual objetivava desvelar o nível de entendimento da população sobre o que é Sistema Único de Saúde. Os pesquisadores analisaram que a complexidade da linguagem, incluindo o excesso de siglas, dificulta a compreensão do sistema. E ainda observaram que, a existência de uma linguagem ‘SUSista’, em sua extrema especificidade, parece tornar a informação cada vez mais inacessível para a população e mesmo para os trabalhadores da saúde.

Com efeito, nossos dados reforçam a análise desses autores que, trabalhando com a visão popular referente ao SUS, apontam semelhanças em diferentes tempo e espaço e, concomitantemente, em distintas condições sócio-econômicas e culturais.

Eu não entendo bem direito, mas eu acho que é um convênio né do governo... creio que seja isso... (E5)

Ao analisar as falas dos entrevistados, sob o aspecto da organização, funcionamento e finalidade do SUS, percebemos que os usuários imprimem ao SUS a idéia de serviços de qualidade precária destinados à população menos favorecida sócio-economicamente. Os relatos citados abaixo ilustram tal afirmação:

É um sistema que... é uma necessidade propriamente dita do governo que ajuda as pessoas de baixa renda da melhor maneira possível, mas muitas vezes não é atendido... (E1)

Além disso, um entrevistado observa o distanciamento entre o plano teórico e a práxis, ainda que não tenha conhecimento da legislação, da Constituição Federal de 1988 a qual garantiu a criação do sistema único de saúde brasileiro, bem como da Lei Orgânica nº 8.080, de 1990, que regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento do SUS. A falta da concretização dos direitos que não saem do papel fica clara na fala do usuário:

Bom... cuidar da saúde do povo, do brasileiro, né? Mas é muita... muita coisa no papel mas que na verdade na vida prática a gente vê que é muito pouco (...) pra tratar da saúde da gente no sentido é... físico, emocional, né... é muita coisa mas que na verdade você fica até sem saber porque na hora de você usar o sistema você não tem... (E3)

Bosi e Affonso (1998), em seu estudo sobre cidadania e participação popular em saúde, tendo por base a análise das concepções de usuários da rede pública de saúde do Rio de Janeiro, caracterizaram a Constituição Brasileira como um dos textos constitucionais mais avançados do mundo, em especial no que se refere aos direitos no campo da saúde. Contudo, ratifica que o desafio que se coloca é o de materializar em práticas as conquistas estabelecidas no plano legal.

É interessante notar a manutenção da idéia, entre as falas dos entrevistados, que os serviços de saúde prestados pelo SUS são oferecidos na forma de beneficência. Concordamos com Tavares *et al.* (2003), quando afirmam que o sentimento de acesso excludente nos leva a supor o fato de que o direito à saúde está frequentemente sendo substituído pela noção de caridade, ou seja, na visão desses sujeitos, o SUS não se constituiu ainda em um efetivo e integral direito de todos.

Que ele é o lugar para as pessoas que não tem condições financeiras de pagar consultas médicas e... ajuda muito em todos os sentidos assim... me ajudou muito. (E4)

Os relatos demonstram a fragilidade da consciência sanitária, no que tange tanto aos direitos como um todo, quanto ao direito à saúde. (BOSI; AFFONSO, 1998)

(...) eu trabalhei numa empresa que eu tinha plano, né, e agora você perde o emprego, então você acaba vindo pra aqui... desde janeiro eu tô aqui tentando marcar uma médica e pra agora que eu conseguir. (E3)

Verificamos também que, os usuários encaram o SUS como o último destino a ser buscado. Remetem ao sistema privado de saúde os serviços de referência, negando as disposições legais da Constituição Federal de 1988 que através do artigo 199, 1º parágrafo, regulamentou a participação da iniciativa privada de forma complementar. (BRASIL, 1988). Ainda nos chama a atenção, entre as pessoas entrevistadas, a falha na diferenciação entre SUS e às instituições de saúde a ele, de fato, conveniadas.

Sei... o SUS é um posto pra gente... como é que diz... é um posto de saúde... eu não sei muita coisa não porque quando a gente precisa nunca pode, nunca tem uma vaga aí diz você tem que vim tal dia. (E6)

A descrição dos conceitos em forma de ações é mais uma evidência de que o saber próprio da população está construído com base em suas vivências e experiências diretas. Desta forma, os entrevistados se expressaram os conceitos através da descrição de ações do cotidiano, o que é esperado para temas relativos a uma área específica como a saúde. (VÁZQUEZ *et al.*, 2003)

(...) um tipo de um ambiente que quando as pessoas doentes... faz tratamento, passa remédio, aplica injeção... no momento eu só sei isso (...). (E7)

SUS é um atendimento médico aos postos, aos postos conveniados a prefeitura municipal e ao estado da Bahia... e ao governo do Estado... (E8)

É um sistema que presta atendimento a população, né, atendimento médico, hospitalar também, domiciliar também quando precisa, emergência, né, urgência(...)
(E9)

Os relatos, em sua maioria, nos levam a refletir sobre a percepção fragmentada que os usuários possuem sobre o SUS. Mesmo numa visão mais ampliada, mantém-se a compreensão do senso comum, quer dizer, a impressão que se tem é que o sistema de saúde brasileiro segue essencialmente um modelo de saúde curativista, pautado no atendimento ambulatorial e hospitalar. Os usuários não identificam como objetivos do SUS a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990). Dessa forma, as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador – ações de cunho indireto – tornam-se invisíveis para a população.

5.2.3 Quanto aos serviços e ações oferecidos

A noção de utilização dos serviços é considerada como o nível mínimo de expressão de participação em saúde (VÁZQUEZ *et al.*, 2003).

Os discursos abaixo reforçam a problemática anteriormente discutida. Os usuários caracterizam os serviços e ações oferecidos pelo SUS como restritos, bem como confundem os serviços com o próprio sistema. Revela-se, desse modo, no decorrer das entrevistas que as pessoas não compreendem a complexidade do SUS, fato esse passível de explicação como argumentam Tavares *et al.* (2003): é evidente que um sistema de saúde com a magnitude e as propostas colocadas pelo SUS geram, sem sombra de dúvida, fatores que, se por um lado garantem a democracia e os direitos da cidadania, por outro, tornam o sistema difícil de ser compreendido em sua totalidade, bem como representam um grande desafio para todo o processo de construção e de gestão.

É restrita, tem instituições particulares que atendem o SUS, mas é bem restrita a ... a... a quantidade de pessoas, porque muitas vezes as pessoas tem até que dormir no local pra poder ser atendido e muitas vezes não é atendido, entendeu? (...) ao meu ver.... eu acho que o SUS só tem posto de saúde. (E1)

Eu não vejo nada, não vejo nada não... a minha filha mesmo teve um problema de saúde, correu aos hospital todos e não foi atendida. Teve que recorrer ao particular... se não... Os posto de vacinação... Oferece tratamento com... de médico, médico clínico... odontológico a gente não acha... Oferece, mas é difícil achar... o odontológico... é difícil, é... nesses postos aqui mesmo não atende... um dentista pra cuidar da minha boca tá difícil, ta mau mesmo... medicamentos é difícil achar. (E2)

(...) aqui eu uso mais a questão da clínica médica. (...) exame, não é? Que apesar de toda dificuldade pra você marcar e de um longo prazo pra você muitas vezes fazer... então, por exemplo é... assim como eu tô falando pra você é muita coisa mas que na verdade você na hora de você falar mesmo você não ver a ação que você tá questionando, entendeu?. (E3)

De acordo com o relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, o sistema ainda permite o acesso diferenciado, privilegiando alguns, enquanto grande parte da população enfrenta filas, madruga à espera de atendimento ou paga planos de saúde para ter direito a consultas ou exames. (BRASIL, 2001)

*Até agora o que eu uso mais é o pediatra... pediatria, médico clínico e ginecologista... e aqui faço exame de ginecologia, de câncer de mama, exames assim... mais básicos, mais necessários... **Mas a senhora sabe se oferece outras coisas?** Eu sei que oferece né que eu acho que faz aí né que oferece mas eu nunca fiz uso não... tem hospitais que oferece isso, exame de coração... ultrassom né... como é que chama? Tem urologista também... tem vários tipos de exames né... ultrassom vaginal, esses exames assim... **E além de exames, o SUS oferece mais alguma coisa? Além de consultas e exames?** Que eu saiba não, né. (E5)*

*Atendimento médico, é... atendimento médico... como no caso... **Quais são as ações e serviços que o SUS oferece para população?** Serviço médico, é... clínico, odontológico, também pediatria... **Além de consultas o SUS oferece alguma coisa?** Não sei... não to informado... (E8)*

Entre as pessoas entrevistadas, verificamos que é predominante o entendimento sobre ações e serviços de saúde, atrelando-os de forma limitada a atendimento médico. Para Tavares *et al.* (2003), a restrição da saúde ao campo da assistência médica também parece contribuir para que o SUS seja identificado como um lugar ou estabelecimento destinado apenas à recuperação e reabilitação da saúde e, às vezes, até como sujeito, não como um sistema que organiza a assistência à saúde da população brasileira.

No entanto, não podemos deixar de observar os relatos que expressam uma visão mais ampliada no que diz respeito aos serviços e ações prestados pelo SUS. Alguns usuários identificam os serviços de curativo e aferição de tensão arterial, bem como determinadas ações desenvolvidas por programas de saúde – planejamento familiar, assistência pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, vacinação e assistência farmacêutica. Tendo em vista esse contexto, consideramos que o nível de visibilidade e/ou conhecimento das ações e serviços está estreitamente ligado a oportunidade de acesso.

Tem sala do curativo, tem também... curativo também... quando a pessoa se fere na rua vem logo pra emergência do curativo, também tem o pré-natal que eu fiz aqui na San Martin... até agora acompanhamento pediátrico dela... ta me dando injeção direitinho todo mês... remédio também pega de graça aqui, eu já peguei várias vezes... pra tirar a pressão... como é o nome que fala? Medir a pressão... e outras coisas mais... (E4)

*(...) pediatra, ginecologista, cardiologista, clínico geral e vários outros... **O que o SUS oferece para toda população?** Vacinação, medicamento e outras coisas mais... **Quais são essas coisas?** Eu não sei não... (E6)*

Outro fato que nos chama a atenção é a não-distinção feita pelo usuário entre as ações oferecidas pelo SUS e aquelas respectivas a políticas sociais:

*Serviços gerais... serviços nas salas pra fazer curativo, pra aplicar injeção, atender as pessoas mais...como é?... pra ver os problemas que tem... **e o SUS oferece mais alguma coisa?** No momento esqueci... **Além do atendimento, do curativo, o SUS oferece mais alguma coisa?** É... beneficiando escolas, entendeu?*

Especialmente pra quem perdeu essas casas aí tá dando uma renda... tudo isso... (E7)

Importa ressaltar que, em apenas um momento, surgiu a percepção de “atendimento familiar” que reporta-se de forma indireta ao Programa Saúde da Família (PSF). O programa trata-se de uma estratégia criada para reorientar a atenção básica, visando principalmente a prevenção e promoção da saúde com enfoque na menor unidade social, a família. O agravante encontra-se no fato de todas as entrevistas terem sido realizadas numa unidade de saúde da família e, concomitantemente, os respondentes em sua maioria não identificaram o PSF. Dessa forma, conferimos que os usuários não reconhecem a nova dinâmica de organização das ações e serviços de saúde em nível da atenção primária.

*(...) assistência médica, atendimento, atendimento a criança e adulto né, então... na área de saúde atende... tem médico cardiologista, urologista, tem pediatra, tem médico clínico(...) **o SUS só oferece consultas?** Ah! Faz sim, faz cirurgias também, principalmente cirurgia né, ortopedia... sobre saúde na medida do possível... **consultas, cirurgias, mais alguma coisa?** Exames também, vários tipos de exame... mas tem muito exame muito caro que o SUS não cobre, depende da enfermidade da pessoa... emergência que eu já falei... Agora esses tempos melhorou um pouco que tem esse atendimento familiar né... inclusive esse posto daqui que a pessoa que a gente já conhece, mora na rua mesmo. (E9)*

Mantém-se em todo contexto a percepção pelos usuários de que o SUS oferece essencialmente ações e serviços de saúde direcionados numa perspectiva individual e curativista, ignorando a existência de uma assistência preventiva e coletiva. Todavia, não podemos desconsiderar que é um avanço para o fortalecimento do SUS o reconhecimento da atual assistência voltada para a saúde da família e do vínculo estabelecido com a unidade de saúde, tendo como elo principal a “pessoa que a gente já conhece, mora na rua mesmo”, o agente comunitário de saúde.

5.3 CONTROLE SOCIAL

5.3.1 Quanto à definição de Conselho de Saúde

O que constatamos nas entrevistas acaba por refletir a impressão que compartilhávamos a respeito de Conselho de Saúde, quer dizer, são espaços institucionais invisíveis para a população. Diante das exposições abaixo, verificamos que há distinção em duas categorias essencialmente: a primeira engloba os entrevistados que de forma espontânea afirmaram não saber o que era Conselho de Saúde; a outra categoria é composta por usuários que, apesar de não saberem do que se tratava, cogitaram alguma familiaridade com o tema.

Já ouvi falar, mas não... não... me recordo... (E1)

Não. (E2)

Já ouvi falar, mas ainda não vi assim uma ação. (E3)

Não. (E4)

Não. (E5)

Não. (E6)

Não. (E7)

Já vi falar, mas não sei o que é... (E8)

No estudo desenvolvido nos municípios do Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, Pernambuco, com o objetivo de analisar o nível de informação e a utilização pela população dos mecanismos diretos de participação em saúde, Vázquez *et al.* (2005) concluíram que, de maneira geral, ainda é limitado o nível de informação da população estudada sobre os mecanismos institucionais de participação, quer seja individual ou coletivo.

*Eu devo ter lido alguma coisa sobre isso... **a senhora pode comentar sobre isso?** Conselho de Saúde... eu não sei se é a mesma coisa de quando acontece um erro médico, eu não sei se é a mesma coisa... eu não sei muita coisa, né, agora eu acho que é quando acontece alguma coisa na medicina, aí a pessoa procura seus direitos, algum erro Deus o livre né, médico, aí a pessoa vai lá, procura seus direitos, advogado, deve ter alguma... no CREMEB alguma coisa, eu acho que sim... é conselho médico, você falou né? Conselho de Saúde... Conselho de Saúde... talvez não seja isso que eu falei né... talvez, talvez seja alguma equipe médica né, a pessoa precise falar sobre sua enfermidade né, aí procure um médico e o médico conversa de acordo com a enfermidade e conversa tudo que a pessoa precisa saber sobre sua enfermidade... (E9)*

Um fato que nos chama a atenção é a não-distinção feita pelo usuário entre Conselho de Saúde e aconselhamento médico, implicando em definir o primeiro como espaço que presta orientação clínica. Os usuários não reconhecem Conselho de Saúde como órgão colegiado destinado a participação comunitária na gestão do SUS, atuando na formulação de estratégias e controle da execução de políticas públicas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990). Além disso, ignoram o direito de participação paritária dos usuários em relação aos demais segmentos sociais (governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde) na composição dos Conselhos de Saúde.

5.3.2 Quanto à existência de Conselho de Saúde

Verificamos que os respondentes não souberam identificar a existência de um Conselho de Saúde Local. Essa ocorrência é condizente haja visto que a unidade de saúde da família onde as entrevistas foram realizadas não implantou ainda a referida instância colegiada, não se sabe se pelo curto período de criação da unidade ou se pelas características de formação e incorporação política dos profissionais de saúde. Analisamos esse fato como produto de todo um processo de inclusão social e política no Brasil, condicionando o modo de participação da sociedade civil nos processos decisórios das políticas públicas.

De acordo com González (1996) e Zakus e Lysack (1998) *apud* Vázquez *et al.*(2005), entre os elementos organizativos, a serem desenvolvidos pelas instituições, necessários para uma possível participação da sociedade nos serviços de saúde, se encontra a existência de “portas de entrada” ao sistema ou mecanismos institucionais por meio dos quais os cidadãos possam incorporar a sua opinião e atividade, de maneira coletiva ou individual, aos serviços de saúde, tais como os conselhos municipais ou sistemas de queixas e sugestões.

Não sei, não sei... se tem não especificaram dessa forma como Conselho de Saúde.
(E1)

Não, nunca ouvi falar. (E2)

*(...) no meu bairro tem. No outro posto de saúde que é lá mais perto de onde eu moro... **Qual é o outro posto de saúde? Santa Mônica. Lá tem Conselho de Saúde? Tem, mas só que eu também nunca vi ação.*** (E3)

Importa ressaltar que, no período em que as entrevistas foram realizadas não existia na unidade de saúde de Santa Mônica um Conselho Local de Saúde. Dessa forma, esse relato reforça a falta de conhecimento do usuário quanto aos espaços institucionais conquistados para garantir a participação popular nas políticas de saúde.

Não. (E5)

Não. (E6)

Não. (E7)

Não. (E8)

Não. (E9)

Concordamos Bosi e Affonso (1998), na ausência de canais de participação efetiva, mesmo que a população queira, torna-se muito difícil reivindicar, sobretudo num contexto em que mesmo segmentos sociais mais fortemente organizados defrontam-se com obstáculos excepcionais para levar à frente as suas demandas. De acordo com o CONASS, a efetiva participação da sociedade no SUS passa pelo fortalecimento, aprimoramento e qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação. (BRASIL, 2006)

Entendemos que a existência de um Conselho de Saúde Local influencia diretamente no grau de informação dos usuários no que se refere à organização, funcionamento, limites e avanços do sistema e, de forma indireta, no nível de participação da comunidade.

5.3.3 Quanto à finalidade do Conselho de Saúde

Observamos que, nas falas dos entrevistados, em nenhum momento apareceu a expressão controle social ou qualquer vocábulo que nos remeta a essa idéia. A impressão que temos é que a população não tem uma percepção clara quanto às conquistas alcançadas no âmbito das políticas públicas de saúde, particularmente no que diz respeito ao direito à participação como conquista legal.

Algumas exposições ilustram nossa análise:

... não. (E1)

Não sei. (E2)

Acredito que é pra falar sobre o atendimento, o funcionamento da saúde, né. (E3)

Não. (E5)

Não. (E6)

Não. (E7)

Não. (E8)

Não. (E9)

Segundo Assis (2003), o Estado adotava medidas de intervenção em pessoas e grupos sociais em nome da saúde de todos. Ou seja, o controle era exercido pelo Estado sobre a sociedade e, desta maneira, a população era alvo das ações de saúde. Com a implementação do SUS, novas relações foram estabelecidas entre Estado e sociedade. Esta, por meio de instrumentos específicos em relação ao sistema, Conselhos e Conferências de Saúde, passou a exercer controle sobre a política de saúde, determinando o que chamamos de Controle Social.

Tendo em vista que os Conselhos de Saúde expressam o objetivo de controle social, concluímos que os usuários ainda encontram-se excluídos dos processos decisórios. Nesse sentido, entendemos que a participação da população é reflexo das condições de acesso a informação, tanto no que diz respeito à quantidade como qualidade. Conforme afirma Vázquez *et al.* (2003), pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações.

5.4 INFORMAÇÃO SOBRE O SUS

5.4.1 Quanto à fonte de informação

Verificamos nas falas abaixo que, os usuários identificam principalmente entre os meios de comunicação de massa a televisão como fonte de informação sobre o SUS e, além disso, apontam rádio, jornal e revista. É interessante observar que a população brasileira remete grande valor à mídia televisiva, dispensando várias horas a assistir os mais diversos programas. Importa ressaltar, no entanto, que não existe nenhum programa de acesso universal destinado exclusivamente a informar sobre políticas públicas de saúde no Brasil e temas correspondentes ou ainda que reserve tempo considerável para tal objetivo com linguagem popular.

Assistindo pela televisão, pela rádio, jornal, dia-a-dia... aí eu pego tudo... (E7)

Não sabe informar (E5)

Através da mídia televisiva. (...) na maioria das vezes foi na televisão que eu vi várias informações sobre o SUS e quando a gente vai aos postos eles dão bastante informações favoráveis... (E1)

Bom, as vezes na televisão sempre há alguma informação, né, e quando a gente chega aqui a gente vê essas propagandas e tal, fora isso não... (E3)

Entre as falas dos entrevistados, nos chama a atenção o vislumbre das propagandas nas paredes da unidade de saúde da família. Esse fato aponta alguns limites quanto à exposição de cartazes nas unidades de saúde: a mostra indiscriminada e excessiva em todos os ambientes da unidade acaba por gerar poluição visual, restringindo a concentração do usuário; a linguagem utilizada nos cartazes nem sempre é adequada ao público-alvo (usuários), às vezes carregada de termos técnicos, dificultando a compreensão; em sua maioria, os cartazes abordam temas como patologias ou campanhas de saúde, distanciando-se do objeto de divulgação fundamental – o que é o SUS, o que faz e como faz; os cartazes são abandonados nas paredes, ao invés de serem utilizados como instrumentos de comunicação pelos profissionais de saúde e, ainda, na unidade não há uma referência de profissional e/ou disponibilidade da equipe para esclarecimentos. Dessa forma, entendemos que as informações veiculadas por meio de cartazes necessitam ser reorientadas no sentido de tornar público o SUS.

*Foi minha sogra que veio aqui.... não... tipo assim... **Como você ouviu falar ou conhece o SUS?** Pela televisão, pelo prefeito. (E4)*

Através de atendimento nos postos de saúde que eu tomei conhecimento sobre o SUS... informa através de televisão, rádio, entendeu? E a sigla SUS eu já conheço a muito tempo... (E8)

(...) porque minha mãe me levava pro médico, tinha que fazer o cartão do SUS se não não era atendida... aí fiz fiz fiz... sabia que era posto médico, mas não que era SUS. (E6)

Verificamos nas falas acima que os usuários também atrelam o ‘conhecimento sobre o SUS’ ao atendimento nas unidades de saúde. Todavia, parece não haver uma percepção clara entre sistema e serviços de saúde. Entre os entrevistados há a manutenção de uma visão restrita quanto ao SUS. Sob essa perspectiva, analisamos que as unidades de saúde através de seus profissionais deveriam se tornar os principais veiculadores de informação haja vista que são considerados “ponta” do sistema, formando o elo usuário - SUS.

Chegou assim... de forma de... meu marido né... empregado e começou a pagar do trabalho dele... a pagar o sistema de saúde... foi assim que eu conheci... Só a gente vê pela televisão... informação que dá. (E2)

Através de meus pais né, levando pros médicos, a gente vai crescendo e fica sabendo que tem posto, que tem um lugar para ser atendido de graça sem pagar nada, afinal de que a gente já paga imposto né.... a gente quando trabalha paga, desconta do nosso salário também INSS e acho que isso aí... através disso aí já tem direito né(...) Através de televisão, da televisão, pelos jornais, revistas fala muito sobre isso... do Sistema Único de Saúde (...) (E9)

Percebemos ainda que, os respondentes identificam de forma indireta os próprios usuários como fonte de informação sobre o SUS. Cabe ressaltar que, a disseminação de conhecimento acerca do sistema parece ser difundida de acordo com as experiências individuais, delineando a informação segundo a visão histórica que possuem sobre a assistência à saúde no país. Nesse sentido, compreendemos que o nível de informação da população a respeito do SUS, tanto no que se refere à quantidade quanto à qualidade dessa informação, pode ser prejudicado pelo fato de não existir uma distinção pelos usuários entre o SUS e os modelos de saúde vigentes em épocas passadas, bem como de não haver um entendimento da saúde como direito de todos.

Tavares *et al.* (2003) analisam esse fato como produto de todo um processo de construção do imaginário social que vem ocorrendo desde os primórdios da década de 1940, quando, a partir de visão previdenciária, cria-se o hábito de relacionar a saúde como benefício adquirido para alguns mediante a inserção no mercado formal de trabalho.

Observamos que, em nenhum momento, os entrevistados identificaram a internet como fonte de informação sobre o SUS. Importa destacar que, a internet pode ser considerada um dos meios de comunicação em massa que mais reúne dados a respeito do sistema, em especial através do site do Ministério da Saúde (MS).

O site referido acima possui um campo específico com a finalidade de explicar o que é esse sistema público de saúde, bem como disponibiliza publicações que informam sobre direitos dos usuários, história da atenção à saúde no Brasil, organização e funcionamento do SUS. Todavia, percebemos que a divulgação pela internet ainda não é efetiva pois o acesso não é garantido de modo universal. Se considerarmos o perfil sócio-econômico dos sujeitos da pesquisa, identificaremos antecipadamente que parte considerável dos usuários encontra grande dificuldade em disponibilizar desse meio de comunicação. É importante que essas cartilhas e manuais sejam disponibilizados na forma de impressos nas unidades de saúde para que se tornem conhecidos pelos usuários.

5.4.2 Quanto ao conteúdo da informação

Para Vázquez *et al.* (2005), a população deve conhecer os seus direitos em saúde, os problemas e as suas causas, as possíveis intervenções, os serviços oferecidos e sua qualidade, assim como os mecanismos pelos quais pode interagir com o sistema.

Algumas falas remetem a um dos entraves do sistema: condições de disseminação e acessibilidade do conhecimento. Sob essa perspectiva, a unidade de saúde parece ter limitado o seu papel a prestar apenas informações quanto aos serviços disponibilizados a nível local. Analisamos esse evento como nocivo ao processo de democratização da informação, pois o conhecimento permanece restrito aos profissionais de saúde, tornando-se inacessível para a população.

Bosi (1994), trabalhando com a visão dos profissionais de saúde sobre cidadania e participação popular em saúde, concluiu: estes profissionais, cientes da dimensão política em sua prática, que para o grupo não é só um fazer técnico, se dão conta de que o “incêndio que todos os dias lhes é dado a apagar” impossibilita-lhes contribuir para o processo de conscientização no sentido de uma transformação para melhora da situação atual.

Na seqüência dos relatos, fica evidente a escassez de informações em relação ao SUS:

(...) eles falaram que era uma unidade... uma nova unidade que nessa unidade você ia ter mais é... informações que não lhe eram dadas... (E1)

Ele ia ser implantado em alguns bairros, o Sistema Único de Saúde, porque era muito difícil pro povo mais carente ter uma consulta médica assim.... E o que mais? e também tem dentista, várias coisas aqui... (E4)

Todavia, não podemos desconsiderar que o nível de informação do usuário também é determinado pelo valor atribuído às questões relacionadas à saúde, bem como da percepção do modo como as ações repercutem direta e indiretamente na vida e da capacidade de influenciar no sistema na medida em que determine mudanças. Nesse sentido, a exposição abaixo pode ilustrar nossa análise:

Eu já ouvi falar, mas eu não presto muita atenção não. (E6)

Tavares *et al.* (2003), reconhecem que as especificidades do processo de incorporação social e política, de um lado, e as condições da construção da esfera pública, no Brasil, por outro, impõem sérios condicionantes aos modos de ser e de pensar do brasileiro, e dessa forma impõem restrições e dificuldades a maior participação dos cidadãos no processo de formulação e implementação das políticas, em geral, e em particular as da área de saúde.

Ademais, percebemos que a impressão que compartilhávamos sobre a mídia faz sentido. As notícias e reportagens transmitidas, principalmente pela televisão, carregam uma imagem em geral pontual e negativa sobre o SUS, destacando as dificuldades de acesso e o descompasso entre oferta e demanda de ações e serviços de saúde.

Passa sobre o tratamento de médico, de... de prevenção em decúbito de doenças... apresentando a rede de postos...como tem outros lugares também que tá tendo meningite e outras coisas, então, tem que se cuidar, né... (E2)

No patamar da informação, o interesse dos indivíduos está concentrado na obtenção de dados, na observação de fatos, na recepção de mensagens com as quais possam reunir informações que permitam conhecer e interpretar uma situação e dispor de elementos de juízo para suas condutas (GONZÁLEZ, 1996 *apud* VÁZQUEZ, 2003).

No momento, sempre que eu assisto, vejo falar mal... porque tem outros médicos aí que não tem atendimento bom... as pessoas fica tudo no relento, esperando ser atendido como ali... entendeu? Tudo isso eu vejo falar, então não é um atendimento bom, é mais ou menos... (E7)

Se o que se persegue é a participação da sociedade brasileira na tomada decisões relacionadas com a gestão do SUS, ainda devem-se realizar amplas campanhas de educação ao público, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS (Vázquez *et al.*, 2003).

Tá informando sobre os atendimentos, sobre a respeito dos postos, a respeito de como é que ta a situação do país sobre o atendimento, sobre a falta de médicos, o atendimento ta deixando a desejar, entendeu? Ta faltando médicos, ta faltando enfermeiros, entendeu? Ta difícil mesmo nem só aqui no estado da Bahia como em todo país... (E8)

Tavares *et al.* (2003), constataram que essa imagem-objeto do SUS tem sido muitas vezes reforçada pela mídia que, sistematicamente, prioriza as dificuldades de operacionalizar um sistema com a magnitude do SUS, ao invés de mostrar também as experiências exitosas do modelo em diferentes regiões.

Falado que já melhorou, fala tudo que já tem feito, abrindo hospitais, posto médico, colocando mais médico pra trabalhar, pro pessoal ter mais acesso... (E9)

Conforme analisam Dias (1998) e Vázquez *et al.* (2005), outro elemento básico para a participação da população no sistema de saúde é o acesso à informação, como instrumento fundamental para a democratização dos serviços.

5.5 IMPRESSÕES SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

É interessante observar que, entre as pessoas entrevistadas, verifica-se a afirmação do senso comum de que os serviços públicos de saúde são serviços destinados a população carente. Os depoimentos abaixo reforçam algumas considerações feitas por Tavares *et al.* (2003, p.411-412), dentre elas, os limites do sistema:

Os modos como tem se dado, cotidianamente, o acesso da população a maioria dos serviços ofertados pelo SUS – filas, atendimentos permeados pela falta de solidariedade com as queixas e necessidades dos usuários, sem produção de vínculos e nem acolhimento humanizado. (TAVARES *et al.*, 2003)

Bosi e Affonso (1998) ratificam que a população sente como uma violência a lógica do atendimento. Os usuários interpretam como uma injustiça os critérios utilizados na organização da assistência e, em particular, na distribuição das senhas.

Esses autores ainda assinalam que, ao lado de problemas relacionados ao cotidiano das pessoas, há uma forte descrença nos seus representantes. Sob esse aspecto, observamos que a população apresenta um forte sentimento de indignação ao perceber que a realidade poderia ser diferente. No entanto, os entrevistados apresentam os problemas de forma fragmentada, sem caráter de reivindicação, não enfatizam a luta pela formulação de políticas de saúde capazes de superar as falhas no processo de construção do sistema.

Eles deixam a desejar... deixam a desejar devido a... como eu lhe falei... quem mais precisa são aquelas pessoas de baixa renda e quando é a especialidade mais difícil é mais... e que tem a quantidade de pessoas além do limite que lhe é dado... e como é numa senhazinha... como se a pessoa não tivesse necessidade, mas eu acho que as pessoas tem que respeitar mais as pessoas... porque os governantes dependem de todos nós... dessa forma, então... poderia melhorar dessa forma. (E1)

A pesquisa nacional “A saúde na opinião dos brasileiros”, realizada pelo CONASS, também avaliou algumas idéias e valores associados ao SUS junto à população. Dos resultados destaca-se, em um extremo, o baixo grau de confiança depositado no SUS; em outro, a generalizada consciência de direito da cidadania associado ao SUS, isto é, a quase totalidade dos entrevistados tendeu a concordar

ou concordou totalmente que todo cidadão tem direito a qualquer serviço do SUS (BRASIL, 2003).

Que tá precisando de mais... cuidar melhor, né? Que tá muito ruim, né. Eu vejo pela televisão as pessoas morrendo, sofrendo... morrendo na fila dos postos, até mesmo em hospitais, tá uma dificuldade... tem que melhorar mais, os governantes se preocupar mais com a pobreza, né? Porque na hora de eles pedir votos vem nas casas, vem nas ruas, vem pedir... e dão até remédios e tudo mais, né, às pessoas, mas na hora que as pessoas precisa, chega num hospital não é atendido... muitas vezes essas pessoas até morre, né... (E2)

Não obstante, observamos nas falas acima que os usuários responsabilizam de forma exclusiva o poder público pela conjuntura atual, destacando a dificuldade de acesso aos bens de consumo e serviços de média complexidade e a exclusão da clientela nos serviços de alta complexidade.

Conforme analisam Conh *et al.*(2002), a ausência de equipamentos e serviços, estes que incidem sobre as condições de manutenção da saúde, tem nome – poder público – e sobrenome – estadual e municipal. E afirmam, de maneira inequívoca, às autoridades cabe a responsabilidade pela solução dos problemas assinalados. Por outro lado, essa concepção política contribui para afastar a participação popular do sistema público de saúde haja vista que os sujeitos sobrevalorizam a representação na resolutividade dos problemas ao invés de enfatizarem a participação direta nos processos decisórios.

Além disso, nosso estudo reforça as conclusões de outros autores (Bosi, 1994; Bosi e Affonso, 1998) que, trabalhando respectivamente com profissionais de saúde e usuários, indicam: para os usuários o importante é ser atendido.

Olha, precisa melhorar muito, en? Eu uso mais o mesmo exemplo, então por exemplo, a médica que me atendia ela era daqui desse posto mas a médica que era da minha equipe mesmo, ela não ta atendendo mais, ta sem médico... então vai pra essa medica aí que é a doutora que não é dessa equipe e que acaba dificultando por causa do excesso de pessoas, né. (E3)

Os relatos demonstram que os usuários enfrentam inúmeros entraves no sistema de saúde no que se refere a acesso a assistência médica e exames diagnósticos. Ressalta-se que quanto mais os serviços são especializados mais parecem inacessíveis para a população. Para Bosi e Affonso (1998), problemas como o acesso a serviços, a demora dos exames, muitas vezes superando a possibilidade de o usuário suportar o incômodo, além da incapacidade do setor em responder a uma série de outras demandas, acarretam consequências importantes na saúde da população.

Ta precisando de muita coisa né, ta precisando de muita coisa, melhorar muita coisa... atendimento mesmo ta fraquíssimo, tem faltado médico nos hospitais, né... é... esse médico mesmo... esse médico que faz exame né... anestesista mesmo, tem pouco médico pra isso, né... esse médico...esse exame de cabeça que faz é... como é aquele que entra na... tomografia... eu acho que o SUS ta precisando demais disso aí também... tomografia... dentro de Salvador o único hospital que tem só tem dois, né... é maior dificuldade para conseguir de marcar um médico pra isso aí... exame... então o SUS tá precisando de melhorar nessa área aí... (E5)

Olha, ta deixando a desejar... tá precário, ta precário mesmo... principalmente aqui em Salvador, nós procuramos médico e não encontramos... eu mesmo tenho três meses que já fui no 3º Centro de Saúde marcar uma consulta, um médico clínico, não consegui atendimento porque todas as três vezes que fui a fila tava mais ou menos uns dez quilômetros e aí não consegui marcar essa consulta... tive que apelar pro médico particular, inclusive tem um exame também que marquei, fiz esse exame no mês três até hoje... até hoje 29/05 não peguei o resultado, vou ter que apelar pra outros meios pra fazer esse exame.. (E8)

Por outro lado, pode-se notar nas falas dos usuários um significativo desconhecimento em relação ao modo como os serviços estão estruturados nos SUS, não distinguindo a existência de distintos níveis de atenção à saúde. Como refere Paim (2003), excetuando-se as situações de emergência e as urgências, o ingresso do usuário no sistema seria por meio de “porta de entrada” única, representada pelos serviços comunitários ou de primeira linha, conhecidos como atenção primária (atenção de caráter primário ou ambulatorial). O nível secundário

seria composto por consultórios especializados e pequenos hospitais (tecnologia intermediária). Já o nível terciário seria constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas, servindo de referência para os demais serviços. Portanto, essa forma de organização dos serviços permitiria um fluxo ordenado de atendimento às demandas de saúde da população, evitando as grandes filas e a superlotação dos hospitais.

Com efeito, a população não distingue unidades de cuidados básicos de hospitais, ou outras estruturas mais complexas (BOSI; AFFONSO, 1998). Conforme afirmam esses autores, esta total desinformação leva as pessoas a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento causando, por outro lado, um verdadeiro caos nos serviços cujos profissionais, a todo o momento, vêem-se na obrigação de referir os usuários para outros locais, fato percebido por estes últimos como negação do atendimento.

Poderia melhorar... Ter várias especialidades porque as pessoas não só dependem de um médico clínico, dependem de médico cardiologista...dermatologista... as especialidades tinham que ser mais ampla no Sistema Único de Saúde, mas... é... é a situação que os nossos governantes faz com que a gente só dependa deles... e desses a gente tem que se... é ...como é que eu vou dizer? As pessoas tem que se virar da melhor maneira possível pra poder se ser bem atendida mesmo só com aquela especialidade. Então e se vira de outra forma com unidades particulares, mas precisando melhorar bastante. (E1)

Ainda embasado no estudo de Bosi e Affondo (1998), para os usuários os postos são estruturas incompletas que precisam ser complementadas com unidades de emergência, ambulatório para diversas especialidades, com médicos em número suficiente, laboratórios equipados para fornecer diagnósticos a curto prazo e também precisam dispor de ambulância.

No depoimento abaixo, fica claro que o usuário não reconhece, particularmente, nem a estrutura e o funcionamento da unidade a que recorre com frequência. Esse fato pode ser evidenciado no trecho “vim procurar pediatra e não encontrei...”. Tratando-se de Unidade de Saúde da Família, a população deveria saber que a Equipe de Saúde da Família é composta essencialmente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e

agentes comunitários de saúde. Ou seja, necessariamente o médico não teria especialidade, porém deve estar apto a prestar assistência a toda família, sejam as pessoas que constituem esse grupo social criança, adolescente, adulto ou idoso.

Não é muita coisa boa não, é mau... o SUS ta mau mesmo... Falta muita coisa... médicos, atendentes, falta muita coisa mesmo... falta vacinação, o mês passado mesmo não tinha vacinação... essa (mostrando o cartão de vacinação), essa aqui... essa vacina que ela tomou aqui... vitamina B... é vitamina A... aí eu tive que retornar hoje porque eu tenho que me recadastrar pro Bolsa Família mesmo... mesmo assim eu vim procurar pediatra e não encontrei também... (E6)

Cabe ressaltar que, ao longo dos depoimentos apareceu uma impressão de positividade sobre o SUS, embora essa imagem seja oportunizada pelo acesso com um mínimo de qualidade aos serviços de saúde. De fato, parece não haver uma percepção clara da população quanto às conquistas ensejadas pelo novo modelo, tanto no que se refere à concepção de saúde como ao modo de funcionamento do sistema (TAVARES *et al.*, 2003).

Em alguns lugar eu acho ótimo, mas tem uns que eu não acho muito legal não porque não cuida bem do paciente... não se importa muito com as pessoas, entendeu? A pessoa chega... deixa a pessoa lá, não pergunta o que que a pessoa ta sentindo, o que que ta acontecendo, o que que ela quer... qual o sistema que ela quer usar do Sistema Único de Saúde... e outras coisas mais... No meu ponto de vista ta andando muito bem, muito bem mesmo porque coisas que jamais pensava que ia ter aqui ta tendo como a injeção pra pessoa não engravidar, de graça... eu nunca vi isso não... (E4)

Minha opinião... eu nem tenho... Na minha opinião eu acho que tudo bem né... porque geralmente no lugar que eu vou sou bem atendida ... nunca separam assim meu leite nem nada... sou bem atendida... (E7)

Um outro fato que nos chama a atenção é a associação feita pelo usuário entre acolhimento humanizado e questões que envolvem ‘sorte e azar’ na vida do indivíduo.

Como não tem nada perfeito tem hora que falha, nós somos humanos não somos perfeitos tem hora que falha depende da sorte de cada um... às vezes chega lá, o médico ta de bom humor (...) Pelo que eu vejo falar e quando de vez em quando precisa, até agora... eu não tenho nada que ta me queixando não, apesar que muitas queixas tem, mas melhorou bastante... bastante(...) que não tinha antigamente né, nessa área não tinha não... uma imbramação... ajuda muito né... a pessoa pra fazer um cartão era uma dificuldade... aí eu ir pra lá, ficar naquela fila, um bocado de gente... não, eu não vou não... tinha até medo de sair de manhã cedo, quatro horas da manhã, cinco... medo de ser assaltado, ter qualquer coisa né...mas agora com o cartão já na mão, fica bem mais fácil... agora eu acho ruim um dia de marcar, mas também não pode ser tudo bagunçado, todo dia?... qualquer dia vai e marca?... eu acho que pra ser organizado tem que ter um dia específico... (E9)

Essas impressões dos usuários apontam algumas fragilidades do SUS que acarretam no desgaste da sua legitimidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram que ainda há um significativo desconhecimento do que é de fato o Sistema Único de Saúde brasileiro. Percebemos que as pessoas encontram grande dificuldade em entender o sistema público de saúde atual no que concerne a sua concepção, estrutura, organização, funcionamento, serviços disponíveis, limites e avanços. Além disso, vislumbramos que, os usuários não conseguem desconstruir a imagem-objeto do SUS de serviços de qualidade precária destinados a população carente. E a impressão sobre os serviços evidencia as dificuldades de acesso a assistência à saúde que enfrenta parte considerável da população.

A (in)visibilidade é um desafio a ser superado pelos Conselhos de Saúde. De fato, a participação popular parece ficar somente no plano legal e, por conseguinte, os usuários permanecem excluídos nos processos decisórios no que diz respeito à formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde no país. Logo, entendemos que o efetivo controle social é executado essencialmente a partir de uma 'consciência sanitária' que se expressa como resultado do processo de incorporação social e política dos sujeitos, bem como das condições de acesso a conhecimento e informação.

Concluimos que a questão da democratização do conhecimento no SUS se coloca como um dos mais significantes entraves a efetiva legitimidade do sistema, tanto no que se refere à garantia do direito à saúde como 'direito de todos e dever do Estado' quanto à consolidação dos seus princípios e diretrizes. Pensamos que é imperativo aprimorar a capacidade de divulgação e socialização da informação através de políticas de comunicação, efetivas e eficazes, no SUS na perspectiva de torná-lo público à população.

Sob esse enfoque, consideramos que temas relacionados à saúde, incluindo noções de SUS ('o que é', 'o que faz' e 'como faz') devem ser integralizados ao currículo desde o ensino fundamental. Por sua vez, os profissionais de saúde devem ser mobilizados em torno de um movimento a favor da desconstrução do monopólio da informação em saúde, principalmente aqueles que estão inseridos na rede de serviços públicos de saúde.

Além disso, enfatizamos a necessária utilização de meios e linguagem acessíveis na comunicação em massa. Nesse sentido, ponderamos a

descentralização do conhecimento compilado em meios que uma proporção importante da população ainda não experimenta, a exemplo da internet. Concordamos com Vázquez *et al.* (2003), as campanhas de educação aos sujeitos no que refere a direitos do cidadão e informação sobre o funcionamento do SUS devem orientar-se aos próprios serviços, cuja atuação tem intensa influência sobre o comportamento da população, principalmente se considerarmos as unidades que implementam a estratégia de saúde da família.

Afinal, a participação dos usuários não deve se limitar à emissão de opiniões a respeito das atuações administrativas. Novos sujeitos devem ser inseridos no processo de construção do SUS, na condição de atores sociais e políticos, ansiosos por mudanças e capazes de realizá-las. Como propôs a 11ª CNS, a informação em saúde é um insumo fundamental para o aperfeiçoamento das lutas no setor. (BRASIL, 2001)

Diante dos achados, concluímos ter alcançado os objetivos do presente estudo. E pensamos que a contribuição necessária e indispensável se dará na transformação de achados do senso comum em dados técnico-científicos, ampliando as bases para pesquisas posteriores. Além disso, evidenciamos que esse trabalho fundamenta as considerações dos relatórios finais da 8ª, 11ª e 12ª CNS – quando avaliam a informação na sua dimensão política e estratégica nos processos decisórios da sociedade – e reforça a contemporaneidade da exigência de propostas inovadoras para enfrentamento aos limites das políticas de saúde atuais.

Assim como os autores Vázquez *et al.* (2003), constatamos uma grande escassez de estudos na perspectiva de avaliar os significados que a população tem atribuído do que seja o SUS, bem como das concepções dos atores sociais no que diz respeito à cidadania e participação popular em saúde.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. p. 324-335.

_____. VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, maio/jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Abril de 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023: Informação e documentação – referências – elaboração**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **ABNT NBR 10520: Informação e documentação – citações em documentos – apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **ABNT NBR 15287: Informação e documentação – projeto de pesquisa – Apresentação**. Rio de Janeiro, 2005.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer as entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFMG**. v. 2, n. 1, jan./jul. 2005. p. 68-80. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em: 08 de Junho de 2008.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 1994. p. 446-456. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a04.pdf>>. Acesso em: 01 de Agosto de 2009.

_____. AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 1998. p. 355-365. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0113.pdf>>. Acesso em: 01 de Agosto de 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidades condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. Brasília, DF; 2001. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf%20>. Acesso: 10 de Abril de 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/opiniao_brasileiros1.pdf>. Acesso em: 02 de Junho de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Saúde. XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. **Desafios do SUS e propostas de superação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/Web_plenaria/index.html>. Acesso em: 08 de Agosto de 2009.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle Social na Saúde: construindo a gestão participativa. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. p. 358-363.

DIAS, R. B. "Eu? Eu estou aí, compondo o mundo". Uma experiência de controle de epidemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14 (sup.2), 1998. p. 149-157. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1334.pdf>>. Acesso em: 01 de Agosto de 2009.

DORNELLES, S.; LOCKS, M. T. Controle social: de quem? Para o quê? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. p. 348-357.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. n. 115, março 2002. p. 139-154. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 08 de Junho de 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 2, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Abril de 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.

MORAES, I. H. S. Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p. 17-27. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=469155&indexSearch=ID#>>. Acesso em: 02 de Junho de 2008.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 2, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Abril de 2008.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1997. p. 741-748. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1334.pdf>>. Acesso em: 01 de Agosto de 2009.

POLIT, Denise F; *et al.* **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 3, maio/jun. 2007. p. 683-688. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413181232007000300018&lng=pt>. Acesso em: 12 de Março de 2008.

SILVEIRA, J. L. G. C.; CAMPOS, M. L.; BERNDT, R. L. E. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde bucal. **Revista Pesquisa Brasileira Odontopediátrica Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 6, n. 1, jan./abr. 2006. p. 29-34.

SOUZA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; MARQUES, A. P. O. M. Trabalho em saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. p. 302-309.

TAVARES, F. L.; LAIGNIER, M. R.; SILVA, M. Z.; DAROS, R. F.; LIMA, R. C. D. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. p. 405-413.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** [Tese de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003404&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 de Junho de 2008.

TOVAR, M. T. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p. 57-60. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=469155&indexSearch=ID#>>. Acesso em: 02 de Junho de 2008.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

VÁZQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. F.; CAMPOS, E. S.; ARRUDA, I. K. G.; DINIZ, A. S.; VERAS, I. L.; PEREIRA, A. P. C. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 19, n. 2, mar./abr. 2003. p. 579-591. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15424.pdf>>. Acesso em: 01 de Agosto de 2009.

_____. SILVA, M. R. F.; GONZALEZ, E. S. C.; DINIZ, A. S.; PEREIRA, A. P. C.; VERAS, I. C. L.; ARRUDA, I. K. G. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais da participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 10 supl., out./dez. 2005. p. 141-155.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Saber popular sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro.

OBJETIVO GERAL: Verificar o conhecimento do usuário de uma Unidade de Saúde da Família sobre o SUS.

LOCAL DE PESQUISA: Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Distrito Sanitário Liberdade na cidade de Salvador-Bahia.

ESTUDANTE: Mirelle de Brito Gomes.

ORIENTADORA: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, gostaríamos de contar com sua participação respondendo um instrumento contendo um conjunto de questões que visam verificar o conhecimento do usuário de uma Unidade de Saúde da Família sobre o SUS. O conjunto de questões compreende itens de dados referentes a sua visão sobre o SUS, ações e serviços utilizados no SUS, seu conhecimento sobre Conselho de Saúde e o(s) meio(s) de informação utilizado(s) para conhecer o SUS.

A sua participação não envolve nenhum custo ou risco para sua pessoa, assim como nenhuma interferência nas suas atividades. Sua identidade será mantida no anonimato. Você tem toda a liberdade de recusar sua participação. Caso aceite participar, você poderá, a qualquer momento, obter informações sobre o andamento desta pesquisa e também retirar o seu consentimento mesmo que tenha antes se manifestado favorável. Será garantido o sigilo das informações por você fornecidas. (CNS, 1996).

Eu, _____, tendo sido informado (a) dos objetivos da pesquisa “Saber popular sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro” concordo em participar da mesma, respondendo a uma entrevista que poderá ser gravada ou transcrita aplicada pela estudante do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia.

Autorizo o uso das informações para fins de redação, divulgação e publicação de artigos científicos relativos a esta pesquisa. Estou ciente de que os dados serão tratados de forma confidencial, sem divulgação da fonte e de que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas sem que eu seja submetido (a) a qualquer penalização. Aceito, livremente, participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

Salvador, ____/____/____.

Pesquisado (a)

Estudante

Tel.: 8860-4824

Orientador

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO**

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA - ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA**

PESQUISA: Saber popular sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro.

OBJETIVO: Verificar o conhecimento do usuário de uma Unidade de Saúde da Família sobre o SUS.

ESTUDANTE: Mirelle de Brito Gomes.

ORIENTADORA: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Sexo: () masculino () feminino

1.2 Idade: _____

1.3 Escolaridade: _____

1.4 Profissão/Ocupação: _____

1.5 Renda familiar: _____

2 QUESTÕES DE PESQUISA:

2.1 O que significa a sigla SUS? O que você sabe sobre o SUS?

2.2 Quais ações e serviços de saúde você utiliza/identifica no SUS?

2.3 Você já ouviu falar sobre Conselho de Saúde? Comente sobre isso.

2.4 Qual(s) o(s) meio(s) de informação utilizado(s) para conhecer o SUS?

2.5 Qual o seu ponto de vista sobre os serviços públicos de saúde?

ANEXOS