UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Tensões em torno da efetivação do direito à saúde no Sistema Único de Saúde

Douglas Mendosa

São Paulo
2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Tensões em torno da efetivação do direito à saúde no Sistema Único de Saúde

Douglas Mendosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profª. Dra. Maria Helena Oliva Augusto

São Paulo
2006

Este trabalho é dedicado à Carolina e à Luísa

E à memória de minha nonna,
Assunta Pracella Di Benedetto,
que sempre me dizia: "studia, Dogla, studia".

"148.
(...)
Tudo quanto o homem expõe ou exprime é uma nota à margem de um texto apagado de todo. Mais ou menos, pelo sentido da nota, tiramos o sentido que havia de ser o do texto; mas fica sempre uma dúvida, e os sentidos possíveis são muitos."

"152.
Pasmo sempre quando acabo qualquer coisa. Pasmo e desolo-me. O meu instinto de perfeição deveria inibir-me de acabar; deveria inibir-me até de dar começo. Mas distraio-me e faço. O que consigo é um produto, em mim, não de uma aplicação de vontade, mas de uma cedência dela. Começo porque não tenho força para pensar; acabo porque não tenho alma para suspender. Este livro é a minha cobardia.
(...)"

Fernando Pessoa, Livro do Desassossego

Agradecimentos

Nosso processo de formação é longo, cheio de idas e vindas, de surpresas. No entanto, é nesse caminho que criamos a visão de mundo que orienta nossas ações. Os outros, aos quais, graças à nossa condição humana, estamos atados de maneira irremediável, aparecem aqui e ali, como os co-responsáveis, os co-produtores de qualquer coisa que surja entre nossas mãos como objeto nosso, como produto do nosso trabalho. Geralmente, a eles é dedicada esta primeira página.

Amália e José, mãe e pai, não mediram esforços para que meu irmão Flavio e eu tivéssemos uma "boa" educação. De igual forma, é preciso lembrar de todos os familiares e professores que tomaram parte nesse processo, seja por uma simples ajuda na realização de um trabalho escolar, seja pelo empréstimo ou pela doação de livros.

Minha personalidade não permitiria citar o nome de todos os meus amigos. A eventual exclusão de algum deles me traria um enorme desconforto, mesmo que esse eventual sujeito nunca lesse esta página. Mas aqueles que *eventualmente* a lerem, com certeza ficarão contentes em saberem que são parte disso tudo, pois são parte de mim.

Aproveito este espaço para os agradecimentos institucionais: à Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP) que financiou a pesquisa, ao Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo, bem como a todos os funcionários e direção da Unidade Básica de Saúde de Itaquera, ao então Coordenador de Saúde daquele distrito, o Floriano, à Débora Pinto Carneiro, que transcreveu as entrevistas e, por fim, à Patricia Souza Silva que, partindo para Sorocaba, ainda encontrou tempo para fazer o *abstract*.

As apreciações, no Exame de Qualificação, da Professora Cynthia Andersen Sarti e de Olavo Viana Costa, foram fundamentais para o formato final que esta dissertação assumiu.

Por fim, expresso minha profunda gratidão à minha orientadora, Maria Helena. Desde a graduação, na iniciação científica, e até agora, no final do Mestrado, sempre admirei sua paciência e sua vocação para a docência. A preocupação com o rigor teórico e com a elegância no uso da língua portuguesa (!) nunca a transformaram numa pessoa indelicada ou autoritária. Pelo contrário, num ambiente em que nada nos faz lembrar o ambiente aconchegante de nossa própria casa ou família, Maria Helena é *quase* a presença permanente da mãe zelosa de sua cria. Muito obrigado pela sua afetuosa presença!

Resumo

O Sistema Único de Saúde é fruto das lutas sociais ocorridas no Brasil, nas décadas de setenta e oitenta do século XX. Seus principais objetivos eram a ampliação da noção do direito à saúde e a superação do acesso diferencial da população brasileira aos cuidados médicos. A criação de um espaço institucional em que esses objetivos pudessem se tornar realidade foi a maior conquista daquelas lutas.

Passado o período de sua institucionalização, esse espaço estruturante e estruturador da ação dos cidadãos brasileiros na busca por saúde mostra-se incapaz de concretizar aqueles objetivos. Nesse cenário, a experiência dos indivíduos e as normas que procuram materializar aqueles velhos ideais indicam-nos alguns focos recorrentes de tensão em relação à possibilidade de efetivação do direito à atenção e à recuperação da saúde.

Ao nos fixarmos na questão de como os cidadãos-usuários estão ou não conquistando o atendimento, não pudemos escapar da inevitável reafirmação da precariedade do sistema público de saúde. Essa característica, por seu turno, indica-nos a manutenção do padrão de acesso diferencial aos bens e serviços destinados à recuperação da saúde individual, já que o espaço do SUS continua sendo o espaço ocupado pelos pobres ou por aqueles em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-chave: *Sistema Único de Saúde (SUS), direito social à saúde, saúde e estratificação social, cidadania.*

Abstract

The Health Unified System is a result of the social fights occurred in Brazil during the decades of 70 and 80 of the twentieth century. Their main goals were the enlargement of the right of health notion and the overcoming of the differencial access of Brazilian people in relation to medical care. The creation of an institutional space in which these goals could become reality was the greatest achievement of those fights.

After the period of its institutionalization, this structured and structuring space of the Brazilian citizens' action towards health reveals the inability in concreting those objectives. In this setting, the individuals' experience and the rules that try to materialize those old ideals show some recurrent tension spots in relation to the possibility of the right of attention and the health recovering efetivation.

By fixing in the question of how the user-citizens are or not conquering the service, it was not possible to escape from the unavoidable restatement of the public health system inadequacy. Characteristic that, in its turn, indicates the maintenance of the differencial access standard in relation to the goods and services addressed to the individual health regaining, since the Health Unified System (SUS) space is still the space of the poor or of those in a social vulnerability situation.

Keywords: Health Unified System, social right of health, health and social stratification, citizenship.

Índice

PRIMEIRA PARTE

1. Introdução – O projeto de pesquisa **02**
1.1 O tema, a justificativa e o objetivo 02
1.2 Procedimentos da Pesquisa 07
1.3 Forma de análise dos resultados (hipóteses) 09

2. Problemas teórico-metodológicos **10**
2.1 Mudanças a partir das dificuldades encontradas 13

3. Justificativa para a escolha da UBS como lugar privilegiado para a compreensão da efetivação do direito à saúde **22**

4. As entrevistas **26**
4.1 Limites e pertinência das entrevistas 27
4.2 Reflexão acerca da posição do observador e da observação sistemática do dia a dia da unidade 29

SEGUNDA PARTE

1. A Unidade Básica de Saúde Itaquera **32**

2. As entrevistas – Em torno da atenção e da recuperação da saúde **36**
2.1 A tensão em torno da integralidade 36
2.2 A organização dos serviços: atenção regionalizada e hierarquizada. A tensão em relação à proximidade e à hierarquização 44
2.3 A saúde é um direito de todos? Quando é preciso fazer o direito acontecer 51

3. Funcionários e cidadãos-usuários **60**
3.1 Os médicos e o direito à saúde 63
3.2 Os funcionários de nível médio e sua posição estratégica dentro da UBS 68

4. A estruturação do SUS pelo gerente da unidade e pelos gestores municipais **79**
4.1 A ocupação das vagas ociosas como recurso disponível aos cidadãos-usuários por intermédio da ação do diretor da unidade 80
4.2 Organizando a demanda 80

TERCEIRA PARTE

1. O SUS como possibilidade de efetivação do direito social à saúde **83**
1.1 O direito social à saúde 83
1.2 A superação do modelo privatista de atendimento médico 85
1.3 Características do SUS atual (Ou: Uma política inconclusa) 88

2. Cidadania, status social e o direito à saúde **93**
2.1 O SUS como símbolo do status negativo dos seus dependentes 95
2.2 Redes de relacionamentos, grupos de status e estamentos 98

Conclusão **101**

Bibliografia **107**

Anexo I **112**

Anexo II **115**

PRIMEIRA PARTE

Na primeira parte expomos, à guisa de introdução, o projeto de pesquisa que deu origem a este trabalho. Nele estão definidos quais eram os nossos objetivos e pressupostos iniciais em relação ao direito à saúde, além das técnicas e hipóteses aventadas naquele momento.

No segundo item apresentamos algumas considerações de natureza teórica e metodológica. Tais considerações, realizadas após o Exame de Qualificação, provocaram alterações significativas no modo de apresentação e interpretação dos dados que havíamos recolhido na pesquisa de campo. Além disso, há uma discussão a respeito das técnicas utilizadas e um breve exercício de reflexão a respeito da nossa posição na unidade em que realizamos as observações. Por fim, justificamos a escolha de uma UBS como local privilegiado de observção e recolhimento dos dados. Apresentâmo-la aqui posto que sua ausência se fez sentir no projeto inicial que passamos a apresentar.

1. Introdução – O projeto de pesquisa

1.1 O tema, a justificativa e o objetivo

O tema desta pesquisa é o direito social à saúde na cidade de São Paulo. O que será apresentado a seguir é uma discussão a respeito desse direito, a partir de uma pesquisa de campo realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade, de *uma* determinada compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por fim, de *uma* determinada noção de cidadania.

Se o tema, referido à metrópole, parece-nos demasiado abrangente, a questão que orientou nosso olhar para a realidade é bem mais modesta. **Como os sujeitos sociais – cidadãos – conseguem efetivar o direito à saúde num sistema considerado precário e ineficaz?** Nossa intenção é compreender como a *ação social* (Cf. Weber, 1999) constrói o *direito.* Queremos capturar, por meio das trajetórias dos *atores sociais* na busca pelo atendimento médico, as várias possibilidades abertas *aos* e criadas *pelos* sujeitos na estrutura atual do SUS. **Quais são as ações que concretizam o *direito à saúde*? O que essas a*ções*, na busca da *saúde*, nos dizem do *direito social à saúde* em nossa *realidade*? De que modo o *direito social à saúde* – efetivando-se forçosamente – transforma a própria organização dos serviços médicos públicos em sua estrutura?**

De imediato, ao formularmos tais questionamentos, pretendíamos superar a mera repetição de todas as mazelas do Sistema Único de Saúde, freqüentemente difundidas de forma sensacionalista pelos meios de comunicação. Os fatos mostrados, e por "todos" conhecidos, leva-nos quase sempre a uma rápida conclusão: o direito não existe de fato. Da mesma maneira, é importante superarmos as "fórmulas prontas" e fáceis presentes nos diagnósticos sobre o SUS: faltam verbas (resposta: mais verbas) e um gerenciamento racional (resposta: concorrência entre os "prestadores").

Os diagnósticos pessimistas e as soluções fáceis para os problemas do SUS não nos permitem compreender o *direito social* que teima em realizar-se na estrutura atual. Mesmo em um contexto de precariedade e insuficiência, acontecem ações que concretizam o *direito* e negam o "caos" como realidade **homogênea** da saúde no Brasil. Por conta disso, pensamos em realizar uma pesquisa em torno desse *direito* que se faz efetivo, mesmo quando tudo parece contradizer tal possibilidade. Ou seja, era nossa intenção investigar como as pessoas conseguem (ou não!) a *saúde* em um sistema considerado falido.

Nossas inquietações surgiram da simples constatação de que não é possível um sistema tão caótico manter vivos os seus usuários por tanto tempo. Se pensarmos no grande número de usuários do SUS e na imagem difundida desse sistema, chegamos à conclusão que o sistema produz mais morte do que vida. Ou seja, que o SUS seria uma fábrica de mortos não atendidos. O absurdo dessa afirmação impeliu-nos a investigar um SUS que oferece possibilidades, ainda que precárias e insuficientes, de recuperação da saúde, portanto, de realização do *direito social*.

Com o desenrolar do projeto inicial, fomos capazes de aprimorar a noção de cidadania com a qual estávamos trabalhando e que, em certa medida, já estava implícita nas questões iniciais do projeto de pesquisa. Para superar a discussão "estéril" em relação à efetivação dos *direitos* no Brasil, foi de suma importância tomar o direito como *meio,* e não como *fim* que nunca se alcança. Desse modo, pretendíamos destituir de sentido a crença, bastante presente no senso comum, de um real que está muito longe do ideal, ou de um ideal que nunca vira realidade. O direito não é letra morta, em relação à qual nossas práticas parecem cada vez mais distantes. Pelo contrário, ele é o *medium* capaz de traduzir para o *sistema* (Estado, mercado), no qual o código dominante é a perseguição de interesses privados, as expectativas associadas ao *mundo da vida*, ou seja, àquilo que diz respeito a todos (Cf. Habermas, 2003:112).

Nosso principal objetivo é discutir como, em suas práticas recorrentes, os detentores de um direito constitucional (re) constroem o direito conquistado. Para tanto, iremos considerar que essa conquista permite a estruturação de um espaço *institucional* que baliza as *práticas* dos cidadãos em torno desse mesmo direito. O SUS, por exemplo, é a criação contínua de um espaço institucional que possibilita aos cidadãos brasileiros a efetivação do direito social à saúde. Ao mesmo tempo que estrutura as regras para o seu exercício, esse espaço também oferece as possibilidades para a sua renovação.

Segundo Mendes (1996), o SUS é um processo em construção. Considerá-lo assim implica aceitar que uma política pública, que pretende garantir um direito de modo universal, é composta de avanços e retrocessos, ou seja, é formada ao longo do tempo e não instantaneamente. No entanto, essa afirmação não nos deve conduzir a uma conclusão fácil: *um dia* o SUS tornar-se-á realidade, é só esperar. Se assim fosse, incorreríamos na ingenuidade evolucionista de que o objetivo final da política *seria alcançado* quando houvesse, em sua gestão, acúmulo suficiente de experiências bem sucedidas. É claro que, como para toda política pública, existe um objetivo definido

explicitamente: nesse caso, a extensão e garantia do direito social à saúde para toda população. Tal objetivo, contudo, assume um caráter extremamente móvel se nos lembrarmos de que estamos tratando de um fim **político**. A definição do que seja a saúde e o direito à saúde dificilmente assumirão um significado único a partir do qual possamos medir a distância entre aquilo que *temos* e aquilo que *pretendemos* alcançar com o SUS. Ou seja, houve, há e haverá conflitos intermináveis em relação ao que seja "garantir a saúde para todos." Logo, qualquer discussão em torno de quais são os meios mais eficazes para atingir tal objetivo, deverá primeiramente esclarecer o que cada partido em disputa entende e almeja com aquela frase.

Partimos da premissa de que o SUS, mesmo que largamente positivado na Constituição e na legislação infra-constitucional subseqüente, antes de ser um processo que visa a um objetivo claro, é uma política pública disputada e negociada continuamente. Exemplo disso são as tensões envolvendo os movimentos sociais, secretários de governo, prefeitos, governadores, câmaras, assembléias, conselhos e ministros. Esses conflitos – em grande medida, alimentados pelas lutas diariamente travadas pelos cidadãos em busca de atendimento médico – permitem-nos afirmar que a efetivação de um direito não é meramente um processo visando a um fim ideal, mas um *espaço institucional* constituído por sujeitos sociais situados na história.

É a partir de um contexto social específico que os sujeitos tornam o direito à saúde uma realidade tangível. Essa realização pode ser encarada como um processo de construção daquilo que *esses* determinados sujeitos consideram como direito à saúde. Todavia, vale reafirmar, isso não significa que estejamos tratando de uma etapa a mais na construção do SUS, pois não podemos prever nem sua mera continuidade e nem a permanência dos mesmos significados que a ele hoje estão associados.

As diferenças políticas, sociais e econômicas entre as regiões brasileiras, ou mesmo a profunda desigualdade social entre os moradores de uma única cidade ou estado da federação, não nos permite sequer concluir que o SUS seja um sistema que garanta, de modo uniforme, a efetivação do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. A construção desse sistema em uma metrópole não dispõe dos mesmos limites e possibilidades existentes em cidades menores ou em municípios menos urbanizados. As diferenças sociais em uma cidade como São Paulo, por exemplo, pressupõem ações específicas como resposta às necessidades desiguais dos moradores do Jardim Ângela ou dos moradores de Pinheiros, mesmo que formalmente todos sejam usuários de um sistema **único.**

Além da desigualdade social, há um outro fator que diferencia e distancia bastante o modo de efetivação do SUS nos estados e nos municípios: a alternância de poder como princípio do regime democrático. Mesmo sendo uma política com fundamentos constitucionais, o que garante certa estabilidade com relação a fatores conjunturais adversos, o Sistema Único de Saúde acaba sofrendo o impacto dos projetos e dos objetivos do governo de plantão. Para tanto, basta lembrarmos que por aproximadamente quatro anos o município de São Paulo não integrou esse sistema, posto que o Conselho Nacional de Saúde desaprovara o PAS, ou o Plano de Atenção à Saúde, de autoria do Executivo Municipal.

Ao evitarmos uma abordagem teleológica dos direitos (da cidadania, do SUS) não ignoramos os processos anteriores que, em larga medida, contribuíram para a formação do contexto social específico no qual nossa problemática aflora. Nesse sentido, é muito importante considerar a história recente das derrotas e conquistas dos cidadãos brasileiros no que toca à garantia dos direitos da cidadania. O Estado e suas políticas têm uma história. E tal história é significativa para a compreensão dos arranjos atuais daquelas instituições, dos limites e possibilidades que oferecem para a construção de um SUS que garanta a universalidade, a integralidade e a promoção do direito social à saúde.

Os sujeitos sociais, ao se movimentarem num espaço institucional que, simultaneamente, assegura a sua existência e deles depende para o seu surgimento e continuidade, serão aqui designados como *cidadãos*. Porém, ao focarmos nossa atenção no consumo e na prestação de serviços médicos – realidade parcial dentro da amplitude de tudo aquilo que pode ser considerado como direito social à saúde – qualificaremos esses cidadãos com mais um epíteto: aqui eles serão chamados de *cidadãos-usuários*. A segunda parte do termo é largamente utilizada em todos os documentos e nas unidades do SUS: todos são identificados somente pelo termo usuário. Como não estamos analisando meramente o consumo, mas também os fundamentos de bens e serviços distribuídos coletivamente, devemos modificar o nome *usuário* ajuntando-lhe aquilo que, para nós, dá origem à sua existência – a sua cidadania. Conseqüentemente, não se trata de qualificar o usuário, mas o cidadão, pois, entre esses, há os usuários e os não usuários.

Augusto (2001) nomeou o cidadão que se dispõe a assumir privadamente os gastos com serviços médicos como "cidadão-consumidor". Isso serve para chamar a nossa atenção para o seguinte fato. Mesmo possuindo o direito aos serviços médicos

prestados pelo SUS, uma parcela significativa da população brasileira acaba por comprá-los de produtores privados. Formalmente, esses sujeitos continuam na esfera do direito constitucional ("A saúde é um direito de todos."), ainda que, no que toca aos serviços médicos, tenham solucionado privadamente a questão. Partilhamos dessa análise, contudo, propomos algumas alterações naquela nomenclatura. Nomearemos de *cidadãos-usuários* àqueles que encontramos nas UBS(s) e nos hospitais públicos. Sua principal característica é possuírem o serviço público de saúde como destino preferencial, ou seja, partilham o fato de que, na maioria das vezes em que precisam de serviços ou insumos médicos, não desembolsam nenhuma quantia monetária para o pagamento **direto** pelos bens consumidos. Ao contrário, quando falamos dos sujeitos que possuem como destino mais comum os serviços privados – pelos quais pagam com dinheiro próprio ou de terceiros (empregador, tutor, mantenedor) – estaremos falando de *cidadãos-clientes.* Achamos útil realizar essa distinção para não provocar confusão ao falarmos do consumo de serviços médicos pelos usuários do SUS. Estes, como aqueles, também são consumidores. Porém, consumidores de serviços diferenciados e reveladores da posição que ocupam em nossa estrutura de estratificação social.

Essa, aliás, é uma outra premissa importante do nosso trabalho e que foi ganhando consistência ao longo da pesquisa. Ao sublinhar a cidadania como condição/situação definidora dos sujeitos sociais, é imprescindível, sob pena de falseamento da realidade, expor as outras condições/situações vividas e experimentadas por esses mesmos sujeitos (cidadãos). A mais importante delas, para este trabalho, será a posição/situação/condição material e simbólica desigual que sujeitos formalmente "iguais" ocupam no espaço social.

Dessa forma, resumidamente, o objetivo deste trabalho consiste em demonstrar como sujeitos sociais identificados de modo complexo (cidadão, pobre, rico, classe média, assalariado, desempregado, escolarizado, parcialmente escolarizado), podem, ou não, efetivar os direitos conquistados ao se movimentarem num *espaço institucional* específico que, ao mesmo tempo que baliza suas ações, também é modificado por elas.

1.2 Procedimentos da Pesquisa

Um recorte proposto pelo nosso objeto, e necessário para a operacionalização da pesquisa, era tomar o *direito social à saúde* na dimensão do serviço médico e suas extensões (exames, remédios, terapias). Ainda que tal posição possa ser tomada como uma submissão à compreensão majoritária sobre o que é *saúde*[1], ela é rica para comprovar ou não as hipóteses desenvolvidas no próximo item. O não atendimento constitui um momento limite para os sujeitos. De maneira geral, os indivíduos buscam os serviços médicos, quando estão doentes, para justamente recuperar aquilo que consideram perdido: a saúde. A saúde é mais *facilmente* compreendida como ausência de doença e não como algo dependente de um conjunto de variáveis. Quando estão doentes, em sua maioria, os indivíduos desejam atendimento rápido e eficaz. Isso porque a concepção atual de saúde e de medicina nas sociedades capitalistas legitimou socialmente o saber e a prática médica, considerados capazes de restabelecer a saúde e, quando não, de pelo menos figurarem como tentativas possíveis. Mesmo quando um sujeito diz não acreditar nos poderes da medicina e de seus profissionais, ele é instado a ir, ou levado em um momento crítico, a um pronto socorro ou a qualquer estabelecimento médico/farmacêutico. Mesmo que não acredite na eficácia daqueles procedimentos, aqueles que o cercam acreditam e o acabam destinando a um serviço médico. Portanto, quando não atendido, o indivíduo percebe que as suas chances de recuperar a saúde perdida estão sensivelmente diminuídas. O que esse momento engendra, como os *sujeitos sociais* em tal situação agem, são as perguntas que conduziram o recolhimento do material empírico.

Entre os procedimentos utilizados está a reconstrução da *história da cidadania* no Brasil e em São Paulo, enfatizando, obviamente, a constituição do terceiro elemento constitutivo da *cidadania*: os *direitos sociais*, especialmente a *saúde*. Para isso

[1] A saúde é cada vez mais compreendida como determinada por um conjunto de fatores, de tal maneira imbricados, que ampliam a própria concepção do *direito social à saúde*. Segundo essa concepção, a saúde não é só "conquistada" por meio do serviço médico especializado e de remédios. O *direito social à saúde* é também o direito à prevenção de doenças e à promoção de uma vida saudável. Essa concepção do direito e da saúde, presente no SUS, amplia o campo de atuação do *Estado* e dos médicos. Ao mesmo tempo, afirma que a política de saúde deve ser desenvolvida "inter - setorialmente" (ou inter - ministerialmente). Isso quer dizer, uma Política de Saúde ampliada envolve, além do Ministério da Saúde, a participação do Ministério da Economia, do Planejamento, do Trabalho, da Educação, da Cultura, etc. Porém, essa não é a compreensão mais praticada. Devido, entre outras causas, à crescente incorporação tecnológica e ao progresso das ciências da vida, a saúde é majoritariamente encarada como dependente, em sua maior parte, de um atendimento médico sofisticado tecnologicamente, no qual a requisição de exames precisos e caros se torna o objeto de desejo da maioria dos pacientes e médicos.

recorremos à Bibliografia especializada a respeito das noções de *cidadania, direito social e direito social à saúde.*

Ainda entre os métodos e técnicas a mobilizar, foram previstas a realização de entrevistas abertas e fechadas. Num primeiro momento, imaginamos que as entrevistas fechadas pudessem ser feitas no Hospital das Clínicas. As abertas seriam realizadas nas residências de alguns usuários. No entanto, as discussões do projeto[2] impulsionaram a decisão de realizar as entrevistas somente numa unidade básica, ao mesmo tempo que seria desenvolvida uma observação acurada do seu dia-a-dia (etnografia). Essa escolha nos possibilitaria entrevistar também os funcionários (médicos e auxiliares de enfermagem) e observar suas práticas rotineiras. Por outro lado, descartamos o Hospital das Clínicas devido a seu tamanho gigantesco, o que nos obrigaria a selecionar uma única especialidade dentro das clínicas. Teríamos ainda de descobrir se essa especialidade era ou não representativa do hospital e, mesmo que fosse, não haveria a proximidade que teríamos na UBS com todos aqueles que "fazem" o SUS – usuários e funcionários.

Não estabelecemos o número de pessoas a serem entrevistadas, já que a observação direta da UBS e as entrevistas semi-estruturadas são comumente agrupadas no que chamamos de técnicas qualitativas, o que nos dispensa de uma determinação rígida do número de entrevistados. Essa dispensa de uma quantia fixa é decorrência do elemento qualitativo dessas técnicas: uma aproximação profunda com a realidade estudada, ainda que às expensas da possibilidade de generalização das conclusões da pesquisa. Estabelecemos a **saturação** como critério para a interrupção das entrevistas: quando o conteúdo começasse a se repetir, elas seriam interrompidas.

A partir das primeiras entrevistas, delineamos dois roteiros mínimos para serem utilizados na UBS: um para os usuários e outro para os funcionários. Os roteiros e uma discussão a respeito da aplicação dos instrumentos selecionados serão discutidos mais adiante.

[2] 1)Entrevista com a banca dos professores do Departamento de Sociologia encarregados da seleção dos projetos de pesquisa; 2) Seminário de Projetos, 2º semestre de 2004, com alunos do Programa de Pós Graduação em Sociologia da USP.

1.3 Forma de análise dos resultados (hipóteses)

As respostas das entrevistas, referidas ao pano de fundo que é a própria constituição da cidadania social entre nós, deveriam possibilitar a compreensão dos contornos atuais e problemáticos da efetivação dos direitos civis, políticos e sociais no Brasil. Os dados recolhidos, em confronto com aquilo que historicamente se concebeu como cidadania, foram previstos para nos permitirem visualizar as mudanças que podem estar ocorrendo na concepção e efetivação dos direitos entre nós. O direito efetivado pelos agentes tem como conseqüência a transformação, ainda que imperceptível, de relações sociais cristalizadas. Mais que isso, essas ações anunciam possibilidades de mudança do que aí está posto, criando e recriando a história da cidadania no Brasil.

Dessa forma de análise dos dados, surgiram as hipóteses deste trabalho:

A – As *ações dos sujeitos*, de alguma forma, tornam possível a realização do *direito social à saúde*, mesmo numa estrutura precária e insuficiente.

B – Se o SUS é um processo em construção, o *direito social à saúde* também o é. Logo, para além do "caos", podemos esperar ações que instituam de fato o direito. Porém, limitadas pela própria estrutura em que acontecem, essas ações acabam lançando mão de recursos contraditórios com os princípios estruturantes da *cidadania*. De modo que tais ações podem criar (e ser criadas pelo) o *cidadão* ou o *consumidor*.

C – Nesse processo, o *direito social* e o SUS são ressignificados e transformados. Tais transformações apontam para a necessidade de compreensão dos *processos sociais* a partir do *momento histórico* da sociedade na qual estão inseridos. A própria estrutura da sociedade brasileira e do seu sistema de saúde, como a *história da cidadania* – especialmente da e na cidade de São Paulo – fornecerão elementos explicativos para a compreensão do estado atual do *direito social* entre nós.

D – Mesmo aqueles que não conseguiram nenhum atendimento (será possível?), criaram, de uma maneira ou de outra, alguma saída. Quais foram essas saídas? A pesquisa nos permitirá descrevê-las.

2. Problemas teórico-metodológicos

Ante os comentários das primeiras versões de nossa dissertação, sentimos a necessidade de discutir alguns dos problemas teórico-metodológicos apontados, a fim de que os dados recolhidos na pesquisa de campo tivessem melhor aproveitamento. Um dos fundamentos implícitos de nosso projeto era o de que as ações dos indivíduos podem provocar mudanças significativas nas estruturas sócio-históricas que balizam suas ações. Desse modo, o que nos moveu a dirigir um olhar atento para os usuários do SUS era a pressuposição de que, na sua busca por saúde, os cidadãos o transformam em sua estrutura, tornando-o assim, um espaço institucional mais eficaz na efetivação do direito à saúde. Os fundamentos teóricos e metodológicos dessa abordagem podem ser encontrados em *A constituição da sociedade,* de Anthony Giddens (2003). Segundo esse autor, as estruturas que constituem limites para a ação dos indivíduos oferecem também possibilidades de mudanças, por meio dos recursos implicados em qualquer interação social: o cenário da ação, a linguagem ou a própria capacidade dos indivíduos de agirem de outro modo. Essa valorização da capacidade dos indivíduos de agirem e, portanto, de transformarem o seu contexto sócio-histórico, ia ao encontro de uma angústia e desconforto pessoais com relação à participação política dos cidadãos e à política institucional. Assim, passamos a organizar nossa pesquisa a partir de dois princípios: 1) a criação constitucional do SUS foi fruto de um momento histórico específico, em que foram projetadas as estruturas de um sistema público de saúde que permitiria 2) aos cidadãos continuar recriando as estruturas desse sistema a fim de efetivar o seu direito. De fato, esses princípios representaram a tentativa de apreensão das formas de estruturação do SUS em dois momentos históricos distintos: aquele de sua criação e o atual.

Nos primeiros tempos de criação do atual sistema de saúde, os movimentos sociais eram os protagonistas da história. Naquele momento de redemocratização, a construção (ou estruturação) da política era visível a olho nu. Isso ficou bastante claro em 1988, quando o direito à saúde, gratuito e universal, foi estabelecido na Constituição Federal. Até esse momento o que tínhamos eram projetos e anteprojetos, Inamps versus SUDS, Ministério da Previdência Social versus Ministério da Saúde, estatização versus privatização. Com a pressão popular – passeatas, protestos – capitaneada pelos médicos sanitaristas que abraçavam a Reforma Sanitária, foi possível constituir um cenário ímpar na história dos direitos sociais no Brasil.

É importante atentar para algumas diferenças importantes entre esse contexto e o das conquistas dos direitos sociais durante o século XX. Se, em relação às primeiras experiências de garantia de assistência médica, devemos sempre nos reportar ao mundo do trabalho – tratava-se de um *direito social dos trabalhadores* –, na experiência que forjou o SUS, a referência será sempre a condição dos cidadãos (e não a do trabalhador). A ênfase na cidadania e não no direito trabalhista revela-nos, por um lado, um dos principais sujeitos políticos que participou do movimento que impulsionou a mudança no setor – os "cidadãos de segunda classe" que estavam excluídos do sistema de assistência médico-curativa comandado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e ao qual apenas os trabalhadores formais tinham acesso. Por outro lado, na ausência de uma movimentação significativa dos trabalhadores formais na reivindicação de um direito social universal, há quem enxergue os fundamentos da explicação acerca da situação de "abandono" do SUS por aqueles que ocupam as melhores posições no mercado de trabalho urbano[3]. O SUS não foi uma conquista de trabalhadores coletivamente organizados, mas de sujeitos que acreditavam na imprescindível expansão da cidadania com vistas à inclusão, em seu bojo, daqueles que estando fora do mercado de trabalho, contavam com uma assistência médica pontual e restrita.

Contudo, estava bastante claro para nós que aqueles "novos personagens" que entraram em cena (Cf. Sader, 1988) nos finais da década de setenta e durante a década de oitenta, já não apareciam mais na esfera pública de forma tão marcante e estridente. Assim, seria correto afirmar que o ímpeto que pôs em movimento alguns milhares de cidadãos na luta por saúde já não está presente nos dias de hoje. Aliás, esse é um pressuposto implícito no principal questionamento da pesquisa: "Como as ações dos cidadãos-usuários conseguem efetivar o direito à saúde, num sistema precário e ineficaz?" Há alguns anos, provavelmente, tal pergunta não seria formulada. Talvez, estaríamos muito mais interessados nos movimentos sociais, na sua gênese e na sua continuidade, nos avanços, retrocessos e nos seus modos de reivindicação de direitos.

Ao voltarmos o olhar para as possibilidades de efetivação ou não do direito à saúde, queríamos ater-nos às possibilidades de construção de um direito e de uma

[3] Conforme veremos adiante, a baixa adesão ao SUS daqueles que estavam e estão formalmente empregados é uma das explicações acerca das escassas reivindicações pela melhora do sistema pelas organizações sindicais, por exemplo em Menicucci, 2003. Para uma significativa parcela da população brasileira que paga pelo atendimento privado, o SUS não é reconhecido como um direito do cidadão. Pelo contrário, é antes expressão do inescapável destino de algumas de nossas políticas sociais: um serviço pobre destinado aos mais pobres.

política em um *cenário de pós-conquistas*. Acreditávamos que, diante das dificuldades encontradas, o usuário mais simples do sistema mobilizaria recursos diversos para tornar efetivo um direito assegurado pela Constituição. É por isso que mobilizamos não somente a categoria de *usuário*, mas a de *cidadão-usuário*[4]. Mesmo que de forma não dita, mesmo sem nos dar uma expressão clara e pensada do que faz, poderíamos inferir uma construção do direito com instrumentos diferentes daqueles utilizados pelos cidadãos nas suas conquistas ditas memoráveis. Portanto, esperávamos que as ações dos usuários pudessem também nos fornecer as pistas para uma outra compreensão da cidadania. Para alcançar essa compreensão tínhamos como hipótese o fato de que, apesar dos usuários SUS não estarem constantemente nas ruas reivindicando melhorias no sistema, eles poderiam ser reconhecidos como *cidadãos atuantes*. Por isso, em nossa pesquisa, pretendíamos ater-nos ao encontro entre o prestador e o consumidor de serviços que, na sua *interação*, exibiriam traços significativos daquilo que compreendíamos como uma contínua estruturação do SUS.

Não imaginávamos que cidadãos-usuários e funcionários fizessem um SUS mais concreto. Da prestação e consumo de serviços não se origina algo com uma objetividade maior do que as leis ou do que um objeto material – um documento com propostas, por exemplo. A ação daqueles atores "privilegiados" do nosso ponto de vista só poderia ser produtora de um sistema a partir da perspectiva do pesquisador. Isso não significava, e nem significa, que os sujeitos sociais envolvidos na dimensão dos serviços (produção e consumo) não saibam o que é direito e que, de fato, não se sintam como sujeitos detentores de direitos.

Por fim, pretendíamos exemplificar, com os casos recolhidos por nossa pesquisa de campo que, ao mesmo tempo que a estrutura do SUS – suas leis e normas ou, o seu aspecto legal-administrativo – baliza a ação dos cidadãos-usuários, ela também estaria aberta a transformações impulsionadas pelas tentativas dos sujeitos de obterem atendimento médico, exames e medicamentos[5].

---

[4] O que, por seu turno, implica considerar seus pares: o funcionário e os responsáveis pela implementação da política de saúde no nível municipal.

[5] As dificuldades que encontramos, ou melhor, as grandes transformações que **não** achamos, nos levaram à seguinte formulação. "É claro que a observação de eventos que provocam modificações significativas não implica a busca das relações causais nitidamente determinadas entre os eventos e as mudanças ocorridas nas estruturas do SUS ao longo do tempo. Na maior parte dos casos, a ação política que muda o sistema é uma reação. Mas isso não quer dizer reação imediata. Mesmo um problema não solucionado – o que poderia representar uma negação da nossa hipótese – indica possibilidade de mudança estrutural do SUS na medida em que constitui um problema à espera de respostas institucionais."

Nesse antigo formato de nossa pesquisa, resumíamos bem o nosso intuito a partir do título de um conhecido estudo sobre o tema. Assim, ao compreendermos o SUS "**como direito e como serviço**" (Cohn *et alii*, 1991), formulávamos mais uma vez e de modo sucinto, a principal hipótese do nosso trabalho. Pois, ao perguntar como as ações dos sujeitos efetivam o SUS, estamos implicitamente reconhecendo que a demanda pelo serviço está fundada num direito. Realidade de mão dupla, na qual o direito, desdobrando-se necessariamente num serviço continuado, implica(va): 1) criação de um espaço institucional no qual as "práticas" dos cidadãos 2) provocam alterações na estruturação dos serviços (do sistema) que, por sua vez, 3) provocam novas compreensões, interpretações e até recriações da norma positiva que assegura a continuidade desse mesmo espaço.

A seguir, relatamos as alterações teórico-metodológicas feitas no projeto inicial. Será possível perceber como elas têm ligações estreitas com algumas das dificuldades que surgiram em nossa pesquisa de campo.

2.1 Mudanças a partir das dificuldades encontradas

Ao entrevistar os cidadãos-usuários na UBS, a primeira pergunta que fazíamos era "Você tem conseguido atendimento médico?" ou "Você conseguiu marcar a consulta?". O objetivo dessa questão era recolher experiências individuais que mostrassem as dificuldades "monstruosas" enfrentadas pelos cidadãos-usuários na obtenção de uma consulta no SUS. Na verdade, nosso objeto principal seriam os recursos variados empregados pelos sujeitos na obtenção daquilo que necessitavam. O equívoco dessa primeira questão estava no pressuposto de que o atendimento não estava acontecendo ou que só acontecia após muito esforço individual. A realidade, no entanto, parecia ser outra, pois a maioria das pessoas com quem conversávamos nos dizia que havia marcado a consulta, mesmo que com certa demora. Assim, o nosso "problema" começou a surgir justamente quando foi ficando claro que, de uma forma ou de outra, o acesso ao atendimento médico-curativo está acontecendo. Daí em diante, foi difícil encontrar um SUS sendo construído de forma problemática e negociada como imaginávamos.

No entanto, será que a partir das primeiras respostas "positivas" poderíamos concluir que os problemas em relação à efetivação do direito à saúde na cidade de São Paulo estavam sendo solucionados a contento? A resposta é não. Mas, por quê? Em primeiro lugar, devemos ter em conta que, apesar de serem atendidos, os entrevistados

relataram certas dificuldades. Freqüentemente, queixavam-se: 1) da dificuldade no acesso ao especialista, para os quais a primeira consulta é sempre problemática e o retorno muito demorado; 2) da dificuldade para a realização de exames e na obtenção dos medicamentos. Nesse cenário, não eram poucos os que desistiam da espera e acabavam realizando o exame num laboratório privado ou comprando o remédio que precisavam.

Um sinal dessas dificuldades era a Lista de Espera para a Ortopedia. Quando um determinado especialista ou exames são requisitados por algum médico da unidade e aí não estão disponíveis, o paciente entra numa lista de espera para que tais serviços lhe sejam prestados numa outra unidade. Assim, na UBS X temos ortopedia. Na unidade Y, que não possui ortopedia, é organizada uma lista de espera para o ortopedista da unidade X. Essa espera pode durar meses. Enquanto estive no campo, a maior lista de espera era a da Ortopedia, com mais de 500 pessoas esperando pelas vagas.

Os pacientes, que possuem em mãos um encaminhamento dado por algum médico da unidade, deixam seu nome e um número telefônico. As vagas, conforme vão sendo enviadas pela unidade que é referência no serviço, vão sendo entregues para os que estão na lista. No dia em que a vaga chega, que, na verdade, é uma senha enviada pela unidade cedente, com o endereço, data e horário do serviço, um ou dois funcionários telefonam para os primeiros da lista e assim sucessivamente. Acontece que são muitos os telefones apenas para recados e a pessoa em questão, sem saber da possibilidade, não vem buscar a senha. Outras vezes, a pessoa conseguiu a consulta em outro lugar ou pagou pelo serviço. Esse "conseguir em outro lugar" que os usuários relatavam era para nós a maior comprovação de que a questão do atendimento não estava tão bem resolvida como nos apontavam as primeiras entrevistas. De fato, parte significativa dos serviços a que tiveram acesso foi fruto da peregrinação efetuada por várias unidades, o que nos dava a sensação de que o direito acabava sendo efetivado, mesmo que os trajetos fossem longos e descontínuos.

Desse modo, apesar de a maioria dos entrevistados ter conseguido atendimento, a resposta à pergunta "O que você acha da situação da saúde hoje, no Brasil?" invariavelmente era: está ruim, muito ruim, péssima. Respostas que nos remetiam às marcas mais distintivas do nosso sistema de saúde público: a precariedade e a insuficiência. Conforme mostram os dados[6] de 2001, a maioria dos distritos sanitários

[6] Conforme tabela apresentada em Coelho & Pedroso (2002), em 2001, foram realizadas 7.466.374 consultas básicas na cidade de São Paulo, pelo SUS. Para o distrito de Itaquera, esse número foi de

de São Paulo apresentou um número de consultas básicas[7] menor que 1, por habitante ao ano.

Com um determinado número de entrevistas, ficou claro que a situação era a seguinte: relativa facilidade para conseguir consulta com o clínico geral, com o (a) ginecologista ou o (a) pediatra e dificuldades em relação ao acesso a outros especialistas, exames e medicamentos. O recorrente aparecimento desses dados nas entrevistas, fez com que encerrássemos nossa pesquisa de campo[8]. Naquele momento, tínhamos a impressão de que a ênfase em certos arranjos institucionais promovidos pela gerência da unidade poderia representar uma forma de construção do SUS e, portanto, poderiam ser também uma confirmação de nossa hipótese e uma "salvação" de nosso trabalho. Oportunamente, apresentaremos e faremos a crítica de tais arranjos.

Após o exame de qualificação, pudemos notar, em todo nosso trabalho, a marca constante de um elemento **normativo**, que "idealizava" fortemente os dados disponíveis[9] e que estava presente sobretudo no modo como tentávamos enfatizar que o SUS era um sistema aberto ao sucesso graças às saídas que os sujeitos (deveriam encontrá-las!) encontravam para solucionarem seus problemas. Ou seja, insistíamos em

---

222.860, que representava menos de uma consulta por habitante ao ano (O,7). Entre os distritos, o melhor nesse item é o de Santa Cecília, com 2,0 consultas por habitante ao ano. Já o pior foi o Jardim Ângela, com 0,2 consultas por habitante ao ano. (Coelho & Pedroso, 2002:146)

[7] "Segundo a Portaria nº. 1121/ 2002 do Ministério da Saúde, trata-se de consulta/atendimento de urgência em clínica básica; consulta/atendimento de urgência em clínica básica com remoção; atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma; atendimento clínico para indicação/fornecimento de DIU; consulta pré-natal; consulta em clínica médica, consulta gineco-obstétrica; consulta em ginecologia; consulta em pediatria; consulta médica do Programa Saúde da Família; consulta médica domiciliar; consulta médica para hanseníase." (Coelho & Pedroso, 2002: 142, nota 3)

[8] O questionário de nossa pesquisa poderia ser substancialmente diferente se, à época da formulação do nosso projeto de pesquisa, tivéssemos travado contato com o "Índice Paulista de Responsabilidade Social". Esse índice, elaborado pela Fundação Seade a pedido da Assembléia Legislativa de São Paulo, procura coletar uma série de informações a respeito das condições de vida da população do estado de São Paulo. Um dos seus desdobramentos foi a "Geração de Indicador de Esforços em Saúde". Por meio de uma metodologia refinada buscou-se classificar os municípios de São Paulo no que tange aos "esforços governamentais" na área da saúde. Segundo o documento, o município de São Paulo possui o menor índice de esforços em atenção básica (5,00). Associado a isso temos que "70% da produção ambulatorial dos estabelecimentos públicos e privados vinculados ao SUS concentra-se nos procedimentos de Média e Alta Complexidade tecnológica". (Seade, 2003: 21) Ora, é perfeitamente compreensível que os entrevistados sintam dificuldades em conseguir uma consulta com um especialista já que, enquanto tivermos baixos índices de atenção básica, maior será a pressão sobre os serviços de média e alta complexidade. Pressão exercida não só pela demanda dos munícipes, mas também pelos habitantes dos municípios vizinhos que, de porte menor, se concentram nas ações básicas de saúde.

[9] Nada mais distante daquilo que estava proposto em nosso objetivo inicial: não medir a realidade pelo ideal (o SUS a ser alcançado), mas encarar na tensão entre o real e o ideal (o direito) os elementos constitutivos de uma prática social concreta.

afirmar que as ações dos sujeitos sociais poderiam superar os limites do SUS e, assim, construí-lo a partir das possibilidades presentes nesse espaço institucional. Ou de outro modo, o que idealizava nossa visão do SUS era a crença segundo a qual as ações dos sujeitos são potencialmente transformadoras em si mesmas. Afinal, como afirma Giddens, *"a ação depende da capacidade do indivíduo de 'criar uma diferença' em relação ao estado de coisas ou curso de eventos preexistente."* (Giddens, 2003: 17). Ainda que concordemos com o autor, o nosso problema passava a ser o seguinte: é possível ver na soma das ações dos sujeitos, na "curta duração" de uma pesquisa como essa, a construção/transformação de um espaço institucional como o SUS? Não há, aqui, um **juízo de valor** que coloca na ação do sujeito um potencial de transformação estrutural, dado que a ação política institucional se mostra tão estéril no que tange à criação e a solução das questões sociais?

Graças a essa preocupação com a construção do novo e, na ânsia de desconstruir o velho discurso otimista dos ardorosos defensores do SUS, para os quais o SUS ideal é bom e o SUS real é que não presta, o nosso projeto inicial de pesquisa não previa nenhum tipo de questionamento pelo qual os entrevistados pudessem avaliar o atendimento que tinham recebido. Ou seja, não nos preocupamos em investigar a qualidade dos serviços utilizados, pois o que importava para nós era capturar o potencial da ação dos indivíduos ante uma situação limite como, por exemplo, a negação do atendimento médico em uma unidade. Na verdade, acreditávamos também que as respostas em relação à qualidade nos enredariam num murmúrio colossal a respeito dos defeitos do SUS, da má qualidade de suas ações, da sua ineficácia. Como poderíamos encontrar as saídas que desejávamos se ficássemos prostrados diante do "Muro de Lamentações" erguido pelos cidadãos-usuários?

Além disso, imaginávamos que uma investigação acerca da qualidade ou não do SUS deveria ser resultado de uma série de variáveis controladas, para que não ficássemos com a primeira resposta dos sujeitos. Essa primeira resposta, que ocasionalmente ouvimos, se limita, em geral, a uma aprovação positiva como: "Ah, achei bom". Avaliação perfeitamente inteligível quando sabemos que uma parcela dos usuários desse sistema não dispõe de quaisquer outros parâmetros externos para avaliar o serviço a que tem direito o que, muitas vezes, resulta numa avaliação pautada por variáveis que põe em ênfase o singular, a experiência do indivíduo, e não a resolutibilidade dos procedimentos médico-curativos adotados. Destacam-se entre essas variáveis a proximidade ou distância do serviço, o tempo de espera para conseguir o

serviço, o tempo de espera no dia do atendimento, a simpatia ou antipatia dos funcionários, a cordialidade do médico, o reconhecimento da eficácia da ação do médico, entre outras passíveis de serem perscrutadas nas respostas dos cidadãos-usuários.[10]

Num cenário em que a maioria dos entrevistados afirmava que conseguiu atendimento médico, o não questionamento acerca da qualidade desse atendimento limitou o alcance da nossa investigação. A pergunta "Mas qual atendimento?" introduziria um complicador bastante interessante para o ponto de vista que afirma que o SUS é um processo em construção. Pois, desse modo, poderíamos apreender, segundo a lógica de utilização dos usuários, que tipo de sistema está sendo construído ou, que tipo de sistema está sendo destinado aos cidadãos que não possuem entre suas opções a possibilidade do atendimento privado.

O elemento normativo de nossa perspectiva e o não questionamento acerca da qualidade do sistema, não nos fez duvidar da precariedade do SUS. Pelo contrário, já no nosso projeto de pesquisa, tal consideração era um dado que nos permitia fundamentar a necessidade de os sujeitos lançarem mão de uma série de recursos – possibilidades – para efetivar o direito. No entanto, para nós, a questão da precariedade não se construía e não se constrói por oposição à suposta "eficiência" do serviço privado, no qual um único recurso, o monetário, poderia garantir, hipoteticamente, um atendimento mais eficaz e de melhor qualidade. Na verdade, o que tínhamos de antemão, *o fato de as ações dos cidadãos-usuários serem tomadas como um esforço de conquista daquilo que na verdade já possuem*, confirmava a avaliação que os usuários do sistema público fazem a seu respeito. Especialmente porque evidenciava, também, uma sentença muito presente no senso comum: "para o pobre, tudo é mais difícil". Ou seja, a precariedade do sistema não diz respeito só a instalações deterioradas e a equipamentos quebrados. Antes disso, estamos tratando da precariedade da efetivação de um direito, ou melhor, do modo precário como o direito à saúde é efetivado no sistema público de saúde, a despeito do aumento do número de atendimentos que o SUS vem realizando desde a sua implantação.

[10] "E qualidade, aqui, é explicada de distintas formas, numa distribuição tão dispersa que não permite estabelecer correlações, mas que merecem registro: tipo de relação médico-paciente, disponibilidade de equipamentos para exames diagnósticos, maior segurança de ser atendido não tendo que procurar outro serviço, porque o médico que aí atende prescreve receita, ou porque ele 'acerta', por ser menos demorado o atendimento, dentre outras." (Cohn *et alii*, 1991:120)

Assim, escolher o sistema privado não é simplesmente fugir da precariedade do SUS. É, ao mesmo tempo, instituir as políticas públicas como o lugar do precário, do pobre, já que, a escolha pela suposta eficiência do sistema privado – cujos problemas e deficiências são cada vez mais reconhecidos pelos médicos e pelos clientes das operadoras de planos de saúde – significa, para aqueles que realizaram essa escolha, que os serviços públicos não são um direito, mas a única opção dos que não podem pagar um plano de saúde.

A partir desses elementos é possível compreender porque as pessoas afirmam que a saúde no Brasil está péssima, mesmo que, em relação a um passado não muito remoto, a situação esteja bastante diferente. O reconhecimento de que, no Brasil, a instituição do SUS, como política pública de saúde, não superou o estigma e a precariedade dos serviços prestados pelo Estado, faz-nos relacionar o incremento no número de atendimentos e a péssima avaliação que se faz a respeito desse atendimento à realidade institucional na qual estão inseridos. Em relação a essa realidade, mesmo as respostas mais recorrentes do senso comum ("consegui atendimento, mas a Saúde está ruim") podem ser reinterpretadas e relacionadas com o cenário SUS (espaço estruturado, estruturante e em estruturação) que as articula e que por elas é articulado[11], adquirindo, para nós, novos sentidos e alguma inteligibilidade.

A incongruência entre a opinião negativa a respeito da Saúde no Brasil e o aumento contínuo e positivo do alcance das ações realizadas nesse campo, desde o final dos anos oitenta, também pode ser compreendida se atentarmos para o fato de que as experiências dos indivíduos com o SUS podem ser as mais variadas possíveis, mormente, em relação ao acesso. Com base em nossa própria experiência e na das pessoas com quem conversamos, não é verdade que as negativas de atendimento ou dificuldades de tratamento sejam vividas igualmente por todos os usuários. De fato, encontramos graus distintos de satisfação entre eles. Desde daquele indivíduo que diz ter conseguido tudo que queria (atendimento, tratamento, etc.) até aquele que diz nunca ser bem atendido no SUS e que até desistiu de procurar o médico que precisava por conta da demora e das constantes negativas que recebeu[12].

[11] "Por mais parcial e parcelar que seja um objeto de pesquisa, só pode ser definido e construído em função de uma problemática teórica que permita submeter a uma interrogação sistemática os aspectos da realidade colocados em relação entre si pela questão que lhes é formulada." (Bourdieu *et alii*, 1999: 48)

[12] Segundo a Pesquisa de Condições de Vida (PCV) da Fundação Seade, 1998, 51% dos indivíduos que procuraram por serviços ambulatoriais gratuitos (SUS) na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) nos 30 dias anteriores à pesquisa, estavam plenamente satisfeitos com a capacidade resolutiva do

Na unidade em que estávamos, o maior problema era o acesso aos especialistas, sobretudo devido à insuficiência de vagas em relação às altas demandas. Esse problema era bem menos notado quando se tratava do Clínico Geral. O chamado atendimento básico parece não ser o ponto de estrangulamento do setor, talvez devido a programas como o PAB fixo[13], que garante recursos permanentes para os municípios concentrarem suas ações naquilo que é considerado atenção básica, incluídas aí a Ginecologia e a Pediatria. Isso não significa que todas as unidades estejam nas mesmas condições quanto às consultas básicas. Muitas pessoas que procuravam os serviços de Pediatria e Ginecologia da UBS em que estávamos diziam que já haviam procurado a unidade mais próxima de casa e não tinham conseguido marcar consulta.

Dadas essas considerações e diante das respostas dos usuários que afirmavam estarem sendo atendidos, ainda que com alguma dificuldade, não fazia muito sentido passar por todas as perguntas do roteiro. Por isso, nesses casos, preferimos conversar informalmente com as pessoas, sem apresentar-lhes o consentimento, sem gravações e sem entabular a conversa numa sala fechada.

Talvez, tivesse sido possível obter dados mais variados sobre as experiências das pessoas na busca pelo atendimento mediante o aumento do número de entrevistas a serem realizadas em diferentes unidades da capital. Provavelmente, unidades mais problemáticas, com menos médicos, medicamentos e exames, poderiam significar usuários lançando mão de expedientes diversos e mais complexos na consecução de seus objetivos, práticas que almejávamos encontrar no início de nossa pesquisa.

Após a constatação da inadequação da hipótese a respeito da construção do SUS, resolvemos organizar a exposição do principal material que dispomos – as entrevistas – em torno das tensões que mais estiveram presentes no decorrer da pesquisa. Dessa forma, tentamos abandonar aquele elemento fortemente normativo que pretendia encontrar em todas as entrevistas a construção de possibilidades e saídas para os impasses do nosso sistema público de saúde, sendo inventados não no nível macro da

---

atendimento. Por outro lado, para 34,7% o problema para qual procuraram solução foi resolvido parcialmente, enquanto que, para 14, 3% o problema não fora resolvido. (FUNDAÇÃO SEADE, 1998: Acesso aos Serviços de Saúde – Satisfação dos Usuários)

[13] "Os recursos para custeio da parte fixa do Piso de Atenção Básica foram fixados, em 23 de setembro de 2004 (Portaria nº 2.024/GM), em R$ 13 (treze reais) por habitante ao ano − valor mínimo − e em R$ 18 (dezoito reais) o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal. O repasse desses recursos segue o critério *per capita*, recebendo o município um valor proporcional a sua população residente." (IPEA, 2005: 62)

política institucionalizada, mas no dia-a-dia dos cidadãos-usuários. O que se coloca a seguir são tensões entre o SUS legal, normativo e ordenado e as experiências dos cidadãos-usuários. Não sabemos se essas ações constroem o sistema de forma positiva, ou, ainda, se elas expressam novos padrões de exercício da cidadania. Ao reconhecer e interpretar as experiências dos indivíduos com o SUS, tomamos por referência a estrutura legal desse espaço. Porém, isso foi feito com o intuito de explorar melhor os nossos dados e não para "forçar" a mudança do sistema a partir das dificuldades que os cidadãos-usuários encontraram ao tentarem efetivar o atendimento médico.

A compreensão das tensões entre o normativo e o efetivo não pretende criar uma dicotomia estéril entre ideal e real. Por isso, não abandonamos nossa concepção inicial segundo a qual o SUS é um espaço institucional que baliza e estrutura as ações dos sujeitos e, é claro, o pressuposto de que as ações dos sujeitos reverberam de alguma forma em sua estruturação. Entretanto, o que pudemos perceber é que elas reverberam sim, mas não na forma fácil e ingênua de uma transformação diária e visível. Assim, é preciso reafirmar que o real não deve ser entendido pela distância que mantém do ideal, do direito. Pelo contrário, o vivido deve ser compreendido a partir das tensões que mantém em relação ao que a lei prescreve como ideal, posto que é essa mesma lei que funda a possibilidade desse real ser vivido desse modo e não de outro. Dessa forma, **nosso objetivo passou a ser o de reconhecer como o cenário estruturado e estruturante do SUS representa a manutenção e a (re) criação de tensões em torno do direito à saúde e da possibilidade de sua efetivação.**

Uma explicação: ele é **estruturado** porque possui regras e normas que o organizam, possui práticas que se repetem, dentre outras características permanentes que o definem. Ele é **estruturante** porque assim que o cenário SUS é organizado, ele passa a organizar também as ações dos cidadãos-usuários, ou seja, suas trajetórias devem submeter-se a determinadas estruturas que dão ordem às suas demandas/ações. Já a respeito da **estruturação**, veremos como as ações dos atores com papéis bem definidos dentro desse espaço institucional colaboram para a ordenação e criação de saídas para os problemas do SUS. Diferentemente do que previámos, foram poucas as ações que pudemos recolher e que podem ser agrupadas em torno da rubrica da estruturação.

Uma última consideração importante antes de prosseguirmos é relativa à dimensão da saúde que privilegiamos em nossa pesquisa. Sempre procuramos perguntar às pessoas se elas estavam conseguindo atendimento médico, realizar exames, pegar

remédios. Como estávamos nos perguntando pela efetivação do **direito à saúde**, considerar somente o atendimento, os exames e os medicamentos pode significar uma visão bastante restrita do direito e da análise. Será que o direito à saúde pode ser reduzido ao mero consumo de consultas, exames e medicamentos? Com certeza não, mas como veremos a seguir, o SUS também instituiu como um dos seus objetivos o cuidado e a recuperação da saúde. Ora, se essa é hoje a principal face do SUS, é preciso delinear bem os seus contornos para descobrir se, ao menos nessa forma redutora, o direito está ou não sendo equacionado. E o mais importante: quais são as condutas e as experiências mais recorrentes em tal cenário.

3. Justificativa para a escolha da UBS como lugar privilegiado para a compreensão da efetivação do direito à saúde

O Sistema Único de Saúde é um complexo de instituições criadas para interferir e modificar o *processo saúde-doença*. É também um conjunto de práticas determinadas, desenvolvidas no interior daquelas instituições. Mas é, ainda, a tentativa de concretizar um projeto social e político a partir de um princípio fundamental: "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado". Poderíamos continuar a enunciar o que seja o SUS até formarmos uma longuíssima lista. Tal empreitada seria tão inútil quanto exaustiva. Uma suposta reunião de definições nunca chegaria ao ponto de expressar uma compreensão acabada do que seja o SUS. Mesmo porque, do ponto de vista de uma pesquisa sociológica, seria bastante complicado delimitar de um único modo um conjunto de práticas sociais e políticas que varia de acordo com as ligações que mantém com o contexto histórico e social específico do qual participa. O mais importante em relação a todas as possibilidades de definição do SUS é compreender que cada uma delas põe em relevo um aspecto importante para aquele que enuncia tal definição.

Esta pesquisa tem como pressuposto que o Sistema Único de Saúde é formado por uma complexa rede de produção de serviços relativos ao processo saúde-doença. Rede que, por seu turno, é organizada segundo regras específicas, fruto dos conflitos políticos em torno da ampliação do acesso a serviços médicos e assistenciais financiados pelo fundo público.

Mas esse ponto de partida ainda é bastante amplo quando se trata de discutir a efetivação do direito à saúde por meio do SUS, nossa preocupação original. Pois essa "rede" se estende desde os serviços de prevenção e promoção até aqueles relacionados à terapêutica (exames, tratamento, remédios). Na tentativa de definir um ponto específico e delimitado, do qual pudéssemos apreender a complexidade do direito à saúde em nosso contexto histórico-social, resolvemos nos ater ao SUS que se efetiva na(s) UBS(s). Por que resolvemos "entrar" no SUS pela UBS?[14] E por que resolvemos escolher a dimensão da utilização dos serviços e não, por exemplo, empreender uma análise da estruturação legislativa do SUS ao longo dos últimos anos?[15]

[14] Em uma pesquisa como a nossa, o SUS poderia ser acessado por diferentes lugares como, por exemplo, pelo hospital, pelos laboratórios, etc. A escolha da "porta de entrada" como lugar privilegiado da nossa observação e discussão não foi baseada na lógica do acesso ao serviço (algo como: "Vamos ao SUS pelo lugar em que todos são obrigados a ir.").

[15] Agradeço a Olavo Viana Costa que no Exame de Qualificação alertou-me sobre a necessidade de tornar claro o que eu estava considerando SUS. Em grande medida, a forma de apresentação dos resultados de

Como já foi dito na introdução, nosso interesse era compreender como o SUS baliza a ação dos sujeitos sociais que se utilizam dos seus **serviços.** Ora, fica óbvio que esse interesse só pode surgir do ponto de vista de quem privilegia o *caráter redistributivo de uma política social*. Ao mesmo tempo, ficam de lado outras abordagens igualmente legítimas como, por exemplo, aquelas que privilegiam o processo sócio-histórico da construção legal e administrativa desse sistema, ou ainda, aquela que visa à exposição da tensa convivência entre o privado e o público e daí por diante, numa infinidade de abordagens válidas do que o SUS representa. Todavia, ainda que não tenhamos realizado a análise e a reconstrução histórica do processo de construção legal do SUS, a elas nos reportaremos na medida em que as ações dos sujeitos podem sugerir a existência de tensões entre elas e a norma. A nosso ver, são essas tensões que podem impulsionar a criação de novas regras ou constituir significados diferentes para as regras atuais, num processo de reestruturação do espaço responsável por materializar um direito constitucional.

Aliás, é a partir do conjunto de regras que estrutura o SUS que justificamos a escolha da UBS com vistas à compreensão da efetivação do direito à saúde. Além da tentativa de superar o acesso diferenciado aos cuidados médicos, que se dava entre os segurados e os não segurados (cidadania regulada), os formuladores do SUS lutavam contra a redução do direito à saúde ao ato médico-curativo, expressão da *medicalização da sociedade*[16]. No artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, expressão normativa da superação do acesso diferencial aos cuidados médicos ("a saúde é direito de todos"), lemos, também, que o direito à saúde será *"garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."* (Brasil, 1988) [sublinhado por mim]

Ou seja, para os que lutavam pelo SUS, seria imperioso superar o risco de doença e outros agravos e não simplesmente curar doentes. No entanto, também é

---

nossas observações deve-se especificamente a uma de suas sugestões. Como de praxe, vale lembrar que as opiniões, erros ou omissões de qualquer natureza são de inteira responsabilidade do autor deste trabalho.

[16] Processo pelo qual a medicina oficial vai aumentando gradativamente seu espaço de atuação e de regulação. Nessa trajetória, o Estado, as cidades e os pobres foram sucessivamente tomados como objetos das práticas dos médicos e submetidos ao controle e aos regulamentos da medicina oficial. Ainda nesse processo temos uma contínua equalização entre assistência médica e saúde. Ou seja, difundiu-se cada vez mais nas modernas sociedades capitalistas a crença de que, para obter saúde, o indivíduo deve necessariamente ser diagnosticado por um médico e por seus aparelhos. E, consequentemente, submeter-se aos tratamentos, conselhos e ordens por ele prescritos. (Costa, 1999; Donnangelo & Pereira, 1976)

preciso curar os doentes! E, para isso, o que havia até então eram ações e serviços desorganizados e segmentados, que formavam suas clientelas segundo a inserção profissional dos segurados. Assim, além de prevenir a doença, o Estado nacional deveria garantir que todos os cidadãos tivessem acesso a todos os níveis (universalidade) do ato médico-curativo, de forma igualitária. Para que tudo isso fosse posto em prática, os idealizadores do SUS estabeleceram que nesse sistema as *"ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...); II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (...)"*. (Brasil, 1988) [sublinhado por mim]

O termo *hierarquizada* que, junto com regionalizada, caracterizam essa rede descentralizada de ações e serviços, fundamenta a importância das UBS(s) dentro desse sistema único. Na verdade, o termo *rede hierarquizada* estabeleceu que a porta de entrada dessa rede (ou desse sistema) não será a porta do hospital, onde os procedimentos são mais complexos, e por isso mais caros, mas também onde a única interferência possível é a intervenção direta no corpo do paciente e não mais no *estilo de vida* (nos hábitos) dos indivíduos. A partir daquele momento, os cidadãos, detentores do direito à saúde, deveriam, em primeiríssimo lugar, bater à porta da UBS – unidade próxima da residência do indivíduo, organizada para realizar procedimentos médicos básicos (simples e baratos) e para direcionar o paciente dentro da rede (encaminhamentos).

Para os criadores do SUS, além de tratar ou de encaminhar indivíduos doentes, a UBS deveria, antes de tudo, ser a promotora de indivíduos saudáveis, disseminando práticas saudáveis, leia-se, induzindo à mudança de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde e que, portanto, conduzem o indivíduo para dentro do sistema e não para fora, que é o objetivo final de toda prevenção e promoção à saúde.

Sendo parte fundamental e elementar da organização do SUS, a(s) UBS(s) expressam com clareza os problemas que estão presentes em todos os níveis desse sistema. Fazendo parte de um sistema precário e ineficaz, as unidades isoladas não se podem transformar de uma hora para outra em paraísos da medicina oficial. E ainda: numa sociedade que não deixou de ser medicalizada, pois não se determina o fim da medicalização com a criação de (um) sistema(s) de saúde, a(s) UBS(s) acabam realizando de modo precário e insuficiente pequenos atos médico-curativos, dado que é nelas que a maior parte da população doente vai buscar algum tipo solução para os seus

problemas. Mesmo que dificultassem o acesso e investissem seus esforços só na promoção da saúde, a(s) UBS(s) seria(m) incapaz(es) de superar as práticas que fundamentam a percepção da saúde como a simples ausência de doença, na qual a doença é tida como algo à disposição do indivíduo e, portanto, sempre passível de ser recuperada por meio de um ato médico-curativo.

Na unidade pesquisada todas essas questões estão presentes. Na tensão permanente entre o "SUS ideal" e o "SUS real" vamos tentar perseguir como esse sistema é estruturado, numa época distinta daquela em que o SUS foi idealizado. Não para marcar a distância entre o que está escrito e o que é praticado. Mas para compreender as dificuldades e as possibilidades de estruturação de um direito social.

4. As entrevistas[17]

Entre as técnicas utilizadas, previstas no projeto inicial para a coleta de dados, estava a realização de entrevistas, com usuários e funcionários da unidade. As entrevistas, que inicialmente estavam divididas em abertas e fechadas, assumiram a forma de **semi-estruturadas**. Permanecendo no interior da unidade por pelo menos quatro horas diárias, podíamos conduzi-las de modo a recuperar as experiências dos sujeitos em seus aspectos mais significativos para os nossos propósitos.

Procuramos desenvolver uma conversa espontânea com os depoentes para que, eliminando a distância naturalmente interposta entre dois desconhecidos, fosse possível recolher as opiniões e experiências vividas e não somente fatos que o entrevistado presumisse serem mais interessantes para o entrevistador. Isso foi em grande medida dificultado pelo uso do gravador e pela necessidade de obter o Consentimento Livre e Esclarecido junto aos informantes.

Realizamos 22 entrevistas com usuários, dos quais obtivemos o Consentimento Livre e Esclarecido. Dessas, dezoito foram gravadas. Entrevistamos e tomamos nota das conversas informais com outros treze usuários, dos quais não obtivemos esse Consentimento. Muitas conversas não foram objeto de notas, pois só confirmavam o conteúdo geral das entrevistas que já tínhamos feito. Dos usuários que deram o Consentimento, apenas um era do sexo masculino. Entrevista, aliás, de pouca utilidade para os nossos propósitos, já que se tratava de um jovem que fora a unidade somente para obter um Atestado Médico. Informalmente, conversamos com dois usuários do sexo masculino. Suas experiências não eram diferentes das que encontramos nas conversas e entrevistas com as mulheres.

Com os funcionários, realizamos treze entrevistas gravadas, sendo onze com mulheres e as outras duas com homens. Além disso, também tomamos notas das conversas informais e observações de suas práticas diárias. Também entrevistamos o Coordenador de Saúde da Subprefeitura de Itaquera, em 2004. Essa entrevista, que não foi incluída neste trabalho, serviu para aproximar-nos do tema e para termos ao menos um exemplo da trajetória de um sujeito com papel importante na estruturação do SUS municipal, naquele momento.

[17] Os roteiros estão disponíveis no Anexo I.

4.1 Limites e pertinência das entrevistas

Qualquer pesquisa nas dependências de unidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) requer autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da SMS. Uma de suas exigências é a elaboração de um documento intitulado Consentimento Livre e Esclarecido[18] que deve ser assinado pelo pesquisador e pelo "sujeito da pesquisa" em duas vias, uma para cada um. O consentimento diz respeito à participação livre e espontânea na pesquisa, depois que o pesquisador detalhou os procedimentos, os objetivos, os possíveis ônus, etc.

Algumas pessoas consentiam rapidamente em participar, especialmente quando percebiam que teriam aí a chance para tecer inúmeras reclamações em relação à Saúde. Aproveitavam para atacar governantes, funcionários e seja lá quem estivesse identificado com a precariedade da saúde pública. Alguns diziam que não se importavam com a manutenção do sigilo de suas identidades, manifestando um profundo desânimo e descrédito geral para com as instituições a quem supostamente dirigiam suas críticas e reclamações.

Para uma outra parte, o contrário é a verdade. Nesse grupo, o comportamento mais freqüente era uma grande preocupação com o fato de terem de assinar algo proposto por um desconhecido, ou, ainda, certa preocupação com a garantia da manutenção do sigilo[19].

Para além de assinar ou não o consentimento, autorizar ou não a gravação, havia sempre um desafio anterior a ser superado: o da pessoa querer ou não ser entrevistada. Diante das constantes negativas, duvidamos que a entrevista semi-estruturada tenha sido a melhor opção. Nas grandes metrópoles, as pessoas estão sempre apressadas. E, mesmo aquelas que estão esperando nas filas dos serviços de saúde, estão apreensivas pelo momento do atendimento. Era algo extremamente improvável convencer as pessoas, que já estavam saindo da unidade, a voltarem para conceder uma entrevista. Por outro lado, conseguir uma entrevista durante a espera do atendimento poderia significar um risco: e se nesse período o usuário fosse chamado pelo médico? Ainda que, em alguns casos, os médicos invariavelmente chegassem num horário preciso, as pessoas não se

[18] Disponível no Anexo II.

[19] Uma única senhora chegou a demandar aproximadamente 45 minutos na tentativa de primeiro: explicar do que se tratava a pesquisa e convencê-la a participar; segundo: convencê-la a assinar o consentimento livre e esclarecido; terceiro: convencê-la a autorizar o uso do gravador. A entrevista não durou mais que quinze minutos e a utilização do gravador não foi autorizada.

dispunham facilmente a sair do local de espera para uma sala fechada, na qual seriam feitas as perguntas.

Arrumar uma sala na unidade, onde as entrevistas pudessem acontecer, foi outra dificuldade. É intenso o número de pessoas que passam pela UBS no período matutino. Nesse período, são realizados os atendimentos da Cardiologia, Neurologia, Psicologia, a maioria dos atendimentos em Clínica Geral, Odontologia, Dermatologia e Tisiologia, uma parte da Ginecologia e da Pediatria. Havíamos descartado a Pediatria, pois previámos algumas dificuldades ao tentar entrevistar a mãe ou a/o responsável quando a "responsabilidade" está por perto e, geralmente, fazendo estripulias. Outro fator que nos levou a descartar os usuários da Pediatria e também a Ginecologia, especialidades localizadas no pavimento inferior da unidade, foi sua abundante oferta de consultas. Sempre que perguntávamos se a pessoa tinha ou não conseguido ser atendida a resposta era positiva, o que limitava a problematização em torno de um direito que, de fato, estava sendo efetivado.

Os procedimentos dos especialistas – neurologia, cardiologia, tisiologia, etc. – que apresentam maiores dificuldades de acesso e que eram realizados no pavimento superior da unidade, concentravam-se todos no período matutino e ocupavam todas as salas disponíveis. Realizar as entrevistas nos ambientes de espera daqueles especialistas parecia-nos pouco viável, principalmente nos momentos de maior saturação do espaço. A proximidade com os outros usuários poderia inibir a espontaneidade dos sujeitos, além das inúmeras fontes de interrupção e distanciamento que os movimentos e os olhares das pessoas em volta provocavam no entrevistador e no entrevistado.

Como complicador dessa situação está o gravador, instrumento que requer um profundo cuidado e, por que não, habilidade da parte do pesquisador, pois o seu emprego pode facilitar ou dificultar tremendamente a relação de troca que deve ser estabelecida de forma tranqüila entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador. O aparelho era, em alguns casos, a fonte de hesitação inicial para a participação ou não na pesquisa e, com grande probabilidade, determinou muitas vezes o modo como a pessoa articulou sua fala. Diante do gravador, as pessoas, provavelmente, esforçam-se para falar bem e, evitando deslizes, limitam-se a respostas curtas e pontuais.

É claro que a gravação é de grande utilidade para que o pesquisador possa liberar os sentidos que, de outra forma, estariam concentrados nas anotações manuais, para a percepção de elementos de expressão das opiniões não apenas emitidos na fala, mas também expressos nos gestos, nos olhares, nas entonações.

Na verdade, enquanto objeto que se interpõe entre duas pessoas, o gravador torna-se apenas um elemento a mais na difícil superação da distância entre pesquisador e sujeito da pesquisa. A preocupação, especialmente dos funcionários, em sempre perguntar se aquilo que estavam dizendo era o que o pesquisador estava querendo saber, ou seja, se eles haviam entendido a pergunta, é apenas um dos indícios das dificuldades de algumas pessoas diante dos questionamentos aparentemente simples do pesquisador. Participante de uma determinada experiência intelectual distante da realidade dos entrevistados, o pesquisador pode fazer perguntas que, na maior parte dos casos, parecem incompreensíveis, estranhas ou desnecessárias para sujeitos familiarizados com outros códigos de linguagem, de comportamento e, em grande parte dos casos, acostumados a repetir as opiniões transmitidas pelos meios de comunicação de massa.

4.2 Reflexão acerca da posição do observador e da observação sistemática do dia a dia da unidade

Nas semanas finais de dezembro de 2004, de fevereiro e abril de 2005, no mês de março e na primeira semana de maio de 2005, fomos à UBS Itaquera para fazer observações e entrevistas. Em média, permanecemos no interior da unidade durante quatro horas diárias, durante quatro dias da semana, no período matutino. Um dos lugares privilegiados da observação foi a recepção, local onde as consultas são marcadas. Nela pudemos conversar e dirimir dúvidas com os funcionários. Desde a farmácia até os locais de espera, observamos a rotina diária da UBS e conversamos com os usuários da unidade.

A dificuldade mais óbvia presente na observação sistemática das rotinas das pessoas que trabalham e freqüentam qualquer espaço é diminuir os efeitos provocados pela presença incômoda de um estranho. Estranho que, ao mesmo tempo, está próximo e distante, pois mesmo estando próximo no espaço físico é alguém sobre cuja identidade repousam inúmeras dúvidas. Exemplo disso são as confissões posteriores de alguns funcionários que acreditavam, a princípio, que se tratava de um fiscal ou de um novo colega. Ainda que a direção tenha feito a apresentação para alguns deles, não o fez formalmente para aqueles do período matutino, o que, no princípio, significou de nossa parte um grande empenho de aproximação.

Essa dificuldade inicial também pode ser representada pela própria postura do pesquisador que, ao tentar arrumar um lugar para si, assumiu uma postura distante e imparcial de observador que se esconde atrás da caderneta de observações, como se o

ato contínuo de tomar notas pudesse diminuir a sensação de desorientação causada pela falta de uma posição segura e confortável, da qual pudesse ver a tudo e a todos sem lhes impor os constrangimentos provocados pela sua presença e de onde pudesse ficar oculto dos outros olhares.

Mesmo obtendo uma posição de confiança – de um lado, conquistada e, de outro, concedida pelo grupo – a situação liminar que ocupa nunca lhe franqueia a entrada e a permissão para ouvir e participar de toda "vida" daquele grupo. A posição concedida, muitas vezes fruto de uma incompreensão mútua, pode resultar na concessão de determinadas informações presumidamente requeridas. Desse modo, também nas observações, faz-se necessário acompanhar atentamente aquilo que, aos olhos dos funcionários, são práticas, palavras e gestos que não são objeto de preocupação e de interesse do pesquisador.

Por fim, a posição assumida por e concedida ao pesquisador identifica-o mais com alguns funcionários do que com outros. Rapidamente, ele passa então a partilhar das opiniões, simpatias e antipatias daqueles que o aproximaram. Vê-se envolto por conflitos que exigem dele um parecer. Porém sua inscrição precária naquelas relações sociais que observa e que tenta objetivar, parecem sempre lembrá-lo de sua "extra-territorialidade", ou de sua condição de "estrangeiro" (Simmel, 1983: 184). Isso significa que, mesmo a observação de uma única unidade não implica a sua apreensão completa. Se dentro daquele espaço, permanecêssemos mais num ponto que noutro, ou assumíssemos outras perspectivas, com certeza as descrições e as conclusões deste trabalho iriam adquirir outras formas, outros conteúdos.

SEGUNDA PARTE

Na segunda parte de nosso trabalho caracterizamos a Unidade Básica escolhida e apresentamos os principais dados recolhidos durante nossa permanência no campo. O conteúdo das entrevistas foi organizado segundo as principais tensões existentes na efetivação do direito à atenção e recuperação da saúde. Desse modo, o fato de, recorrentemente, as pessoas relatarem dificuldades no acesso aos especialistas, aos medicamentos e aos exames prescritos, levou-nos a sublinhar a tensão em relação ao atendimento integral a que todos têm direito. Associado intimamente a essa tensão está aquela em relação à proximidade dos serviços. Por conta da não integralidade, o indivíduo deve submeter-se à contínua procura daquilo que precisa, tendo, muitas vezes, de distanciar-se de sua residência. Num cenário como este, não é raro que adote ações conflitantes com relação ao direito fragmentado e incompleto do qual é sujeito, o que enseja um problema na sua própria caracterização enquanto cidadão.

Por conta de nossa convivência com os funcionários da unidade, apresentamos também uma análise e interpretação de suas disposições e condutas, especialmente como "intermediadores" da efetivação possível do direito.

No fim, sob a ótica da estruturação legal e administrativa do SUS, discutimos algumas tentativas de solução dos problemas enfrentados pelos usuários.

1. A Unidade Básica de Saúde Itaquera

Localizada no que chamam de "centro de Itaquera", a UBS Itaquera foi inaugurada em 1978. Até a gestão Marta Suplicy (2001-2004), era uma unidade sob responsabilidade do governo estadual; por isso, na soleira da entrada principal, lemos "Centro de Saúde". Em junho de 2001 ela foi *municipalizada*, ou seja, a Prefeitura do Município assumiu sua gestão, ainda que uma parte dos funcionários permaneça subordinada ao governo estadual, sob administração do governo municipal.

Segundo informações de uma das funcionárias mais antigas da unidade, no início dos anos setenta já existiam outros dois centros de saúde próximos dali que funcionavam em pequenas casas alugadas. Antigamente, no terreno onde hoje está a UBS, havia um casarão vazio que era ocupado por usuários de drogas, por moradores de rua, etc. Foram os comerciantes da região que, segundo ela, organizaram um abaixo-assinado para que ali fosse construído um posto de saúde.

De acordo com o "Plano de Trabalho" de sua gerente à época da pesquisa (Cf. Magalhães, 2004), a unidade possui uma área de abrangência com, aproximadamente, dezesseis mil habitantes. No entanto, ela também atendia os moradores do bairro A. E. Carvalho, que esperavam a abertura de vagas no Programa Saúde da Família no local onde residiam. Por conta disso, o número aproximado de habitantes sob responsabilidade da unidade subia para dezoito mil.

Para a região em que está inserida a unidade, Coelho e Pedroso (2002) informam-nos que, em 2001, o distrito de saúde de Itaquera (que, provavelmente, abrangia os distritos administrativos de Itaquera, José Bonifácio e Parque do Carmo) tinha uma população de 308.001 habitantes, 3% da população paulistana. Teriam sido realizadas 222.860 consultas básicas nesse distrito, o que também equivale a 3% das consultas básicas realizadas no município de São Paulo em 2001. O Índice de Saúde[20] para o distrito de Itaquera era de 0,576 em 2002, o que o colocava em 18º lugar na classificação dos 41 distritos de saúde[21].

Uma característica que logo chamou nossa atenção nessa unidade é a constante fila na farmácia. É muito grande a distribuição de remédios e uma rápida consulta às

[20] Índice composto pelo coeficiente de mortalidade infantil, o coeficiente de incidência de tuberculose, a mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis e o coeficiente de mortalidade por causas externas. O índice varia de 0 a 1. Quanto maior for seu valor, melhor serão as condições de saúde do distrito. (Cf. Coelho & Pedroso, 2002: 143; Sobrinho & Capucci, 2003: 222-223)

[21] O distrito de Pinheiros, cujo índice era 0,983, ocupava o primeiro lugar da classificação. Em último lugar (41º) estava o Jardim Ângela, cujo índice era 0,283. (Cf. Sobrinho & Capucci, 2003: 223)

cópias dos receituários ali depositados possibilita-nos dizer que a esmagadora maioria dos que os procuram é oriunda de outras unidades e hospitais do SUS. Uma pequena parte é proveniente de prestadores privados.

Segundo os próprios funcionários e o coordenador de saúde[22], graças a sua localização geográfica, essa unidade recebe um fluxo muito grande de usuários em busca de atendimento, informações ou somente medicamentos. Devido a sua centralidade ela é referência para a região (para os distritos de saúde vizinhos), nos programas de prevenção e tratamento da Hanseníase, da Tuberculose e no Programa de Isenção Tarifária. Além de farmácia, ela conta com um serviço de coleta de exames, com enfermaria (vacinação, inalação, medição de pressão arterial, distribuição de preservativos), pediatria e ginecologia – serviços localizados no pavimento inferior. Já no pavimento superior, além da recepção e das salas reservadas para a administração, distribuem-se os consultórios de clínica geral, assistência social, psicologia, dermatologia, tisiologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia e odontologia. Ressalve-se que os dois últimos serviços estavam sendo realizados parcialmente, posto que os equipamentos estavam quebrados. A oftalmologia, mais prejudicada, limitava-se ao encaminhamento dos pacientes para outras unidades.

Conforme o material fornecido pela gerente, seus 76 funcionários distribuem-se do seguinte modo:

01 Gerente

03 Clínicos

04 Pediatras

03 Ginecologistas

01 Cardiologista

01 Neurologista

02 Dermatologistas[23]

01 Tisiologista

01 Oftalmologista

02 Dentistas

[22] Até 2004, cada subprefeitura da cidade de São Paulo contava com uma Coordenadoria de Saúde. A área de abrangência da coordenadoria era, portanto, a mesma da subprefeitura. Floriano Nuno de Barros Pereira Filho, que então ocupava o cargo de coordenador de saúde de Itaquera e o qual conheci numa disciplina cursada na Faculdade de Saúde Pública da USP, sugeriu-me a UBS Itaquera por sua "centralidade".

[23] Na época da pesquisa, somente um dermatologista exercia seu cargo na unidade.

01 Psicóloga

02 Assistentes Sociais

02 Enfermeiras

17 Auxiliares de Enfermagem

06 Atendentes de Enfermagem

01 Chefe de Seção

01 Encarregado de Setor

01 Agente Administrativo

07 Oficiais Administrativos

16 Auxiliares de Serviços

03 Vigias

Esses funcionários realizavam, em média e aproximadamente, 12 mil atendimentos por mês[24], com a seguinte distribuição (Cf. Magalhães, 2004):

Consultas	**Realizadas**	**Esperadas**
Clínica Médica	1201	1008
Ginecologista	850	1008
Cardiologia	287	252
Dermatologia	390	504
Neurologia	284	252
Oftalmologia	410	252
Pediatria	659	1344
Tisiologia	179	252
Psicologia	213	252
Serviço Social	1605	856

Atendimento de enfermagem: 5.928 procedimentos ao mês

Consultas odontológicas: média de 420 procedimentos e 290 atendimentos por mês.

Durante a espera pelas consultas, os usuários permanecem sentados em bancos espalhados pelos corredores ou em espaços vazios entre algumas salas. Do lado externo,

[24] Segundo o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), a quantidade total de procedimentos realizados na UBS Itaquera foi de 12.029, em abril de 2002. Nos anos seguintes, esse número apresentou alterações significativas, provavelmente porque alguns procedimentos foram excluídos do total a ser computado no sistema ou por alguma outra razão que desconhecemos. Assim, para abril de 2003, 2004, 2005 e 2006 temos, respectivamente, os seguintes valores: 8.410, 11.221, 8.666 e 8.744. Escolhemos como referência o mês de abril, pois o relatório da gerente da unidade datava de maio de 2004. Se ela considerou o mês anterior ao relatório não há discrepância significativa entre seus números e os do SIA para 2004.
Os dados do SIA foram consultados em dois de novembro de 2006 no seguinte endereço:
http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIA/prdsia.def

na rampa que dá acesso ao piso superior, há bancos em ardósia, com propagandas dos comerciantes da vizinhança. Nos dois pavimentos existem banheiros de livre acesso aos usuários e outros utilizados somente pelos funcionários.

Entre os consultórios existem algumas saletas próprias para o "pré" e "pós" atendimento dos usuários. Nelas, antes da consulta, os auxiliares de enfermagem organizam os prontuários dos pacientes segundo a ordem de chegada, verificam se o paciente está realmente agendado para aquele dia, se os exames solicitados foram ou não apresentados. Após a consulta, os auxiliares terminam de preencher, com os dados do paciente, os encaminhamentos dados pelo médico (solicitação de exames, de medicamentos ou de consultas com outros especialistas), além de esclarecerem eventuais dúvidas. Por fim, informam ao usuário como proceder para realizar o que foi pedido, ou como dar continuidade ao tratamento.

O edifício precisa de alguns reparos e essa era uma das demandas mais repetidas pelos funcionários. Essa necessidade refere-se especialmente aos locais de espera, que, se reorganizados e ampliados, poderiam acomodar melhor as pessoas. Os funcionários reclamavam igualmente do balcão de atendimento que, do modo como foi feito, dificulta a visão dos usuários pelos funcionários e lhes causa uma série de incômodos devido ao espaço e aos equipamentos inadequados.

No pavimento inferior, recentemente foi construída uma brinquedoteca, para acomodar as crianças durante a espera na pediatria. No mesmo pavimento, uma outra sala está sendo construída para a realização de fisioterapia. Durante nossa permanência na unidade, a brinquedoteca permanecia fechada. Segundo a gerente da unidade, se as funcionárias que receberam o treinamento para trabalharem como "brinquedistas" assumissem essa função, fariam falta nos setores em que estavam alocadas naquele momento. É importante salientar que segundo placa informativa, aquele espaço lúdico fora organizado por funcionários de um banco privado, vizinho ao posto.

2. As entrevistas – Em torno da atenção e da recuperação da saúde

2.1 A tensão em torno da integralidade

O primeiro contato com o SUS expõe-nos de forma evidente que a integralidade é uma das principais tensões atuais desse sistema. Conforme o segundo item do parágrafo 198 da Constituição, *"o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais"* é uma diretriz das ações e serviços públicos de saúde. No entanto, como já salientou Costa, é difícil concluirmos pela integralidade desse direito à medida que as ações curativas têm um espaço cada vez mais proeminente com relação às ações preventivas. (Costa, 1999) Estamos, de fato, lidando com uma realidade institucional voltada majoritariamente para a cura e o tratamento de indivíduos doentes, na qual a prevenção e a promoção de saúde aparecem como objetivos (princípios ou diretrizes) "secundários", dada a crescente identificação entre a conquista (recuperação) da saúde e a intervenção médica especializada[25]. Nesse contexto, enquanto a promoção e a prevenção continuarem como princípios não efetivos, haverá sempre um aumento da necessidade da atenção médica individualizada. Configura-se, desse modo, certa "desatenção" (leia-se, menos recursos monetários) para com as práticas que poderiam impedir ou diminuir sensivelmente a pressão exercida pelo cidadão sequioso por consumir cada vez mais serviços, terapias e medicamentos.

No entanto, a "opção inevitável" [26] (Cf. Costa, 1999: 121) de transformar os cidadãos em consumidores tem por resultado a negação da integralidade também no

[25] Às dificuldades de alteração do "estado de saúde" da população que, ao depender de condições gerais como trabalho, moradia, lazer, etc., apela para a necessidade de mudanças estruturais em nossa sociedade, se soma a aspiração ao consumo "de saúde" difundida por todas as classes sociais. Para Augusto e Costa, "Nesse processo, a responsabilidade pela própria saúde tende a ser percebida como um problema individual – 'privatiza-se' portanto. No mesmo movimento, por outro lado, as políticas públicas de atenção à saúde terminam por privilegiar a assistência médica individualizada, descuidando-se das ações médico-sanitárias. Estabelece-se, assim, uma sinonímia entre 'medicalização' e 'saúde', através da qual o direito à saúde e o direito à assistência médica passam a ter conteúdos semelhantes, o mesmo ocorrendo com a saúde coletiva e o atendimento médico individualizado." (Augusto & Costa, 1987: 61)

[26] Segundo Costa (1999), é inevitável que os Estados expandam o acesso de todos os indivíduos aos cuidados médicos. No processo de medicalização social, que culminou na regulação e normatização dos corpos e das práticas individuais, tornou-se imperativo o consumo de terapias e remédios eficientes, bem como a realização de exames clínicos precisos. Todos, no entanto, a custos cada vez mais elevados. Com a incorporação tecnológica crescente na produção dos instrumentos e produtos utilizados pela medicina, aumentam-se exponencialmente os gastos com os equipamentos destinados a curar o indivíduo doente, ao passo que minguam os recursos necessários para que esses indivíduos não voltem a adoecer. Configura-se, cada vez mais, que o direito à saúde é o direito de acesso aos serviços e produtos médicos e não o direito à saúde enquanto diminuição dos riscos e agravos à saúde de todos.

âmbito da cura. Aqui, já não se trata de integrar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Antes, trata-se de garantir um atendimento pelo qual o indivíduo possa ter acesso ao médico, aos exames, aos remédios e às terapias necessárias para o restabelecimento da saúde[27]. Conforme relatam as entrevistas, encontrar o remédio necessário quase sempre não é uma tarefa fácil. É verdade que os médicos tentam contornar essa situação solicitando remédios disponíveis nas farmácias do SUS, ação que nem sempre é a melhor, dada à ineficácia do remédio disponível na rede e a comprovada eficácia do medicamento mais caro, mas não disponível para o cidadão-usuário. Conforme relatado em entrevista, os próprios médicos sabem que receitar um medicamento de menor eficácia, mas que está ao alcance dos usuários, significa "dar um jeito" ou "remediar" a situação com o que existe à mão.

Por vezes, a própria distribuição irregular dos medicamentos complica o atendimento integral e acaba, por isso, criando tensão em relação a uma outra diretriz básica do SUS: a proximidade – em relação ao usuário – das ações e serviços de saúde. Não encontrando o remédio na farmácia da unidade próxima à sua residência e obtendo a informação de que o medicamento desejado "vem pra posto" (de saúde), o cidadão-usuário inicia sua peregrinação. A seguir, alguns exemplos da tensão entre o princípio da integralidade e a falta de medicamentos[28].

1) usuária, 57 anos, empregada doméstica

Douglas – E remédio? A senhora tá pegando, pega aqui no Posto ou não?

Ana – O remédio de pressão que eu uso agora não tem aqui, porque são tudo mais caro, num tem.

Douglas – E aí, como é que a senhora faz?

Ana – Aí tem que dar um jeito e comprar.

[27] Ou seja, queremos sublinhar que a diretriz da integralidade diz respeito não somente à necessária articulação e efetivação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Cf. Lucchese, 1996:83), mas também à garantia de que o cidadão-usuário poderá acessar todos os procedimentos disponíveis em cada um daqueles níveis em que o SUS desenvolve suas ações.

[28] As transcrições reproduziram integralmente a fala de cada um dos depoentes. Em alguns casos procuramos aumentar-lhes a inteligibilidade por meio de pontos e vírgulas. Em outros, eliminamos termos repetidos e desconexos. Alteramos o nome dos entrevistados, mantendo um único nome para o sujeito que tiver sua entrevista utilizada em mais de um caso. Suprimimos referências a outros indivíduos (nome do médico com quem se trata) e a ocupação dentro da UBS, quando foi necessário.

2) usuária, 60 anos, aposentada

Yara – A, eu não conheço muito bem o posto, eu só passo em um médico, agora só meu remédio que eu não consigo pegar aí, porque o remédio que eu pego num tem aí.

Douglas – A senhora já tentou pegar o remédio aqui?

Yara – Já tentei, nunca peguei remédio aí. Outro dia eu trouxe a receita aí, não consegui pegar, num tem.

Douglas – A senhora vai também em outro posto, vai a outro hospital?

Yara – Vou num posto lá perto da minha casa.

Douglas – E o que a senhora acha desse posto, desse hospital?

Yara – Sempre num tem remédio, e agora tá pior ainda, agora é que tá sem remédio os postos né.

(...)

Douglas – Quando não acha o remédio que precisa, o que a senhora faz?

Yara – Tem que comprar, vai fazer o que, tem que comprar.

Douglas – E pesa muito no orçamento? É difícil fazer essa compra?

Yara – É um pouco difícil, porque a gente é aposentada com salário muito baixo, num é fácil.

3) usuária, 28 anos, empregada doméstica

Douglas – E remédio? Você está conseguindo pegar ou não?

Neide – A, remédio, esses últimos dias eu não precisei não, mas, pelo menos, o que eu precisei até que eu consegui pegar. Assim, andando de posto em outro, vai num, vai no outro, aí sempre acha um aqui, outro no outro, porque minha filha tem bronquite né, e ela toma direto “sapucanol” e “amoxilina”, aí eu sempre fico de posto em posto pra conseguir né, porque eu não pago na “amoxilina”. Mas eu sempre consigo, o “amoxilina” eu consigo. Já faz tempo, graças a Deus, faz tempo que não dá crise nela.

4) usuária, 40 anos, empregada doméstica

Antônia – Por exemplo, esse mês eu não comprei o remédio para minha filha, a minha filha precisava tomar o remédio de, que ela tem problema de toxoplasmose e rinite alérgica, é 50 e pouco reais o remédio que a médica passou e eu num tenho esse dinheiro, então eu não comprei, mas graças a Deus ela não está tendo crise e eu espero que até março eu consiga comprar esse remédio, porque ela vai passar na médica agora só no mês de março, no mês 5, que é de três em três meses que ela passa com a Dra. (...) no Hospital Santa Marcelina, eu vou tentar comprar esse remédio ainda, mas é muito difícil você comprar remédio caro, você conseguir no posto de saúde. É complicada a situação da gente viu, não só minha como de muita gente que realmente precisa.

5) usuária, 58 anos, "dona do lar"

Douglas – A senhora pega medicamento aqui no posto ou em outros lugares? Como é que tá a questão de medicamentos?

Joana – Medicamento aqui tá razoável, eu pego nesse posto.

Douglas – A senhora sempre consegue o medicamento de que precisa?

Joana – Nem todos.

Douglas **–** E aí, o que a senhora faz quando não consegue?

Joana – Ah, a gente espera, compra um similar ou vai em outros postos de saúde né, pra conseguir.

Os homens presentes na UBS, além de serem numericamente inferiores e de estarem, geralmente, acompanhados de sua(s) filha(s) e ou esposa, não concordavam em participar da pesquisa. Um daqueles com quem conversei, um rapaz em torno dos 20 anos de idade e que não era usuário da unidade, ali fora somente para obter um Atestado Médico. Aliás, essa é uma das poucas unidades do SUS na região com Clínicos Gerais que realizam os exames médicos obrigatórios para a admissão em um novo emprego ou para a realização de atividade física escolar.

Assim, o fato de que, em todos os trechos acima, "ouvimos" somente as mulheres, mulheres pobres, ocupando posições sociais desprestigiadas como "aposentada", "empregada doméstica" e "do lar", sendo que três possuem mais de cinqüenta anos de idade, é, para além de um reflexo da sua presença esmagadora em nossa pesquisa e nas UBS(s), algo bastante indicativo da situação atual do SUS. Qual seja, a de que o sistema que visava a superação das desigualdades em relação ao direito à saúde, é utilizado justamente por aqueles que ocupam posições sociais inferiores e que, por isso mesmo, só possuem a precariedade do sistema público para os seus males. Sua sina é serem "herdados" pelo SUS.

Nesses primeiros depoimentos é possível notarmos a persistência de uma velhíssima constatação: as chances de que os doentes pobres se vejam livres de suas doenças são bastante desiguais quando comparadas às chances dos doentes mais abonados. Para os últimos, as maravilhas dos grandes laboratórios estão sempre disponíveis em qualquer esquina. Assim, no que tange ao modo como podem reconquistar a sua saúde e a dos seus, podemos defini-los como *consumidores plenos*, aos quais a eficiência do mercado dos remédios satisfaz plenamente. Aos primeiros, como nos diz Dona Antônia, 40 anos, empregada doméstica, resta agradecer a Deus pelo fato de a crise de rinite alérgica não ter sobrevindo à sua filha no último mês. São, em relação ao SUS, *cidadãos plenos de direitos*. Entretanto, a ausência ou a distribuição irregular de medicamentos na rede pública sequer os satisfaz minimamente.

Associadas a essa dificuldade estão aquelas relativas à realização de exames, às consultas com especialistas e aos procedimentos terapêuticos, todos apontando, ainda, para os problemas em relação à integralidade.

6) funcionária, nível médio

Douglas – O que você entende pelo direito a saúde? O que você acha que é o direito a saúde?

Catarina **–** O direito ao atendimento com dignidade, à consulta médica um pouco mais rápida, exames, exames também acabam se tornando muito difícil, a pessoa tem muita dificuldade para estar agendando exames, mesmo porque a gente não tem na rede pública, locais específicos onde o paciente consegue realizar todos os exames.

7) usuária, 54 anos, desempregada

Fátima – Lá na Santa Marcelina demora, a gente tem que demorar, porque eu tô com dois exames para fazer, só que no momento não tá comigo, aí eu fui lá na Santa Marcelina e não consegui. Eles mandaram fazer o particular ou procurar outros médicos, outros postos do Estado para ver se consegue o exame.

Douglas – E a senhora procurou outros postos ou não?

Fátima – Eu procurei outros postos, mas diz que não tá tendo senha. Como esse aqui mesmo que não tem senha ainda pra entregar e eu acho que é só pro ano que eu vou fazer.

Douglas – Então, quando não tem senha, a senhora espera?

Fátima **–** Espera. O exame meu da coluna eu passei um ano e meio para conseguir pegar senha. Sempre vinha aqui trocava o pedido, aí depois de um ano e meio é que eu consegui pegar senha pra fazer o exame.

8) usuária, 40 anos, empregada doméstica

Antônia – (...) Dependendo do que você precisa realmente, você tem que pagar particular, eu mesmo quase paguei particular para minha filha, o mapeamento de retina, eu só não paguei porque eu não tenho mesmo, imagina se eu tivesse dinheiro eu ia tá passando raiva em fila de INPS ou SUS, eu não tenho vergonha, nem medo do que tô falando não, porque eu sinto na pele, todo mundo que sente as coisas na pele tem mesmo é que desabafar, e botar tudo pra fora pra ver se situação do nosso país melhora, porque está cada vez pior a situação, tudo, tanto na parte da saúde como na parte desse negócio de assistência social, que ajuda o ser humano. (...)

9) usuária, 47 anos, empregada doméstica

Douglas **–** Já teve alguma vez que a senhora, tanto faz se nesse posto ou em algum outro hospital, ou posto também da rede pública, que a senhora tentou marcar consulta, procurou algum médico e não conseguiu marcar no dia que quis?

Conceição **–** Já, várias vezes, devido, principalmente, se tratando de mamografia né, você faz exame ginecológico, a médica pede os exames, passa o tempo dos exames chegar e você não consegue, eu mesmo tô lutando pra fazer exame de mamografia há muito tempo, há meses, há meses, há meses, hoje que uma pessoa me deu o endereço para mim tentar lá no Beneficência Portuguesa, pra fazer o exame de mamografia, que é um exame simples e que a ginecologista pede de seis em seis meses pra nós fazermos, as mulheres né, tanto que muitas das vezes eu tava aí na fila, no NAI [?], e casos gravíssimos que tinha que ser logo o exame e não conseguiu, outro problema também, por eu ser hipertensa, a minha visão foi atingida e meu rim também, e eu fui tentar agora, tô tentando quase um ano um médico pra tratar do meu rim e não consigo tratar do meu rim com um médico no Santa Marcelina, porque lá no Santa Marcelina o médico até atende, mas os exames, quando você vai fazer os exames, e no meu caso que ele pediu pra fazer um tratamento urgente porque o meu rim já tá meio avolumado, tenho pedra no rim, pedra de rim nos dois rins, uns já tá entrando na uréia e o outro não, então e aí eu não consigo, o médico, eu não consigo fazer esse exame lá no Santa Marcelina pra ser um tratamento rápido, aí eu fui tentar no Hospital Geral, a mesma coisa, em todos os hospitais a mesma coisa, ninguém, eu, uma mulher com 47 anos com problema de rim num acho quem possa cuidar de mim porque não tenho condições financeiras, não tenho condições de pagar um convênio e eu sou uma pensionista, ganho R$ 260, num consigo nem com esses duzentos e sessenta reais pagar minha água, minha luz, eu vou conseguir pagar um médico particular pra poder tratar do meu rim? Então, é esse problema aí.

10) usuária, 48 anos, empregada doméstica

Douglas **–** Agora eu queria que a senhora me contasse o que a senhora tava me falando, a senhora tá procurando?

Celeste **–** Um psiquiatra, eu to com o encaminhamento aqui, pra você não dizer que é mentira minha, só que em todo lugar que você vai fala que num tem, tá vendo, que é pra mim poder troca receita de remédio, tomar logo os medicamentos e através do psiquiatra ou psicólogo ele ter me dado o meu

medicamento, que eu tomo remédio muito forte e tomei esse medicamento aqui ó, pra você vê, que tem que trocar, tomo três por dia, tá vendo.

Douglas **–** A senhora tá procurando o psiquiatra pra passar, pra trocar a receita?

Celeste – Pra continuar o tratamento, que a médica falou que eu não posso parar.

Douglas – E onde a senhora tava fazendo o tratamento?

Celeste – Eu tava fazendo esse tratamento no Santa Marcelina, que eu tenho o cartão de lá.

Douglas – E lá o que aconteceu?

Celeste – E lá faliu, o convênio não tem verba.

Douglas – E aí o que falaram para a senhora?

Celeste – Aí falaram que só tão atendendo agora no, pelo convênio, se eu ganho um salário mínimo, como é que eu vou pagar um convênio pra terminar o tratamento? Me responda isso.

Douglas – Num tem jeito.

Celeste – Não tem, se eu ganho um salário mínimo, aluguel de casa, conta de água, conta de luz, taxa de lixo, compra o que comer, como é que eu vou pagar R$170,00 numa consulta? Porque pelo o que me informaram lá tá R$170,00.

Douglas – Quando a senhora foi avisada que não poderia mais continuar o tratamento lá? Faz tempo?

Celeste – Dia, a data tá aqui, no dia 17/02, a médica me atendeu até esse dia aí.

Douglas – E falou que não ia mais atender?

Celeste – E num ia dar mais para atender lá, que tava falindo.

Douglas – E daí ela mandou a senhora...

Celeste – Me deu o encaminhamento todinho, pra que eu procurasse.

Douglas – Pra que você procurasse. Mas a senhora procura onde?

Celeste – Procurasse ou nos hospitais, ou nos postos, que hoje eu já fui falar até o clínico, o clínico falou que quem tem que dar encaminhamento é os postos e nisso ele fica nessa enrolada, mas quem é culpado disso aí, o governo, o governo que é culpado disso aí, dessa sujeira, dessa cachorrada que faz com os pacientes, porque eles, eles ficam lá, eles não querem saber quem tá aqui fora precisando de medicamento, precisando disso, precisando daquilo, nós é que tamo aqui fora, nós é que sabemos da situação, porque se eu tivesse no palácio, eu falaria na cara dele, porque o que ele faz, vai pra onde? Vai pra tal lugar. Quando você chega lá, num é aquele tal lugar, fazer da população de palhaço.

Douglas – A senhora já foi em quais lugares?

Celeste – Olha, não te conto mais os lugares, até eu num sei mais. Ó, no posto lá de casa, no 15 de novembro, não tem, eles não sabe onde tem o encaminhamento, em São Miguel, não sabe, no Etelvina, num sabe, no pro lado, num sei o posto, passo pra lá, disse que num tem, ontem aqui pra cima, eu procurei em vários postos, num tem, ontem eu passei à tarde, cheguei em casa cansada de procurar, quando vê só dão encaminhamento errado pra quando chegar lá num tem ou não tem vaga, tá cheio, quer dizer que eu que tô cobrando o meu tratamento né.

2.2 A organização dos serviços: atenção regionalizada e hierarquizada. A tensão em relação à proximidade e à hierarquização.

Segundo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990[29], as ações e serviços públicos de saúde que integram o SUS, inclusive os serviços privados conveniados ou contratados, serão organizados segundo treze princípios, além das diretrizes que já constavam na Constituição. O nono princípio estabelece: *"IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; (...)"*.

[29] *"Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências."* (BRASIL, 1990)

Já faz um bom tempo que as políticas sociais e assistenciais oscilam entre centralização e descentralização do comando e da prestação dos serviços. Graças à hierarquização, os serviços de saúde mais básicos e necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde devem estar distribuídos por um determinado território de modo abrangente, facilitando e aproximando a população do sistema de saúde. Nesse sentido, a organização segundo distritos é fundamental e ainda que ela não seja o sinônimo de hierarquização, podemos considerá-la como o passo mais decisivo para o alcance do nono princípio da Lei 8080.

No modelo dos distritos[30], quando um deles é implantado, divide-se um espaço qualquer a partir dos equipamentos de saúde disponíveis, ou que deverão estar disponíveis, para uma população determinada[31]. A população que reside ou trabalha no entorno desses equipamentos são os usuários privilegiados das ações e serviços de saúde desenvolvidos naquela porção delimitada do território. Os limites dos distritos podem ser criados a partir de muitos critérios que, obrigatoriamente, determinarão quem tem e quem não tem acesso "garantido" a determinado equipamento (unidade de saúde), quem está dentro e quem está fora da área de abrangência de ações de um determinado número de profissionais. Ao fim e ao cabo, o que importa é encurtar a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde. A expressão mais nítida disso – juntamente com o surgimento dos distritos – foi a criação de unidades básicas de saúde ou de postos de atendimento médico, ou ainda, dos centros de saúde[32]. Unidades, ou seja, porções elementares e complementares de um sistema que as organiza e que, independentemente do nome, são lugares da produção e do consumo de serviços básicos em relação à saúde. A discussão de Donnangelo & Pereira (1976) sobre a Medicina Comunitária – como forma de organização dos *serviços médicos* surgida nos Estados Unidos na segunda metade do século XX – deixa claro que essa aproximação tem a pretensão de aproveitar

[30] Não nos importa aqui o nome dado a essas unidades locais: "distrito sanitário", "módulo", "coordenadoria", "supervisão técnica de saúde", etc.

[31] É comum encontrarmos na explicação das ações em saúde o argumento de que todas as ações levam em conta o "o perfil epidemiológico" da população alvo. Do mesmo modo, afirma-se que áreas mais carentes devem dispor de uma quantidade maior de equipamentos. Nossa explicação do que seja o distrito sanitário é mínima e restrita à ênfase na aproximação espacial dos serviços e usuários.

[32] Já nas décadas anteriores (setenta e oitenta) ao estabelecimento do SUS, várias tentativas foram encetadas pelos governos municipal e/ou estadual com o intuito de tornar os serviços de saúde mais acessíveis à população paulistana. Um bom inventário dessas tentativas, bem como uma crítica bastante atual a respeito do conceito de acesso como mera proximidade dos serviços está em Cohn *et alii*, 1991.

os laços comunitários já existentes entre os usuários e os funcionários de uma unidade qualquer.

No SUS, a proximidade dos serviços de saúde virou um direito do cidadão-usuário e, implicitamente, há nisso uma valorização dos laços comunitários, que podem ser convertidos em instrumentos de disseminação e de produção de práticas de vida saudáveis. As relações de vizinhança têm aqui um lugar central. Primeiro, porque a equipe deve preocupar-se com a saúde da vizinhança da unidade. Segundo, porque, numa *comunidade* saudável, todos deverão preocupar-se com a sua saúde e com a do vizinho. Como todos devem preocupar-se também com a casa do vizinho, possível foco irradiador de doença. Ou seja, ainda que implicitamente, todos os cidadãos são convidados a se tornarem "vigilantes sanitários" uns dos outros.

Quando a questão da proximidade é convertida em norma de organização do serviço e enquanto, na visão do usuário, o atendimento médico especializado continua sendo o fato mais importante para a conquista da saúde, a vida comunitária é deslocada para outros espaços que não aqueles coordenados pela Secretaria da Saúde. Ainda que às vezes ela apareça à reboque em algumas campanhas, o mais importante é que a porta de entrada do sistema não esteja muito longe da casa do doente. Mesmo que as "saídas" e os "acessos laterais" – os hospitais e os laboratórios – estejam invariavelmente distantes da porta de sua casa. Conforme veremos adiante, aqui está o ponto onde toda idealização sobre a acessibilidade como proximidade espacial vai por água abaixo. Isso porque as outras portas do sistema continuam distantes da casa dos cidadãos-usuários "mais necessitados".

A recentíssima "Carta dos Direitos do Usuário da Saúde" (Ministério da Saúde, 2006) que ao estabelecer "seis princípios básicos de cidadania", pretende ser uma "ferramenta para que você conheça os seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade" já deixa claro, no primeiro princípio, a importância da proximidade. Diz a carta:

> **"O PRIMEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:**

I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia.

(...)

V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio." (Ministério da Saúde, 2006).

A seguir, expomos uma série de trechos das entrevistas que evidenciam a tensão entre o princípio da proximidade e o desejo dos usuários de recuperar a saúde de qualquer modo, mesmo que contrariem o quinto item do primeiro princípio e consigam o que queiram com base na desorganização do próprio sistema e não a partir de critérios de vulnerabilidade clínica e social.

1) usuária, 54 anos, desempregada

Fátima **–** O posto de lá da Vila Regina é ruim para atender, que a gente vai lá pra pegar vaga três horas da manhã, aí a gente não consegue vaga, aí eu peguei e vim pra cá com encaminhamento do Planalto, aí eu vim pra cá, então por isso que eu estou sendo atendida aqui.

2) usuária, 60 anos, aposentada

Douglas – Há quanto tempo a senhora usa este Posto?

Yara – Já tem acho que uns 3 anos, porque eu uso um posto lá perto de casa, mas um dia o médico lá encaminhou para aqui e só aqui que tem.

3) usuária, 28 anos, empregada doméstica

Douglas **–** Você conseguiu fácil marcar consulta?

Neide **–** A, fácil num foi, porque eles queriam que eu passasse no posto mais próximo de casa né, mas lá num tinha o especialista que eles me encaminharam e que tinha era um posto urgente e aí me encaixaram, deram um jeitinho. Mas fácil num é né.

(...)

Douglas **–** Você não conhecia ela antes? Você não conhecia ninguém nesse posto?

Neide **–** Não, ninguém, nunca tinha vindo aqui, fui encaminhada né. Na verdade, encaminharam não, só falaram assim, mandaram eu ir no posto, quando lá no Planalto perceberam que eu tava doente, aí falaram assim, "ó você vai ter que procurar um pneumologista pra ter certeza", porque só com o exame de escarro não é assim, num dá pra saber né, tem que passar num especialista. Aí me mandaram ir no posto próximo de casa, eu fui, quando chegou lá, no São Pedro, num tinha, aí a moça me disse que eu tinha que ir em Itaquera, lá em Itaquera deve ter, aí eu vim né. Aí ela me disse, lá no Itaquera ou no Santa Marcelina, no Santa Marcelina é mais convênio, aí mandaram vim aqui, aí eu vim. Mandaram não, falaram que aqui talvez tinha, aí eu vim, aí tinha mesmo e ela encaixou. Pronto, agora eu tô aqui, pelo menos até abril, até abril tô vindo aqui.

4) funcionária, 60 anos

Douglas **–** Mas o que mudou? Não mudou nada? Está a mesma coisa de quando você entrou aqui?

Cristina **–** Ah, sei lá, olha vou ser sincera: se mudou é coisa que a gente não prestou atenção, mas deve ter mudado sim, porque tem mais médico, tem médico, aqui tem bastante especialidade, bastante, cada um no seu, na sua especialidade né, mas é bem atendido, as pessoas, têm muitas pessoas que gostam daqui, tem gente que mora em São Miguel, em São Mateus, na Vila Regina e não quer perto da casa deles, quer aqui, porque acham que aqui é bem atendido. Então a gente fala: - Ah, por que vocês não foram perto da sua

casa, mais perto, que tem lá, que é a mesma coisa daqui, o que tem lá, tem aqui. Mas eles num querem, preferem aqui, então a gente não vai mandar a pessoa embora né, já que quer ser atendido aqui, vai atender aqui né.

A questão da proximidade do serviço já apareceu também nas falas anteriores, quando demos exemplos sobre a tensão envolvendo a integralidade. De fato, é justamente no momento de dar continuidade ao tratamento que as pessoas devem percorrer inúmeros trajetos pela cidade na busca daquilo que necessitam. As últimas falas nos remeteram à proximidade com o nível mais básico da atenção à saúde: a UBS. O problema que se coloca é que, mesmo próximas, muitas unidades não oferecem o básico. O resultado é a sobrecarga de algumas delas, que acabam se tornando referência para uma área muito maior do que a de origem.

Ora, quando o nível básico não resolve, o cidadão-usuário acabará chegando, mais cedo ou mais tarde, nos níveis mais complexos do sistema. Ou porque o seu problema se agravou de tal forma que demandará procedimentos mais complexos realizados fora das UBS(s), ou porque será pela porta dos níveis mais complexos que ele tentará efetivar seu direito. Essa segunda opção é tão freqüente que um senhor, participante do conselho gestor da unidade, conversando com uma mulher que não tinha conseguido marcar consulta, indicou-lhe a Santa Casa de Misericórdia, desde que lá chegasse "dando uma forçadinha, dizendo que estava morrendo".

Essa situação cria também um jogo de empurra-empurra entre hospital e unidade. No hospital, o cidadão-usuário é instado a ir até a unidade mais próxima da sua casa. Nela, o atendente diz que não há vagas. O cidadão-usuário retorna ao hospital. De novo é instado a procurar uma UBS. Não é à toa, como veremos adiante, que os funcionários acreditam que o povo seja burro, teimoso, e que só fica andando "pra lá e pra cá" porque não escuta, não presta atenção naquilo que o funcionário disse...

Obviamente, essas ações exprimem as tensões em torno da organização do sistema e também estão em confronto explícito com o quarto item do primeiro princípio da carta de direitos dos usuários da Saúde, segundo o qual,

> "**IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com**

apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda." (Ministério da Saúde, 2006)

Numa metrópole como São Paulo, onde, muitas vezes, o tempo despendido no deslocamento até um determinado lugar é maior que o tempo despendido no próprio local, os indivíduos tendem a evitar os grandes percursos procurando aquilo que precisam nos arredores de sua residência ou do local em que trabalham. Portanto, a questão da proximidade não é só um princípio da organização dos serviços, mas também uma característica norteadora da ação dos indivíduos nas grandes cidades.

No entanto, quando falamos dos serviços públicos necessários para a efetivação de um direito, temos de nos haver com o fato de que a sua disposição não está exatamente de acordo com as necessidades de todos os indivíduos. Isso porque os recursos são escassos, como também as suas necessidades são distintas. Ninguém acredita que Pinheiros ou os Jardins devam ser inundados por ambulatórios do SUS. Unidades públicas nesses locais só tenderiam a aumentar a concentração de recursos disponíveis para aqueles que já são privilegiados pela posse de um plano de saúde privado.

De tal fato podemos depreender que um direito que se efetiva pelos serviços prestados gera desigualdades também entre os seus usuários, na medida em que os recursos necessários para sua efetivação se dispuserem de forma desigual pelo território nacional, estadual ou municipal. Assim, existem os cidadãos que possuem mais e aqueles que possuem menos serviços disponíveis, leia-se, cidadãos com mais ou com menos direito. Coelho e Pedroso apontam, por exemplo, para a desigualdade da população da cidade de São Paulo no que se refere ao acesso a leitos hospitalares distribuídos de modo não uniforme pela metrópole. (Coelho e Pedroso, 2002)

A tensão gerada pela distribuição irregular de equipamentos e recursos necessários para a efetivação do direito vai atingir diretamente aqueles moradores das áreas mais afastadas do centro da capital. Ainda que fora da região da Avenida Paulista – onde podemos encontrar alguns dos maiores e mais modernos hospitais de São Paulo – exista uma grande quantidade de unidades públicas de saúde – UBS(s), ambulatórios, pronto-socorros, hospitais – espalhadas pela cidade, elas não suprem as necessidades da parcela da população para as quais estão destinadas. Geralmente, porque devem atender a uma demanda altíssima e crescente. Além disso, seus serviços são remunerados pela famigerada "Tabela SUS", na qual estão arrolados os baixíssimos valores dos

procedimentos comprados, pelo Ministério da Saúde, dos prestadores de serviço. Assim, temos diante de nós as crises que constantemente atingem os chamados filantrópicos, como a Santas Casas de todo o país ou o Hospital Santa Marcelina em São Paulo. É claro que essa questão pode ser discutida à exaustão, como a última crise vivida pelo Santa Marcelina, que teve seu ápice no período de nossa pesquisa de campo e na qual as representantes do hospital, em todas as reuniões do Conselho Gestor da então Coordenadoria de Saúde de Itaquera, expunham gráficos que comprovavam que a maior parte dos atendimentos realizados naquele hospital eram de pacientes SUS vindos dos lugares mais distantes (inclusive de fora do estado) e de que, portanto, a questão devia ser resolvida com mais recursos e não só com um aumento de participação do Conselho Gestor na gestão do hospital, ou, ainda, por uma diminuição do número de pacientes atendidos via plano particular. Se aqui não é o espaço para investigarmos as causas da crise, é porque, por ora, nos basta reconhecer que unidades destinadas a diminuir o acesso diferencial da população aos serviços de saúde na Zona Leste de São Paulo, e além do Santa Marcelina podemos também fazer referência aos hospitais Tide Setúbal e Waldomiro de Paula, se tornaram exemplos do que não deve ocorrer na saúde, ao passo que aqueles que estão do outro lado da cidade, Clínicas, Beneficência ou Santa Casa, tornaram-se o destino da população que está no outro lado do mapa.

2.3 A saúde é um direito de todos? – Quando é preciso fazer o direito acontecer

Nos dias de hoje é muito comum ouvirmos os indivíduos afirmarem-se como "sujeitos de direitos". Recorrentemente, se diz: "mas eu tenho direito, eu pago impostos"; "você não está me fazendo nenhum favor, é meu direito". Inicialmente, podemos assumir duas posturas frente ao florescimento "espetacular" de tantas consciências cidadãs! Por um lado, podemos dizer que essa é uma postura esperada num espaço social em que os direitos individuais e coletivos são e foram tantas vezes negados, obliterados. Quando os direitos da cidadania são mantidos precariamente, há a necessidade imperiosa de reafirmá-los continuamente, de pôr "ordem" nas coisas. Por outro lado, podemos pensar que tal discurso apenas simula uma reivindicação, posto que a sua mera repetição assemelha-se mais a uma reclamação inócua, sem maiores resultados. Ou seja, um discurso social *par excellence,* que nos indicaria que as relações sociais em jogo são relações típicas das modernas sociedades ocidentais, contratuais,

acaba por naturalizar a situação social gravíssima de negação contínua do direito individual – seja ele o direito civil de ampla defesa, seja ele o direito social de um atendimento médico integral. Assim, mesmo sabendo que o direito reivindicado está sendo negado, passou a ser "natural" que os sujeitos ao menos reclamem (*re-clamem*) ou se reconheçam como sujeitos de direitos[33]. Diga que você tem direito, mesmo que a efetivação dele seja precária, ineficaz ou até inexistente. Situação paradoxal em que os indivíduos constantemente se reconhecem como sujeitos de direitos "sem direitos". Ou seja, é importante reconhecer-se e se fazer reconhecer como um sujeito de direitos e não como alguém que está dependendo de um favor. Ainda que, como veremos, o favor possa conviver em perfeita harmonia com a lógica do direito, com a lógica contratualista.

Num contexto em que faltam vagas, remédios e exames, e no qual os sujeitos são obrigados a procurar o que precisam longe de casa, correndo o risco de não encontrarem, os indivíduos acabam, como nos diz o ditado popular, "acendendo duas velas: uma para Deus, outra para o diabo", ou, uma para a "lógica do favor" e outra para a "lógica do direito". Se no local em que eu vou buscar um serviço, estiver à minha disposição um atendimento "exclusivo", ao qual tenho acesso graças à amizade que mantenho com um ou mais funcionários, estará tudo arranjado e deverei esquecer-me que na minha frente e atrás de mim existem cidadãos como eu. Por outro lado, se o lugar é hostil às facilidades da amizade e, desse modo, devo aguardar a minha vez na fila como todos os outros, aí então eu me torno um sujeito defensor dos direitos e ai! daquele indivíduo que passar na minha frente ou que for surpreendido recebendo alguma "atenção diferencial".

É interessante compararmos esse comportamento com um tipo de relação entre empresas e seus clientes que está muito em moda nos dias de hoje e que é chamado pelo nome infeliz de "fidelização" do cliente. Cada vez mais, empresas oferecem vantagens para aqueles clientes que regularmente consomem certa quantidade de seus produtos ou serviços, ou seja, para aquele cliente fiel à empresa ou à marca. Se você não é um cliente fiel, sinto muito, mas você não terá um desconto e nem receberá prêmios ou privilégios na compra de um novo produto. Assim, sem o menor pudor, os consumidores que já estão segmentados segundo a renda, que lhes permite o acesso ao

[33] Agradeço à Professora Cynthia Sarti pela feliz observação que realizou durante o exame de qualificação e que me propiciou essa reflexão a respeito da naturalização do discurso dos sujeitos de direitos "sem direitos".

produto A, B ou C, se vêem novamente segmentados no que tange ao acesso diferencial àquele bem ou serviço de que dispõem com alguma freqüência ou não. Nas relações dos consumidores, os privilégios aumentam exponencialmente e sem nenhum impedimento legal, já que é da lógica do privado oferecer mais vantagens a quem paga mais e para quem pode mais. Já nos serviços estatais, seria ilícito e contrário à lógica do direito imaginar que os privilégios constituam a base de acesso dos cidadãos a determinados bens ou serviços. No entanto, com freqüência e quando isso é possível, o cidadão que regularmente encontra dificuldades quanto à efetivação do seu direito tenta torná-lo concreto por meio de sua rede de amizades. Ele também é um cliente constante dos serviços estatais. Só que as eventuais vantagens que possa ter em relação aos outros usuários não advêm de sua fidelidade ao governo, mas de sua fidelidade ao funcionário do governo, que é seu amigo, e que, por isso mesmo, lhe permite sempre conseguir o que quer e ou necessita naquele mesmo posto ou naquele mesmo hospital.

Em tal situação, a consciência do direito e sua contínua reafirmação passam a conviver com práticas clientelistas, particularistas, negadoras do universalismo e do igualitarismo, portanto, do ideal de cidadania perseguido nos dias atuais. Além do favorecimento de conhecidos, existem outras práticas que não correspondem ao modelo clássico do que seja agir como um sujeito de direitos. Entre elas está a deferência indispensável e "obrigatória" com que o cidadão-usuário deve tratar os funcionários públicos, ou, ainda, a necessidade de encenar e aprofundar a já dramática situação vivida, para que o direito possa ser efetivado. Como veremos nos exemplos a seguir, em situações extremas, o direito deve acontecer na marra, o que o torna extremamente dependente de características da personalidade individual. Ou seja, para efetivá-lo é preciso ser corajoso, destemido, forte e determinado. Para os mais tímidos e acanhados, a solução acaba sempre demorando mais. E, quando aparece, é sempre interpretada como milagre divino ou fruto da bondade do funcionário. Desse modo, as lutas dos movimentos sociais durante as décadas passadas são continuamente atualizadas na ação individual de sujeitos que já são detentores do direito, mas que ainda precisam (re) conquistá-lo, seja pela perambulação que fazem pelas várias unidades do SUS, seja pelo favor, seja pela insistência e paciência individuais.

1) usuária, 40 anos, cabeleireira

Gilda – (...) Meu filho há pouco tempo fez uma cirurgia em Guaianases. Eu fui em duas consultas, eu precisava de todos os tipos de exame de sangue, e foi lá e pá, pum, acabou, operou. Então realmente é uma questão do povo que precisa e educação do povo que atende né, e é mais pela sua simpatia que você consegue as coisas, infelizmente, na saúde, do que por direito seu mesmo entendeu. Você vai: "Oi fulana, como você vai? Tudo bem?", entendeu, aí vai uma amizadisinha, entendeu, aí você consegue, você entra, entendeu. E se você for num posto novo a educação conta e muito né, e também tem que pensar assim, eu não sei, eu pago os meus impostos né, eles retiram de mim né, então às vezes o que fica muito chato é quando eles não dão pro sistema de saúde, não recebem, porque aí eles vem cobrar pra eu né, é porque de uma certa forma, entre aspas, são meus empregados né, mas só que o intermediário que é o Governo às vezes deixa muito a desejar, num faz o que tem que fazer né, mas eu gosto do sistema de saúde e acho que é legal.

2) usuária, 43 anos, "doméstica"

Douglas – A senhora já passou por alguma outra situação desse tipo, em que tentou procurar atendimento e não conseguiu consulta?

Dorotéia – Ah, já.

Douglas – E aí? O que a senhora fez?

Dorotéia – Aí pedi pra minha vizinha que trabalha no hospital conseguir pra mim, que no caso eu to vindo do Santa Marcelina mesmo né, que eu tenho problema de paralisia e eu precisava passar num ortopedista e eu num tava conseguindo, e como minha colega trabalhava lá ela conseguiu pra mim.

Douglas – E aí a senhora passou no ortopedista...

Dorotéia – Passei hoje, passei no ortopedista hoje.

3) funcionária, 49 anos

Douglas – Você tem plano de saúde ou você usa o SUS?

Aparecida – Não tenho plano de saúde, dificilmente eu, assim, pra mim mesmo, eu nunca usei o meu, Hospital do Servidor Público né, nunca usei pra mim, usei só uma vez pro meu filho e não tenho plano, mas, assim, quando preciso né, eu conto com a amizade aqui dos médicos, que trabalham aqui, então eles sempre indicam alguém, um colega, então é isso é um bom plano de saúde (risos).

Douglas – Você pega encaminhamento aqui e vai passando em outras unidades?

Aparecida – Sim.

Douglas – Você sempre conseguiu passar? Você já teve alguma situação em que não deu, você teve que se virar? Alguma situação crítica?

Aparecida – Não, não, nunca encontrei não, porque, mesmo, eu acho assim, como a gente trabalha na área né, então quando eu vou é porque é um, por exemplo, eu andei fazendo umas endoscopias, então eu nunca fui lá no Santa para marcar as endoscopias, sempre tem uma colega que marca, que trabalha, porque na saúde você conhece uma aqui, um ali e tal e sempre, a gente que trabalha na área não tem assim muita dificuldade, o povo sim, o povo sofre bastante, porque num dá pra fazer pra todo mundo né, então o povão mesmo sofre, o dia que eu sair daqui vai, o dia que eu aposentar aí eu vou entrar nessa lista (risos).

Douglas – Mas o povo que tem conhecido também consegue?

Aparecida – Você fala o usuário?

Douglas – É.

Aparecida – Ah, se tiver conhecido sim, também.

Douglas – Acaba conseguindo?

Aparecida – É, acaba conseguindo, aqui na unidade, eu, eu particularmente, às vezes você vê chegar, eu vejo chegar uma pessoa de idade, uma pessoa que num tem, que você tá vendo que não tem condição, as vezes é uma pessoa limitada, você entendeu? Limitado no entendimento, limitado às vezes até pra

andar mesmo, você vê que a pessoa não sabe, tá andando, então às vezes assim, a gente vê que não tem, não tenho vaga pro...[Término da gravação. Daqui por diante transcrevo segundo as notas que tomei até o fim da entrevista.] cardiologista. Na agenda do Cardio só tem vaga quando algum paciente recebe alta. Quando chega uma pessoa idosa eu penso 'e se fosse minha avó'? A agenda tá cheia, mas a gente acaba dando um jeito.

4) usuária, 28 anos, empregada doméstica

Douglas – Você conseguiu marcar consulta fácil?

Neide – Ah, fácil num foi, porque eles queriam que eu passasse no posto mais próximo de casa né, mas lá num tinha o especialista que eles me encaminharam e que tinha era um posto urgente [?] e aí me encaixaram, deram um jeitinho. Mas fácil num é né.

Douglas – Mas como é que foi feito esse encaixe?

Neide – Ah, eu falei com a senhora lá, falei para ela que tinha que trabalhar, que eu tinha faltado no emprego, que eu não podia voltar, aí ela, acho que ficou com dó, e encaixou.

Douglas – Marcou o seu horário pra hoje?

Neide – Marcou não, foi o mês passado isso. Aí marcou e mandou eu vim conversar com o médico, aí como foi confirmado o que eu tinha, aí me encaixou, me deu o cartão para eu ficar passando todos os meses.

5) funcionária, 43 anos

Douglas – Já teve alguma situação em que você precisou de atendimento médico, ou estava com alguma dor e não conseguiu atendimento médico público? O que você fez? Como foi a situação? Você lembra de algum caso assim?

Valéria – Olha, precisei, precisei sim, quando o meu filho tava, tava com pneumonia, eu fui até o Planalto e disse que não tinha atendimento, não tinha, não tinha, mas pô meu Deus, tá precisando, eu entrei, invadi, você entendeu?

Preciso do atendimento, não tenho condições, não sei o que acontece com a criança né, aí foi atendida sim, mas eu acho que não tem necessidade das pessoas fazer isso, se humilhar pra ter um atendimento, se é um Sistema Único de Saúde. Então quer dizer que aquelas que não têm privilégio, que fala "Não, num tem.", volta pra trás a criança morre, porque nem todos vão em frente, ou seja, procurar o seu direito, porque se ela for procurar o seu direito, ela vai conseguir, mas nem todas têm essa iniciativa, aí fica difícil e isso tem todos os dias, acontece diariamente isso aí, acontece diariamente.

Douglas – Da pessoa ter que voltar pra casa ou ter que invadir?

Valéria – Ah não, invadir, de 10, uma, as outras nove voltam pra trás, você entendeu?

Douglas – Como é que faz essa invasão? Você passou a porta que não podia entrar?

Valéria – Não, não. Eu conversei, falei que eu não ia voltar para trás sem meu filho ser atendido, não ia voltar para trás, ou seja, se tivesse um médico só no hospital eu ia ficar lá e ia esperar esse médico no hospital, você entendeu? Eu não ia voltar para trás, por quê? Porque os médicos são assim, se você vai e a criança não ta bem "Mãe, por que você não veio antes?" né, é assim, ou se você vai: "Não, não tem necessidade porque a criança não está tão mal", poxa vida, se eu soubesse não teria ido até ao hospital, porque é hospital né.

6) usuária, 40 anos, empregada doméstica

Antônia - (...) Semana retrasada eu levei minha comadre na Santa Marcelina, ela tem 60 e poucos anos e tem problema de diabetes, tava tendo uma crise de diabete, pois eu não fui atendida no pronto-socorro porque disse que estava super lotado, o guarda num deixou a gente nem fazer a ficha, e isso é pelo SUS hein, o guarda não deixou a gente fazer a ficha tive que voltar com a paciente doente para minha casa, para tratar ela dentro de casa, até ela se estabelecer e melhorar, mas ela não conseguiu passar no médico, nem por emergência.

(...)

(...)A gente vê cada coisa nesse país e eu fico chateada porque o povo num fala nada, se vai na fila do INPS, tá vendo demora, tá vendo coisa errada, todo mundo fica falando amém, se ninguém reage a gente fica o dia inteiro ali, isso eu acho errado, tem que todo mundo bater boca. Não digo que todo mundo tem que quebrar o pau com funcionário, ou quebrar o hospital, ou fazer vandalismo, mas a pessoa tem que exigir os seus direitos, tem que fazer as coisas certas e às vezes além da gente exigir os direitos da gente, a gente é humilhado, sem necessidade, que muitas vezes, as vezes a pessoa que trabalha no cargo da prefeitura num tem condições de tratar o público e trata a gente que nem bicho, então eu acho que tem coisa que tem que mudar e muito, até na forma do tratamento do funcionário como na assistência do médico, como nos negócios do SUS, porque eu acho tá virando uma porcaria mesmo esse negócio de convênio médico, eu se pudesse, se eu tivesse condições eu reclamo do particular, se eu tivesse dinheiro eu jamais deixaria de pagar um particular para a minha filha, tanto pra mais velha como pra pequena, eu tenho duas filhas.

7) usuária, 57 anos, empregada doméstica

Douglas **–** A senhora já esteve numa situação em que a senhora tava muito doente ou tava com alguma dor ou com um problema sério, chegou e não conseguiu consulta nos SUS ou no hospital público?

Ana **–** Já. Consegui, mas assim, eu cheguei no hospital aí, no Santa Marcelina, tava com as vistas vermelhas. Eu cheguei lá e eles falaram que pelo Pronto-Socorro só atende quem tiver morrendo, os velhinhos que já tiverem morrendo, aí eu falei, mas eu tenho a pressão alta e as minhas vistas estavam vermelhas e quando eu passei no médico tava 19 por 13 entendeu, aí eles me fizeram a ficha, porque eu falei que tinha pressão alta, se não eles não tinham me atendido lá no Marcelina.

8) *Um caso de utilização do drama como recurso*

Num certo dia, duas senhoras reclamavam pronto-atendimento para uma criança febril e indisposta há alguns dias. Foram orientadas a procurarem um Pronto-Socorro, pois na UBS se realizavam atendimentos de rotina, o que implicava uma consulta agendada anteriormente e a falta de estrutura para atendimentos emergenciais. As duas senhoras relataram que já tinham ido ao Pronto-Socorro e que também não foram atendidas. Diziam que procuravam por atendimento desde Guaianazes – entre hospitais e UBS(s) – e que não tinham obtido resposta. Mesmo com mais uma negativa, elas foram até a Pediatria e lá, novamente, tentaram uma resposta positiva por parte das auxiliares. Voltaram à recepção e depois novamente à Pediatria. Nesse vaivém entre o pavimento superior e inferior da UBS – sem esquecerem de invocar que tinham direito ao atendimento, de ameaças de denúncia, de bradarem por uma solução e de afirmarem e reafirmarem que a criança estava muito ruim, – conseguiram de uma pediatra a promessa de atendimento.

Mas além da cena dramática, queremos invocar também o distanciamento entre dois códigos de conduta diversos. As senhoras não aceitavam de modo algum a orientação para procurarem um Pronto-Socorro, atitude condizente com a informação de que o estado da criança era alarmante. Do outro lado, na recepção, auxiliares de enfermagem, direção e até o pesquisador, insistiam para que elas se encaixassem no "percurso normal" (situação urgente/emergente = PS; Procedimentos de rotina = agendar consulta na UBS). Ou seja, os "representantes do SUS" insistiam que elas deviam seguir tentando. O que, de fato, significaria que continuassem a peregrinação já experimentada e na qual, até o momento, o direito continuava sendo negado.

A seguir, veremos que nem sempre é difícil conseguir um encaixe na unidade. Um ponto fundamental para essa conquista é a relação que se mantém com os funcionários.

3. Funcionários e cidadãos-usuários

Poderíamos realizar descrições diferenciadas de um espaço específico e de seus ocupantes a partir de várias perspectivas. Conscientes da parcialidade da nossa visão, podemos distinguir, de modo provisório, duas posições elementares dentro da unidade: a dos funcionários[34] e a dos cidadãos-usuários.

No entanto, veremos que o termo "funcionários", em algumas ocasiões, pode ser um rótulo muito genérico para quem quer apreender a complexidade e as dificuldades existentes na carreira do funcionário público devido às diversas maneiras pelas quais o indivíduo pode conduzi-la dentro do Estado. Assim, os "funcionários" podem ser divididos em outras categorias, pois compreendem indivíduos com formações escolares distintas e, portanto, ocupantes de cargos com remunerações diferenciadas. A divisão mais marcante se dá entre funcionários detentores só do ensino médio ou só do superior. Os de nível superior são os médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Entre os funcionários de nível médio, uma outra distinção pode ser estabelecida: profissionais especializados (como "oficial administrativo", os auxiliares e atendentes de enfermagem) e os não especializados. Os não especializados foram contratados como "auxiliares de serviços gerais" e realizam inúmeras tarefas cotidianas que – desempenhadas no interior e exterior da unidade – podem estar baseadas num conjunto de orientações prescritas por um superior ou, ainda, num treinamento diário. Ainda entre os auxiliares de serviços gerais, encontramos funcionários que detêm o ensino médio ou somente o fundamental[35]. Na verdade, mais importante do que atentarmos

[34] Em "Servidor, Funcionário e Trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde." (1993), Regina Marsiglia aponta as mudanças que ocorreram sucessivamente na auto-identificação dos trabalhadores da área da saúde. Cumpre destacar que a imagem de "trabalhador da saúde" não está tão mais em voga como esteve à época de sua pesquisa. Provavelmente isto se deve, em parte, a uma mudança da relação entre sindicato e funcionários. Na maioria das nossas entrevistas as pessoas se apresentavam como "funcionário do Estado prestando serviço à Prefeitura", ou "gerido pela Prefeitura". Portanto, atualmente, a própria municipalização deve ser levada em conta como um fator importante na definição da auto-imagem dos funcionários públicos da saúde. Por último: nas reuniões do conselho gestor, bem como nos informes do SindSaúde, ainda prevalece a identificação de "trabalhadores da saúde".

[35] Segundo Marsiglia (1993): "Uma tendência importante no setor nos últimos vinte anos foi a incorporação de funcionários altamente especializados do ponto de vista técnico (médicos) e de funcionários sem qualificação técnica (atendentes de enfermagem), caracterizando-se uma situação de polarização das qualificações no setor. De certa maneira, embora na década de 80 tenha havido uma maior absorção de funcionários com nível técnico de grau médio, o serviço de saúde em geral (e os serviços públicos não fogem à regra), têm-se constituído em uma alternativa de emprego para uma mão de obra feminina de baixa ou nenhuma qualificação técnica, embora com escolaridade superior a exigida para o desempenho das funções para as quais é destinada." (Marsiglia, 1993: 389) Essa caracterização mostrou-se bastante pertinente à unidade em que estávamos. A maioria esmagadora dos funcionários de nível médio é do sexo feminino e muitas entraram como auxiliar de serviços gerais ou atendentes de enfermagem possuindo somente o ensino fundamental. Já no funcionalismo, algumas realizaram cursos

para as suas variadas formações, é percebermos as relações e as práticas diversas que cada grupo de funcionários pode apresentar, tanto em relação aos usuários, como na relação entre si e com o SUS. Assim, veremos que determinadas práticas podem ser compreendidas a partir do lugar que seus atores ocupam dentro da unidade e do SUS.

Num primeiro momento, o que mais nos impressionou foi o caráter altamente burocrático das funções exercidas por todos eles. Esse caráter é depreendido a) da necessidade de preencher relatórios e pedidos, b) do ordenamento e hierarquização das ações e, consequentemente, daqueles que as executam; e c) da orientação segundo regras impessoais advindas de centros de decisão internos e externos à unidade. Os funcionários, como é óbvio, não são autômatos e, por conta disso, possuem preferências, envolvem-se e são envolvidos por conflitos da e na unidade ou exteriores ao local de trabalho. Esse agir humano, somado às insuficiências qualitativas e quantitativas dos recursos humanos e financeiros dos serviços prestados pelo Estado brasileiro, dão ao serviço público um caráter bastante particular, distante de qualquer burocracia altamente eficiente do tipo ideal weberiano.

É sobejamente reconhecido que a população vê o funcionário público como alguém grosseiro, despreparado, absenteísta e vagabundo. É claro que essas opiniões não recaem igualmente sobre todos os funcionários. De fato, elas referem-se mais ao pessoal de nível médio, do que ao de nível superior. Isso talvez porque sejam eles os que de fato mostram "a cara" do sistema, posto que na maior parte da vezes devem dizer não às demandas dos usuários. Por seu turno, os funcionários de nível médio, especializados ou não, acreditam que a população seja mal educada, impaciente e teimosa. Alguns funcionários de nível superior também partilham dessas opiniões, ainda que geralmente se queixem mais da pobreza e da falta de informação dos usuários do que de outras características.

Em relação ao conjunto de funcionários, não podemos nos esquecer que são muitas vezes alocados em outras funções que não aquelas para as quais foram originariamente contratados, o que gera não somente frustração em suas expectativas, mas também concorre para um serviço deficiente. Acrescentem-se a isso instalações e condições precárias para a realização das tarefas, com equipamentos (canetas, cadeiras, autoclave, etc...) mal distribuídos, insuficientes e/ou quebrados.

---

técnicos ou cursaram o ensino médio para tentarem mudar de posição no sistema por meio de concurso público.

Exemplo disso são os funcionários da limpeza e da vigilância que, deslocados de suas funções devido à terceirização, acabaram sendo alocados na recepção e em "serviços gerais" ou, simplesmente, não fazem nada. Para embolar ainda mais a situação, há as várias formas de contratação vigentes no serviço público – Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Consolidação das Leis do Funcionalismo (CLF) e Lei 500. A municipalização, fazendo conviver funcionários do mesmo nível, com diferenças em suas jornadas diárias e em seus salários, é mais um ingrediente da insatisfação e desânimo que caracterizam alguns membros do funcionalismo público.

Ainda que em condições tão desfavoráveis, a maioria dos funcionários de nível médio, especializados ou não, tem uma jornada bastante sobrecarregada devido ao significativo volume de atendimentos prestados na UBS. Nas conversas informais e nas entrevistas, sempre estão presentes: 1) o fato de trabalharem numa unidade bastante procurada pela população e 2) a precariedade das condições em que trabalham, o que muitas vezes exige deles uma polivalência aprendida na prática rotineira de suas tarefas. Muitos acreditam que ajudam o SUS a virar realidade executando bem o seu serviço, prestando as informações corretas – o que já seria um grande avanço –, ajudando os mais necessitados. Essa ajuda aos mais necessitados refere-se principalmente aos idosos. Os funcionários de nível médio – auxiliares de serviços gerais e oficiais administrativos – sempre conseguem uma vaga para uma pessoa idosa que aparenta estar muito necessitada. Mesmo se a folha onde as consultas são agendadas estiver completa, sempre há um canto em branco onde é possível anotar mais um nome.

Entre os funcionários de nível médio especializados, como as auxiliares de enfermagem, encontramos indivíduos com duas ou até três ocupações (em outros serviços de saúde, públicos ou privados). Isso já é bem mais raro no grupo dos oficiais administrativos ou no dos auxiliares de serviços gerais.

Os funcionários de nível superior também partilham de algumas das características dos de nível médio, ainda que, diferentemente deles, apresentem maior heterogeneidade em suas funções, jornadas e opiniões. Os médicos, enfermeiras e assistentes sociais também possuem mais que uma ocupação. No entanto, dentre eles, são as assistentes sociais e as enfermeiras que mais se aproximam da rotina dos funcionários de nível médio, isso porque elas também devem preencher livros e formulários, controlar fluxos de medicamentos, fiscalizar a rotina das auxiliares de enfermagem e assim por diante. As assistentes sociais, por exemplo, tiveram suas funções reduzidas ao preenchimento dos papéis necessários para que os pacientes

obtenham a gratuidade em alguns transportes metropolitanos. Ainda que, segundo disse uma delas, além de fornecerem os documentos, tentem "ajudar" a população naquilo que precisarem, a maior parte do seu tempo é gasto no preenchimento e na averiguação de documentos. É importante atentarmos que antes disso suas atividades estavam bastante ligadas às funções precípuas de todas as UBS(s), que são a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Isto se dava por meio da manutenção de encontros periódicos com grupos de usuários.

3.1 Os médicos e o direito à saúde

Os médicos poderiam muito bem ser caracterizados como "inacessíveis". E tal epíteto poderia defini-los enquanto grupo social não somente pela óbvia dificuldade que a população tem em acessá-los, mas também pela sua obstinada recusa em participar da pesquisa, bem como pela natural distância que procuram interpor entre eles e os funcionários de outros níveis a fim de assegurarem a legitimidade de suas posições[36]. É claro que variações são sempre possíveis. Não é à toa que um dos entrevistados seja a médica mais procurada na sua área, dentro da unidade, mesmo havendo ali outros médicos com a mesma função.

A experiência dos cidadãos com os médicos também é bastante variável. Ainda que todos os entrevistados relatassem que há algum tempo se tratavam com o médico daquela unidade e que deles não tinham reclamações. Para os funcionários de nível médio existem médicos que trabalham bastante, são simpáticos e atenciosos e aqueles que são antipáticos, trabalham pouco e são "chatos". Ficou bastante nítido que nessa avaliação contam tanto as experiências que o indivíduo teve como paciente daquele médico, como as experiências que ambos tiveram enquanto funcionários do mesmo

[36] Mais uma vez, vale a pena citar o que Marsiglia registrou em 1993. "Além de seu poder no interior das administrações basear-se no saber que detêm, os médicos têm outras opções de inserção no mercado de trabalho, e até mesmo a possibilidade de exercício autônomo da profissão. Aliás muitos deles o fazem, caracterizando-se a situação denominada na área de saúde de 'dupla militância', em que o profissional tem um emprego público e outro no setor privado, ou então, atua como profissional autônomo ou liberal. **O ponto básico é que esses profissionais, são sempre médicos, antes de serem funcionários públicos**." (Marsiglia, 1993: 395) [sublinhado por mim] A dupla militância pode ser inclusive tripla pois, além de um consultório particular, alguns médicos tinham cargos na prefeitura e no estado. Não eram poucos os médicos que passavam menos de três horas diárias na UBS. Segundo a gerente, isso se deve ao fato de que alguns possuem uma jornada de 20 horas semanais, enquanto outros têm uma jornada de 40 horas semanais. É tragicômico, no entanto, que tal situação gerasse o inconformismo em um vigia que perdera a sua função com a terceirização dos serviços de segurança. Para ele, os médicos deveriam "bater cartão" como todo mundo. Não trabalhou, rua! De fato, o relógio de ponto seria desnecessário, já que esse "ex-vigia", ao permanecer o dia inteiro sentado na porta da unidade conversando com os usuários ou abrindo o portão para que os médicos entrem com seus carros, tornou-se um vigilante espontâneo dos horários de todos os funcionários. Desde a extinção do seu cargo, ele se recusa a realizar os serviços gerais da recepção. Acredita que deveria receber um treinamento para isso.

local. Assim, para a maioria dos funcionários, a médica que participou da entrevista é "um amor", pois ela é atenciosa e nunca deixa de atender ninguém. Já em relação ao outro, alguns o vêem como antipático, mas em hipótese alguma questionam sua importância dentro da unidade, devido justamente ao grande número de pacientes que atende.

Os dois médicos que participaram da pesquisa deixaram claro que localizam o problema do SUS na falta de recursos. Além, é claro, de apontarem para a necessidade de correção de problemas gerenciais. Um deles queixou-se da falta de um sistema de informação unificado, para que ele possa saber o que os outros especialistas que tratam de um determinado paciente lhe estão prescrevendo. Das duas entrevistas também é possível depreender que ser médico do SUS exige uma carga extra de dedicação e de paixão pela causa, ainda mais na situação atual do sistema, em que tudo leva ao "desânimo e à perda da esperança", conforme nos relatou a médica mais querida da unidade.

Além de repetirem o lugar comum dos outros funcionários, dizendo que acreditam que ajudam o direito à saúde a virar uma realidade, prestando atendimento e tratamento corretos, fazendo bem o seu serviço, etc., um deles expressou uma provocativa opinião a respeito do direito à saúde, abaixo transcrita.

Douglas – O Senhor acha que já estão conseguindo saúde no Sistema Único de Saúde?

Pedro – Se estão conseguindo saúde?

Douglas – É. Se o Sistema Único de Saúde garante o direito à saúde de todos? Esse direito está de alguma forma se realizando?

Pedro – Eu acho que em parte, em parte, tá certo, eu acho que aquilo, no SUS no Brasil você gasta muito dinheiro com algumas coisas que você não devia investir tanto, tá, e como você gasta muito dinheiro em determinada área, começa faltar em outras áreas tá certo, por exemplo, quando você diz que o SUS determina que Saúde é um bem pra todos, isso é algo relativo, tá certo, porque tem algumas doenças, que tem um prognóstico muito ruim, que tem um altíssimo custo de tratamento, tá certo, esse altíssimo custo pra um doente, com um prognóstico ruim, custa muito de uma verba que podia tratar milhares de pessoas com coisas mais simples tá certo, então, por exemplo, se você

tivesse uma, um paciente que teve uma leucemia muito, muito rara, ele precisa de muito, muito medicamento, muito, muito, medicamento muito caro, então ele tá consumindo um alto custo e o prognóstico dele é, digamos que o prognóstico dele é ruim, é muito provável que apesar de todo esse investimento que você fizer, ele acabe falecendo, mas o custo que esse paciente levou, você podia ter tratado 10.000 pacientes com baixa dose de remédio pra pressão tá certo, então você não tem dinheiro pra tratar de hipertensão, por exemplo, de pacientes que têm uma hipertensão moderada, esses pacientes vão sendo tratados, daqui 10 ou 20 anos eles vão ter problemas muito mais sérios, tá certo, você vai gastar muito mais com esse paciente que vai ter um problema muito sério no futuro, porque ele num tratou quando deveria, que era uma coisa tranqüila, tá certo, isso, num tô achando que o paciente não tem direito, [não acho que] o paciente com uma doença muito rara num tem direito, mas é uma coisa que eu vejo muito em alguns hospitais, tá certo, você vê, em alguns hospitais, pacientes que ficam muito tempo internado por motivos, por ele ser um paciente com um prognóstico ruim, você não consegue mandar ele pra casa.

Douglas – Você acha que na situação em que está o Sistema Único de Saúde seria interessante então estabelecer prioridades?

Pedro – É, o importante ter...

Douglas – Nós temos um sistema que estabelece o direito de todos, mas você não tem recursos suficientes pra todos, então que se estabeleçam algumas prioridades.

Pedro – É exatamente, é eu acho que se nós, saúde é um direito para todos, mas é um direito relativo.

Douglas – O que quer dizer isso? Um direito relativo?

Pedro – É um direito relativo, eu acho que o Estado ele deve fazer um planejamento pra evitar as doenças básicas, tá certo, então, por exemplo, você precisa ter saneamento básico pra evitar a diarréia, tá certo, você precisa tratar a diarréia, ta certo, você precisa tratar, o Estado deveria tratar as crianças com vacinação, tá certo, isso tudo o Estado faz, tá, só que algumas vezes o Estado gasta muito dinheiro pra um grupo de pacientes que são, que consomem muito

dinheiro, mas que tem um prognóstico muito ruim, tá certo, então, por exemplo, no caso da AIDS eu acho que o Brasil faz um excelente serviço, tá certo, se você conseguir remédio mais barato, conseguir distribuir esse remédio mais barato pra todos, em todos os espaços você, eles recebem orientação médica pra evitar a retransmissão da doença, tudo, isso é um trabalho básico, tá certo, você trata o paciente que tá doente, e você com esse tratamento você evita que essas doenças disseminem, tá certo, então é um bom, é um excelente serviço de doença, tá certo, agora quando você tem um paciente muito específico, que tem uma doença muito rara, tá certo, e esse paciente tá consumindo um alto custo, e você sabe que esse paciente não tem prognóstico, tá, você só tá procrastinando o fim desse paciente, é um dinheiro mal empregado, tá certo, então você tem um paciente que tem uma doença muito rara, por exemplo, pacientes que têm doenças como distrofias musculares, que é uma doença degenerativa, é progressiva, não tem cura, vai levar à morte, tá certo, esse paciente poderia ser, depois que ele começa o sintoma da doença, se você tratar ele pode viver uns 5 anos razoáveis, 5 anos razoáveis tá, mas se você fizer um alto investimento pra ele, comprar um ventilador, pra ele ficar em casa com esse ventilador, ele vai viver mais, vai viver 8 ou 9 anos, um altíssimo custo, mais ele vai morrer, porque o fim da doença é essa, tá certo. Então o que acontece é que, pra você fazer com que um paciente viva mais uns 3 ou 4 anos por um alto custo, talvez fosse melhor você diminuir esse excesso de gasto, viver um pouquinho menos, mas com uma vida mais tranqüila, tá certo, porque 4 ou 5 anos dele vão ser iguais, tá certo, pode crer que os 4 ou 5 anos que ele vai receber a mais vão ser marcados por doenças secundárias, efeitos secundários, desidratações, isso vai onerando mais a família e o Estado. Então acho melhor você ter um investimento um pouquinho mais limitado nesse caso, tá certo, desde que ele não tenha um prognóstico realmente muito bom.

Do ponto de vista moral, e especialmente do ponto de vista de quem conhece um sujeito portador de distrofia muscular, a opinião do médico Pedro provoca grande desconforto. Ao fim e ao cabo, para os doentes com um prognóstico ruim basta esperar a morte. O problema, no entanto, não se resolveria por uma simples decisão

administrativa, como requer nosso entrevistado. Não bastaria deslocar os altíssimos recursos empregados no tratamento de doentes específicos para o tratamento básico de milhares de indivíduos. E, se isso fosse feito, estaríamos nos enredando numa questão bem mais complexa em torno do que seja uma vida boa e digna de ser continuada. De fato, quando pensamos na proposição do Dr. Pedro devemos ter em mente que estamos diante de um dos desafios do SUS enquanto projeto político dos cidadãos que por ele lutaram: garantir o acesso de todo e qualquer indivíduo aos instrumentos disponíveis pela técnica médica. E esse acesso, conforme já dissemos, constitui o desejo de todos, especialmente numa época em que o cuidado médico virou sinônimo de preservação da saúde. (Cf. Costa, 1999: 124) Além disso, seria possível reverter a crença nos benefícios ilimitados do conhecimento científico que estão na base do desejo de acesso àqueles instrumentos sofisticados?

Ao fim e ao cabo, retornaríamos ao ponto chave do que seja o direito à saúde. E mais: nesse caminho da volta, não seriam poucas as soluções que apenas reforçariam a constatação de que, nas modernas sociedades capitalistas, o direito à saúde, enquanto direito aos cuidados médicos, continua sendo um direito dependente da classe social dos indivíduos. Assim, quem puder pagar pelo acesso aos tratamentos sofisticados que pague. Quem não puder, que fique com o atendimento básico ou paliativo oferecido pelo Estado. Portanto, um direito relativo, mas não à expectativa de vida, como disse o médico. Relativo à quantidade monetária necessária para custear tratamentos mais complexos ou sofisticados.

Caberia então ao Estado oferecer todos os serviços disponíveis para os cidadãos que realmente necessitam? (Não estamos sequer pensando nos casos em que o referido tratamento constituiria em tentativa com poucas chances de sucesso) O perigo que ronda esse tipo de questão é o de assumirmos a "ética do terrorismo" (Heller, 1982: 169) Ou seja, já que é para salvar a vida do meu povo, permito-me seqüestrar e matar inocentes. Para não assumir esse tipo de ética, é mister reconhecer que não se trata, portanto, de simples discussão quantitativa. É preciso lembrar, mais uma vez, que estamos lidando com um projeto político e, portanto, com fins e objetivos passíveis de serem confrontados e discutidos, o que nos impulsiona a acreditar que as decisões em torno dos recursos do SUS não devem emanar de técnicos qualificados em gastos públicos ou de administradores treinados em "otimização" de recursos escassos. Antes, tal decisão deve estar ancorada numa discussão pública em que todos aqueles que queiram participar do processo democrático de construção de uma decisão eminentemente

pública possam ser chamados a opinar e a defender seus pontos de vista. (Habermas, 2003; Arendt, 1989)

Enquanto essa "esfera pública da saúde" não se constitui, e ao mesmo tempo em que a expansão dos cuidados médicos e a necessidade de prevenção subsistem como desafios, os sujeitos cada vez mais reforçam que o direito à saúde é um direito do indivíduo, subjetivo, e que, no limite, é garantido nos tribunais, como atestam as sucessivas ações que estão garantindo a pacientes com doenças raras o custeamento integral de seus tratamentos pelo SUS.

3.2 Os funcionários de nível médio e sua posição estratégica dentro da UBS

Os funcionários contratados segundo a rubrica de "auxiliares de serviços gerais", que antes da terceirização se dedicavam à limpeza, acreditam que trabalham tanto quanto os oficiais administrativos. Estes, por sua vez, possuem uma postura nitidamente diferenciada da dos auxiliares gerais, que estão constantemente circulando pela unidade e fora da unidade. Ainda que ambos respondam pelo atendimento ao cidadão-usuário, os oficiais administrativos ocupam-se mais largamente das funções burocráticas, como o preenchimento e envio de relatórios, algo geralmente feito com o auxílio do micro-computador, equipamento que, pelo menos por enquanto[37], está fora do alcance do auxiliar de serviços gerais. Essa convivência próxima, mas nitidamente diferenciada quanto ao rótulo (oficial versus auxiliar) favorece sempre o surgimento de confusões em relação à responsabilidade por determinadas tarefas. Assim, os auxiliares gerais sempre lembram que estão na recepção "dando uma força" e que ali estão a pedido da diretora do posto, pois o seu serviço não é o da recepção. A situação torna-se ainda mais inquietante quando sabemos que, em alguns casos, foram os antigos faxineiros, transformados em atendentes, que acabaram por ensinar uma boa parte das tarefas da recepção a oficiais contratados posteriormente. O número restrito de oficiais – aqueles que teoricamente estariam realizando as funções para as quais foram contratados – tornaria a recepção e o encaminhamento dos usuários algo bastante caótico se não fosse essa "colaboração gratuita" dos antigos faxineiros. Conseqüentemente, a posição

[37] Segundo os próprios atendentes, em pouco tempo, todas as ações da recepção seriam informatizadas: marcação de consultas, fornecimento de encaminhamentos, prontuários, etc. Esse já é um projeto antigo, que funciona em algumas unidades e não em outras. Uma das maiores dificuldades para a informatização de algumas UBS(s) é a falta de segurança, posto que os micro-computadores são, recorrentemente, alvos dos furtos praticados contra as unidades.

ocupada por esses auxiliares coloca-os acima da humilde posição de um faxineiro, ainda que sua remuneração seja a de um humilde faxineiro, e não a de funcionário polivalente em que foram transformados. Um fato decorrente dessa situação é o interesse de alguns deles em terminarem o ensino médio e de realizarem cursos técnicos na área da saúde para que, no momento oportuno de um concurso público, possam mudar de função dentro do sistema. Esse era o caso de Nilda. Contratada como "auxiliar", ela recolhia o lixo, limpava e lavava a unidade. Não realizou essas tarefas por muito tempo, pois logo começou a ajudar no "balcão". Interessando-se pela "profissão", resolveu fazer um curso de "auxiliar de enfermagem" que durou um ano e três meses. Por falta de um concurso, ela ainda continua recebendo o salário de "auxiliar de serviço geral", ainda que hoje a sua função na UBS seja somente a de realizar o atendimento "pré" e "pós" consulta.

Há também um certo conflito e acomodação entre os atendentes da recepção (oficiais e auxiliares gerais), os de nível superior e os auxiliares de enfermagem, que são os funcionários mais próximos dos médicos. Para o pessoal da recepção, as ordens a serem seguidas são as da diretora e as da vice-diretora, sendo que mantém maior afinidade e cumplicidade com a última. Há casos em que desrespeitam claramente a indicação do médico no que tange ao número de consultas a serem agendadas[38]. Os médicos, por sua vez, estabelecem mais contatos com a direção e com os auxiliares de enfermagem – encarregados de preencher os encaminhamentos, as solicitações de exames – do que com o pessoal da recepção. Portanto, quando reclamam do número de atendimentos o fazem com o seu auxiliar ou com a direção. Com isso, o auxiliar de

[38] Segundo Marsiglia (1993) os médicos sempre detiveram maior poder técnico burocrático dentro da Secretaria Municipal de Saúde, ocupando vários cargos de chefia (:268), ao passo que na Secretaria Estadual, esse poder fora mais disseminado nas mãos dos sanitaristas e de outros indivíduos treinados como "multiprofissionais". Isso talvez explique a postura dos funcionários da unidade pesquisada que, em sua maioria, viam na ação da direção, e não na dos médicos, uma fonte legítima das regras a serem cumpridas. Ainda que a atual diretora seja uma cirurgiã dentista, vale ressaltar que ela era funcionária da secretaria estadual. Ou seja, por ficar um bom tempo como funcionária do estado, ela provavelmente partilha uma "cultura organizacional" que vê na equipe dirigente e nos órgãos de decisão exteriores à unidade o verdadeiro local de emissão de normas e regras a serem seguidas. Isso é comprovado também pelo fato de a vice-diretora ser uma das pessoas mais queridas e respeitadas pelos funcionários da unidade. Quando da municipalização, ela fora preterida pela Coordenadoria para ocupar o cargo de gerente da unidade, ainda que fizesse parte da *equipe administrativa* há bastante tempo. Isto se deu, provavelmente, por um conflito entre as regras seguidas pelos funcionários até então e aquelas que passariam a vigorar com a nova realidade institucional. Segundo um "informante privilegiado", a escolha da atual gerente foi dada pelo Coordenador da Subprefeitura de Itaquera (depois da municipalização, portanto) e foi uma tentativa de pôr um ponto final em um conflito e disputa imensos entre os funcionários e a direção que estava deixando a unidade. Segundo nosso informante, a atual vice-diretora era a opção certa e inquestionável para assumir a direção. No entanto, de última hora, uma outra funcionária teria conquistado a indicação, o que causou o furor dos funcionários.

enfermagem torna-se o interlocutor privilegiado do pessoal de nível superior com o pessoal da recepção. Essa interlocução pode resumir-se a um recado, a uma ordem ou a uma recomendação que pode ser seguida ou não, conforme a simpatia ou antipatia que o funcionário nutre pelo profissional. Às vezes, só a orientação expressa da direção mudará o comportamento de um funcionário da recepção, o que exemplifica a distância entre ele e o médico. Já as assistentes sociais, que não possuem auxiliares de enfermagem e por isso, geralmente, reclamam diretamente aos atendentes, por exemplo, quando estão com um usuário com a documentação incompleta, possuem uma relação bastante diferente com o pessoal da recepção.

Nesse universo, para aqueles que por algum motivo precisam falar com o médico, ou obter uma conversa rápida para a troca de receitas, é mais importante obter a aprovação do (a) auxiliar ou atendente de enfermagem que trabalha na sua ante-sala do que com o (a) recepcionista ou a diretora. De fato, é muitas vezes o (a) auxiliar de enfermagem da ante-sala que acaba determinando o sucesso ou o fracasso de uma consulta extra de amigos ou parentes do pessoal da recepção. Portanto, também é preciso manter relações cordiais com os auxiliares de enfermagem. Mesmo que, por vezes, mantenham distância da recepção ou ralhem com os amigos porque deram informação errada ao paciente, ou porque mandaram aquele cidadão-usuário mais insistente tentar alguma "consulta-esmola" lá na ante-sala[39].

Os funcionários de nível médio (especializados ou não), em sua maioria, utilizam os serviços médicos públicos e, em relação a esse dado, partilham das mesmas características dos usuários que atendem. Geralmente vão à unidade mais próxima de sua casa ou então, quando precisam, conversam com os médicos mais "acessíveis", na unidade em que trabalham. Utilizam também o Hospital do Servidor Público Municipal e/ou Estadual, além dos hospitais públicos da região.

Favorecem largamente seus conhecidos, facilitando-lhes consultas e obtendo dos médicos receitas de medicamentos com novo prazo de validade ou, mesmo, pegando medicamentos na farmácia para que o conhecido não precise enfrentar fila. Entre outras práticas, chamou nossa atenção a atualização de receitas médicas vencidas. Existem funcionários que todos os dias apresentam receitas médicas vencidas para o médico (com o qual tem "amizade", que é o "chegado" de tal funcionário), para obter sua

[39] Várias vezes observamos essa prática. Quando um usuário não arreda o pé da recepção e insiste muito para que o funcionário dê um jeito, que faça algo, que lhe marque a consulta, etc., é comum que ele encaminhe o insistente para a ante-sala do médico procurado, para ver se a (o) auxiliar "dá um jeito de encaixar".

atualização. Nessa unidade, há até um termo peculiar para aqueles casos difíceis – ou para problemas dos usuários que não estão sendo resolvidos. É o B.O. – boletim de ocorrência. Esse termo pode recobrir inúmeras situações cotidianas que requerem uma solução diferente das normalmente encaminhadas. Entretanto, uma parte dos casos tidos como B.O. é constituída por problemas envolvendo a rede de conhecidos dos funcionários, que são trazidos do exterior para o interior da unidade. Aí se encaixam os casos de atualização de receitas, a obtenção de exames em outras unidades – por meio de um "chegado" da outra unidade –, a obtenção de consultas com especialistas nessa ou em outra unidade de referência e a retirada de remédios na farmácia, sem que o amigo precise encarar a enorme e demorada fila que ali se forma quase todos os dias.

As práticas dos funcionários da recepção não são uniformes e, às vezes, funcionários que estão trabalhando contíguos dão informações e encaminhamentos diferentes para os mesmos problemas. Era comum perceberem isso e interrogarem-se a respeito de quem havia orientado a prática um do outro. Não raro, descobria-se que um funcionário tinha encaminhado a decisão de um determinado modo porque outro funcionário lhe dissera que assim havia sido orientado pela diretora ou vice diretora. Se, por um lado, isso parece mais adequado ao reino das trivialidades presentes nas mais variadas situações da vida cotidiana, por outro, reveste-se de uma importância fundamental para quem necessita de informação exata para obter uma consulta ou outro serviço da rede SUS.

Em relação ao cidadão-usuário, as condutas dos funcionários de nível médio variam muito e dependem bastante de suas características pessoais. Aqueles que sempre procuram "dar um jeito", até mesmo por também serem usuários do SUS, acabam por reconhecer-se naquele que está do outro lado do balcão. O funcionário que "dá um jeito" costuma dizer que se coloca no lugar do outro. Mas não só a si. Coloca também no lugar do outro os seus próximos, os seus parentes. Desse modo, acabam sempre ajudando "aqueles coitadinhos", pois sabem que naquela situação poderia estar uma avó, um irmão, uma pessoa "realmente necessitada". O incontornável limite estrutural da falta de vagas solapa muitas vezes as bases dessa identificação. Por isso, é comum que o funcionário algumas vezes se sinta angustiado com a negativa peremptória que deve dar aos usuários ou incomodado em ter de gritar: "Não há vaga!".

Muitas das respostas que dão aos problemas apresentados mostram os limites do SUS e de sua própria função. Quando orientam algum paciente a procurar um outro lugar e ele, por sua vez, afirma que naquele lugar o serviço também não estava

disponível, o funcionário da recepção só pode responder: "eu não posso fazer nada". Como resposta padrão, ela esconde a perfeita desconsideração com o caso particular, característica distintiva de toda burocracia. Algumas vezes, depois de alguma insistência ou mesmo para casos críticos – como a ortopedia – em que o usuário relata urgência, o funcionário possui outras duas respostas prontas: "procure um particular, porque aqui vai demorar" ou "Tem que reclamar. Vocês têm que reclamar com o governo, tem que procurar seus direitos. A gente não pode fazer nada". Houve até uma auxiliar que na entrevista informou que dizer a verdade ao usuário ("ou faz pelo particular ou você espera") é uma forma de ajudar o direito à saúde a tornar-se realidade.

A importância das limitações objetivas na compreensão das atitudes e opiniões do funcionário médio deve ser sublinhada para que não reproduzamos o discurso comum de que todos os funcionários públicos são incompetentes. As condições precárias e a pressão da população por respostas à suas demandas dificultam as opções possíveis de soluções para os problemas que lhes são postos diariamente. É fato, porém, que não há entre eles o sentimento de participação na efetivação do SUS. Na maior parte das vezes, confundem as siglas SUS, SUDS – aliás, como uma grande parte da população.

Não são poucas as reclamações dos cidadãos-usuários em relação aos profissionais do SUS. Não são raras as vezes que classificam o atendimento que receberam como tratamento mais adequado aos animais. Uma rápida olhada pelo livro de reclamações da unidade deixa isso claro. Poucas são as reclamações relativas à falta de atendimento. Já a longa espera, a negação de atendimento por algum mal entendido, a falta de remédios e a "falta de consideração" por parte dos profissionais são os principais objetos das queixas dos usuários, sendo que a estupidez e a grosseria de alguns profissionais – de médicos, recepcionistas, auxiliares, enfermeira – aparecem sempre como as maiores e mais freqüentes queixas.

Do outro lado do balcão, os cidadãos-usuários, na sua esmagadora maioria, são mulheres, mulheres com crianças, e idosos. São pessoas com ocupações simples, como muitas empregadas domésticas, donas de casa ou aposentados.

Muitas vezes, não aceitam a orientação do funcionário para procurarem a unidade mais próxima à sua casa. Alguns, com muita insistência e lançando mão de recursos dramáticos, conseguem a consulta que desejam. Por vezes, é necessário apresentar-se como bastante necessitado. Nesse campo, os idosos despertam mais a

compaixão dos funcionários do que os adultos. Não são todos que conseguem. Assim sendo, vão perambulando de unidade em unidade até conseguirem atendimento. Vale destacar que, em relação à Pediatria e à Ginecologia, não havia falta de vagas. Geralmente só não eram tornadas disponíveis para aqueles que indagados pelos funcionários sobre o local onde residiam eram orientados a procurarem o serviço mais próximo à sua casa. Dada essa orientação, o cidadão-usuário sempre alegava não saber da existência da unidade próxima à sua residência ou então que a unidade indicada não possuía o serviço do qual necessitava.

A experiência mais recorrente do usuário, quando chega na recepção e pergunta por uma especialidade, é obter como resposta uma outra pergunta: Onde você mora? Dada a resposta, o funcionário orienta-o a procurar a unidade X ou Y, que fica mais próxima de sua residência. Dependendo do funcionário, depois de alguns contornos, o usuário consegue marcar a consulta. Como os funcionários não pedem comprovante de endereço – posto que a orientação para procurar o serviço perto de casa é uma diretriz de organização do serviço que não se sobrepõe ao princípio de universalidade do direito à saúde – muitos acabam mentindo em relação ao local onde moram. Quando insistem que no local onde moram não existem os médicos que precisam, são orientados pelos funcionários a voltarem a essa mesma unidade e, a partir dela, entrarem na fila de espera para a especialidade que desejam. Posto que, com freqüência, chegaram até ali muito provavelmente orientados por um funcionário da unidade de origem ou por um vizinho, ficam extremamente desanimados e revoltados com mais uma negativa, justamente no local onde previram que conseguiriam atendimento.

Uma das características da unidade, destacada por todos os funcionários, é justamente a sua abrangência. Acreditam que por conta da centralidade e, portanto, da facilidade de transporte (são inúmeras as linhas de ônibus e lotações que passam pelas avenidas que a contornam) ela recebe pessoas de "São Miguel, de Guaianazes, do Itaim Paulista e até de Ferraz". Não só porque possui especialistas que a maioria das outras não tem – o que quase a torna um ambulatório –, mas também por conta da facilidade do acesso e pela livre seleção dos usuários que, em várias entrevistas, dizem que gostam daquele "posto" porque os médicos são bons, ou porque sempre o freqüentaram e continuaram freqüentando ou, simplesmente, porque foram informados por um vizinho ou conhecido de que aqui funcionava um "posto de saúde".

Esse exercício da "universalidade" (todos são atendidos) não ocorre de maneira tranqüila. Há, por exemplo, no pessoal da enfermagem, quem não aceite atender pessoas

que residam fora da área de abrangência da unidade. Essa divisão de opinião gerou um conflito interno bastante sério e, até hoje, demarca as posições daqueles que são mais "universalistas" e daqueles que são mais "focalizadores". No entanto, numa unidade em que a maior parte dos funcionários é universalista, a defesa da seleção dos usuários acabou permanecendo nas mãos de uma única funcionária de nível superior que, de modo intransigente, está constantemente perguntando aos usuários "Mas onde você mora? Ah, então você tem que ir pra lá... Aqui a gente não pode atender todo mundo". Houve época que tal funcionária percorria as filas da unidade fazendo essa pergunta para todos. Conta-se que na sua sala havia um mapa que ela fazia questão de mostrar para todos aqueles que moravam fora da área da unidade. O nível de conflito foi tal que uma colega entrou na sala e rasgou o mapa na sua frente.

Nesse fato bastante peculiar, recolhido por nós durante as conversas que mantivemos na unidade, é possível reconhecer como o princípio da proximidade é interpretado diversamente pelos funcionários. Podemos identificar, na ação daqueles funcionários que não se preocupam muito em confirmar ou verificar o endereço do cidadão-usuário, que o princípio orientador da sua conduta é muito mais social do que geográfico. A circunscrição das áreas de abrangência das unidades determina quem pode ou não pode ser atendido, definindo que próximos serão aqueles que ocuparem as posições espaciais que estiverem dentro dos limites estabelecidos por coordenadas úteis para racionalizar o fluxo da demanda. Por seu turno, a ação do funcionário opera com as *coordenadas sociais* que permitem localizar o indivíduo no espaço relacional das posições sociais[40]. (Bourdieu, 1989) Desse modo, não é importante saber se o usuário pode ou não ser atendido nessa unidade. Antes, é importante que eu atenda aquele com o qual eu me identifico, seja porque ele me lembra um parente idoso, seja porque, como ele, eu também sou um usuário, que um dia também precisará de uma vaga. Nesse deslocamento, todos têm o direito à saúde, mesmo aqueles que moram muito longe da unidade. Vale notar que esse deslocamento acaba instaurando uma nova desigualdade, posto que funda a posição privilegiada daqueles que têm mais direitos do que os outros, simplesmente porque os funcionários viram naquele indivíduo alguém mais necessitado.

[40] As diferentes posições ocupadas pelos indivíduos num espaço social qualquer, fornecem as coordenadas que permitem reconhecer quem está mais próximo ou mais distante de suas posições. Ou seja, pelo fato de reconhecer o meu lugar no espaço das classes sociais, posso também reconhecer quem são os meus "próximos". Desse modo, a própria necessidade de depender dos serviços públicos de saúde, pode ser uma coordenada que orienta a ação do funcionário para com um usuário. Isso porque a dependência do serviço público faz com que esses indivíduos reconheçam entre eles uma característica comum e, por conseguinte, sintam-se próximos no espaço das classes sociais. Afinal, são eles ("os pobres", "as domésticas") que precisam do SUS e não os "patrões" ou os "ricos".

Ou seja, a possibilidade de efetivar um direito estaria baseada antes na similitude das posições ocupadas no espaço social do que na pertença a um ponto específico no espaço urbano, como querem os formuladores do SUS.

Talvez essa seja uma das diferenças mais óbvias entre os médicos e os outros funcionários da UBS: o colocar-se no lugar do outro. Na medida em que estão preocupados em realizar um determinado número de atendimentos ao dia – mesmo sabendo que esse número poderá ser ultrapassado, mesmo sabendo que a "população carente" necessita de mais atenção – o médico continua sendo aquele que prescreve, que manda e que tem o poder de determinar o que deve e o que não deve ser feito para a recuperação ou a preservação da saúde. Já os auxiliares, de enfermagem ou gerais, o oficial administrativo e até mesmo a direção, geralmente se colocam no lugar do outro. Vêem no outro alguém que precisa de ajuda, de informação, de orientação. Portanto, se, para os médicos o outro é o *locus* de aplicação do seu conhecimento, para os funcionários da UBS, o outro é aquele pelo qual a sua missão, a de ajudar a quem precisa, se irá realizar. Fica claro, portanto, que a realização do direito ao atendimento médico depende não somente do favor de um conhecido ou do reconhecimento de posições similares no espaço social. Numa Unidade básica, esse direito também pode ser realizado pelo fato do funcionário não ver no indivíduo um cidadão, mas um "ser humano necessitado de ajuda". Com essa imagem do usuário é que o funcionário tentará mais uma vaga. Ou ainda, é a partir dessa imagem que ele tentará vencer o limite estabelecido por uma decisão técnica de consultas diárias, bem como a falta de receitas ou de algum exame necessário para o sucesso da consulta. Abaixo, transcrevemos trechos das entrevistas dos funcionários que ilustram sua auto-imagem de "intermediadores" entre os médicos e os usuários.

1) Rita, 43 anos, auxiliar de serviço geral

Douglas – Me conta um pouquinho do seu dia-a-dia aqui dentro da UBS? Qual é o seu serviço? Você chega, você tem que fazer o que?

Rita – A tá, eu chego né, ponho meu crachá, pego a caneta né, e vou para o balcão atender as pessoas.

Douglas – E como é atender o público na UBS?

Rita – Atender o público? Bom, é meio complicado, é meio complicado, mas eu sempre tirei de letra. Por que? Porque eu sempre me ponho no lugar da outra pessoa, trato todos muito bem: - Bom dia! O próximo. Quer dizer, nunca tive problema né, com as pessoas e o meu atendimento, nunca tive problema.

2) Idalina, 41 anos, oficial administrativa

Douglas **–** O que você acha que, nessa sua rotina, nesse seu serviço, nesse tempo todo que você trabalha com saúde, o que você acha que esse seu serviço contribui para tornar o direito à saúde, o SUS, uma realidade?

Idalina **–** Eu acho assim que, eu acho que ajuda no ponto de que a gente é uma partida pros médicos, a gente é o ponto de partida pros médicos né, a gente que tá, que tá levando o público até os médicos né, direcionando eles direito a, pra os especialistas, orientando devidamente cada usuário e isso é importante, acho muito importante né, porque o médico ele está ali só pra atender mesmo nas funções básicas dele né e a gente está direcionando eles pro caminho certo, da rotina, médicos, hospital que ele deve ir, o exame que ele deve tá fazendo, orientando sobre exames também junto ao médico, o médico explica, mas a gente explica novamente para o paciente e eu acho muito importante e vai ficar mais importante ainda com a informática né, que aí vai priorizar mais e vai ficar menos, menos burocracia né, muito menos burocracia.

3) Aparecida, 49 anos, oficial administrativa

Douglas **–** O que você acha que na sua função, no seu dia-a-dia, na sua ação, o que você acha que você ajuda nessa saúde? A melhorar, que a saúde vire uma realidade boa para o povo?

Aparecida **–** Bom, todas as pessoas têm suas falhas né, eu procuro fazer assim, pra melhorar eu procuro assim... procurar passar pro o usuário o máximo que eu sei, que eu conheço, que eu entendo, em termos de estar orientando onde ele pode procurar o exame ou uma especialidade que aqui

não tenho né, isso eu acho que todo o funcionário deveria fazer né, e aqui na unidade a gente cobra também isso dos colegas né, tratar o usuário como gostaria que você fosse tratado ou o seu pai ou a sua mãe né, em outro lugar, qualquer familiar. Eu digo assim, procurar ajudar e fazer assim, com o que a gente tem né, porque assim, faltar material essas coisas, falta mesmo, então se a gente fosse uma unidade que não quisesse atender: "Ah, num tem papel, ah, nós não vamos atender." Então aqui a gente improvisa, aqui a gente aproveita cabos e prontuários velhos, para tornar novos, fazer novos prontuários, então tudo isso eu acho que é, a gente ajuda assim, ao SUS do Estado se tornando realidade, funciona né, funciona porque, não é verdade?

4) Cristina, 60 anos, atendente de enfermagem

Cristina – (...) nós temos nossos defeitos, o usuário tem o defeito dele, nós também temos os nossos defeitos, [a gente] procura fazer o mínimo que a gente pode. Hoje mesmo veio um menino aí. Queria, porque precisava de um atestado e o Doutor João disse que não ia atender mais, porque é a quarta vez, já tava, já tava já, [gesticula para demonstrar que o doutor estava sem paciência] eu falei: "Doutor dá pra atender esse rapazinho, coitado, ele tá procurando serviço não acha né, então ele tá com um atestadinho na mão, pra ele entregar lá na firma, vai doutor" (...) Ainda brinquei com ele: "Dá um autógrafo aí pro rapaz." Aí ele falou assim: "Ah, faz a ficha lá que eu atendo. Então acaba atendendo, quer dizer, agora eu vou falar pra ele: "Não, porque não tem jeito, porque..." Eu não posso falar assim, vamos sentar e conversar, tentar resolver tudo.

5) Nilda, 43 anos, auxiliar de enfermagem

Douglas – Na sua função, no dia-a-dia né, como é que você acha que ajuda, por exemplo, o sistema único a melhorar? Você acha que o seu trabalho colabora em tornar o direito à saúde das pessoas uma coisa mais concreta? Você acha que ajuda o sistema a funcionar? Como é que você acha que colabora? Num sei se você entendeu a minha pergunta?

Nilda **–** É difícil de responder a sua pergunta porque certas horas a gente acha que a gente num colabora com nada né, a gente, vem uma coisa, a gente

passa pra frente, acaba não solucionando o problema final né, então eu acho que eu colaboro quando eu digo a verdade né (risos).

Douglas **–** Quando é que você diz a verdade?

Nilda **–** Porque tem exame que a gente fala: “Olha, ou o senhor faz particular ou senhor aguarda, a gente num sabe quando que vai chamar pra fazer. Uma hora chama, mas a gente num sabe quando, se tiver condições de fazer particular...” Então é muito difícil pra nós, como fala, falar que a gente colabora, vem um paciente e me pede uma consulta e eu tô vendo que o paciente, num tá em condições de esperar, eu, lógico que eu vou arrumar uma consulta pra ele, pra aquele dia, eu não vou embora com nenhum peso na minha consciência, eu vou sempre com a certeza de falar assim de que se eu puder fazer uma coisa direito pra uma pessoa eu sempre fiz.

4. A estruturação do SUS pelo gerente da unidade e pelos gestores municipais[41]

Nos próximos itens discutiremos duas ações envolvendo a gerência da unidade e o gestor municipal – a Secretaria de Saúde, o que quer dizer também os coordenadores por ela nomeados para as então Coordenadorias de Saúde. Como dissemos na discussão acerca das dificuldades de nossa pesquisa, ao atentarmos para as ações desses atores com papéis institucionais bem definidos, é que podemos falar em um processo de estruturação do SUS. É tentando solucionar os desafios colocados pelos cidadãos-usuários que os gestores e diretores das unidades podem transformar as estruturas do sistema encarregado de efetivar o direito. Como isso fica bastante visível nas ações desses sujeitos, acreditamos que uma pesquisa com vários diretores de unidades ou coordenadores de áreas apresentaria resultados interessantes para a hipótese da transformação de um espaço negador do direito para um espaço mais propício à sua efetivação. Por ora, os exemplos a seguir serão interpretados em duas chaves: a primeira é a de que eles são exemplos do que pode ser feito para melhorar o acesso dos cidadãos ao atendimento médico. A segunda é a permanência da precariedade na maneira como o direito à saúde é efetivado no SUS.

De fato, uma das leituras possíveis dos exemplos que traremos abaixo pode ser a de que a precariedade do sistema obriga os diretores e gestores a manipularem *ad infinitum* os elementos disponíveis a fim de lidarem com o contínuo aumento da demanda. Assim, como bem reconhece a sabedoria popular, com um cobertor muito pequeno, ao cobrir a cabeça, estamos necessariamente descobrindo os nossos pés.

Por fim, devemos lembrar que mesmo apresentando soluções para os problemas dos cidadãos, ainda continuamos no reino da medicalização. Desse ponto de vista, qualquer ação administrativa que procure aliviar os males que atingem a população continuará correndo o risco de multiplicar muitíssimo os atendimentos médico-curativos individualizados, enquanto o espaço das relações sociais desiguais, de onde brotam os

[41] "Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal." (Ministério da Saúde, NOB 96 :8)

indivíduos doentes, os continuará expondo de forma desigual aos "riscos e agravos das doenças".

4.1 A ocupação das vagas ociosas como recurso disponível aos cidadãos-usuários por intermédio da ação do diretor da unidade

A UBS observada possui um sistema de ocupação de vagas disponíveis inesperadamente e que, segundo a direção, não é um sistema adotado pelas unidades da região. Todas as manhãs, na porta da unidade, era formada uma fila de encaixe para Clínica Geral, Cardiologia, Neurologia e Dermatologia. Sem nenhuma certeza, as pessoas esperavam por vagas disponíveis devido à ausência do paciente com consulta agendada. É interessante que, para aqueles que aguardavam vagas com os Clínicos, não havia nenhuma condição impedindo que o morador de qualquer parte da cidade ali tentasse o encaixe. Como a unidade possuía dois clínicos no período da manhã, quase sempre sobravam vagas. Para os funcionários, as vagas que surgiam para os especialistas (e que são obtidas depois de muita espera) são frutos do grande intervalo entre a última consulta e a seguinte, sendo que, em uma boa parte dos casos, esse retorno só acontece depois de quatro meses. Devido ao grande intervalo, as pessoas acabam por esquecer o dia da consulta, ainda que tenham a data assinalada no cartão de matrícula que todos os pacientes em tratamento possuem.

Esse é o exemplo que mais se ajusta à opinião daqueles que acham que o SUS representa "a indigência de recursos cuidando da pobreza". Mais do que isso, já que estamos tratando das possibilidades de efetivação de um direito, esse exemplo mostra que a segurança de ser atendido, que deveria ter sido instaurada com o SUS, se transformou na insegurança de um atendimento que depende da sorte e do azar de alguns. Ou seja, se alguém faltar, eu posso comemorar, pois serei atendido. Assim, em tal sistema, o cidadão vê amplificada a crença segundo a qual as chances de recuperação de nossa saúde dependem em grande medida da nossa sorte ou de um milagre.

4.2 Organizando a demanda

Para marcar consulta em qualquer especialidade médica, ou para a realização de exames, o usuário precisa ser encaminhado pelo clínico geral. Com um encaminhamento para o cardiologista, por exemplo, era possível marcar consulta ainda que numa data distante. Uma ordem da gerente da unidade que, segundo ela, foi uma orientação da Secretaria discutida com os médicos e com os supervisores técnicos da

Saúde da Subprefeitura de Itaquera, modificou essa situação. Para marcar consulta com o cardiologista, além do encaminhamento do clínico geral, passaram a ser necessários alguns exames, como eletrocardiograma, entre outros. Essa orientação, na verdade, não alcança só o cardiologista, mas também o clínico geral. Em primeiro lugar, com essa ação, os gestores querem acabar com a figura do médico "ao ao". Suspeitando de algum problema, o clínico já pode solicitar os exames necessários, antes de encaminhar o paciente para o cardiologista. Assim, o clínico não reduz sua ação somente aos encaminhamentos prescritos, daí seu apelido: "Ao cardiologista", "Ao neurologista".

Porém, para superar ainda mais esses problemas, os clínicos iniciarão o acompanhamento dos pacientes em tratamento, por exemplo, pacientes que estão controlando colesterol ou hipertensão. Daí o novo papel a ser desempenhado pelos clínicos ser fundamental para "desafogar" a agenda de alguns especialistas, como o cardiologista. Segundo a direção, o grande problema das agendas dos especialistas são os retornos agendados. Uma vez iniciado o tratamento, o paciente deve sempre retornar, geralmente de dois em dois ou de três em três meses. Muitas vezes, esse tempo não é respeitado, justamente pelo aumento do número daqueles que estão sendo tratados e pelo constante acréscimo de novos pacientes que, por sua vez, provavelmente também iniciarão um tratamento. Como conseqüência, os retornos estavam sendo marcados para depois de quatro meses. Uma outra orientação da Secretaria pedia que 30% das consultas dos especialistas fossem destinadas à primeira consulta. Por si só, essa medida aumentaria ainda mais o tempo do retorno dos usuários em tratamento com o cardiologista. Ao solicitar o acompanhamento de alguns pacientes em tratamento pelos clínicos, a direção da unidade acredita que poderá atingir a meta dos 30%.

Para nós, isso é evidência da dinâmica de estruturação do SUS. Com os recursos disponíveis, é possível alterar normas e criar novas normas para que o sistema se possa efetivar. O problema é, mais uma vez, que estamos tratando de concretizar e efetivar o atendimento médico e não de tornar real e efetivo o direito à saúde. Num sistema em que o acesso ao atendimento básico é deficitário, e no qual os especialistas estão bastante sobrecarregados, a simples divisão de tarefas não pode representar muita coisa, além de parecer uma simples divisão de tarefas.

TERCEIRA PARTE

Na terceira parte de nosso trabalho, vamos considerar criticamente a institucionalização do SUS a partir de uma concepção de cidadania e do direito à saúde. A realidade da UBS nos leva a crer que serão necessários esforços adicionais para a superação dos problemas e dificuldades vividos pelos cidadãos-usuários na busca de atendimento médico-individual. Na verdade, são essas dificuldades que dão espaço ao surgimento das ações relatadas na segunda parte deste estudo, quais sejam, a peregrinação, a bajulação do funcionário e o uso das redes de amizade. O esquema que se aplica aqui é muito simples e é derivado de nossas observações e leituras. Segundo ele, o SUS foi criado para superar a precariedade, a fragmentação e a insuficiência do atendimento médico-individual, entre outros objetivos. Ao tomarmos como referência a inscrição desse direito na constituição de 1988, podemos afirmar que após dezessete anos de estruturação (ou seja, de 1988 até 2005, ano em que terminamos nossa pesquisa de campo) a precariedade, a fragmentação e a insuficiência continuam a caracterizar a área da saúde no Brasil. Em tal situação, a possibilidade de acesso a esses serviços segundo a posição ocupada pelo indivíduo na estrutura de estratificação social brasileira, põe mais uma vez em evidência o caráter problemático de uma política social que visava efetivar um direito universal.

Encerramos essa parte com algumas considerações que articulam os aspectos observados à problemática teórica envolvida, apresentadas à guisa de conclusão.

1. O SUS como possibilidade de efetivação do direito social à saúde

1.1 O direito social á saúde

Quando falamos em direito social – seja ele o direito à educação, à saúde, à moradia ou o auxílio aos desamparados – estamos nos referindo a um conjunto de direitos que permitem aos cidadãos em piores condições sócio-econômicas a participação em um determinado padrão de vida de uma sociedade qualquer.

Esse padrão de vida pode ser compreendido como o acesso a determinados bens e serviços considerados indispensáveis para a sobrevivência humana nas modernas sociedades ocidentais. Ainda que universalizáveis, os direitos sociais foram normalmente conquistados por (ou "concedidos a", na sua formulação conservadora) aqueles cidadãos incapazes de obter tais bens e serviços por meio de seus ganhos. São, portanto, direitos que visam a garantir a igualdade dos cidadãos quanto a um padrão de vida indisponível para aqueles que, na estrutura de classes das sociedades capitalistas, possuem as piores oportunidades de vida. (Marshall, 1967)

Não podemos pensar os direitos sociais sem nos referirmos ao contexto do qual eles se originaram. Ou seja, devemos lembrar que, na maioria dos casos – relevando-se por ora a singularidade do surgimento específico de cada um deles –, esses direitos foram conquistas do mundo do trabalho. Seus embriões são as lutas trabalhistas em torno da jornada de oito horas, das férias, do auxílio-doença, do seguro contra acidentes de trabalho, etc. (Singer, 2003) É a localização nessa mesma configuração histórica (a produção capitalista) que permitiu a Santos (1979) situar a cidadania entre a igualdade e a acumulação.

Cada arranjo histórico-social tem apresentado soluções diferentes para a "questão social" e, portanto, interpreta de forma diferenciada os problemas que atingiam as classes desfavorecidas, os trabalhadores, os assalariados. Para Castel (1998), os problemas que afligem os que estão à margem, interina ou permanentemente nas franjas do sistema capitalista, nos dizem muito mais do centro do que da periferia das sociedades onde tais problemas surgiram e continuam surgindo. Isso porque é a capacidade do "coração" das sociedades capitalistas – seu sistema de produção de mercadorias – de integrar ou excluir as pessoas do processo produtivo, que determina a sorte dos membros dessas configurações societárias. Os arranjos historicamente diversificados de lidar com os detentores de vínculos sociais frágeis ou rompidos, em

condição de *vulnerabilidade,* mostram como os processos de acumulação capitalista sempre estiveram contrabalançados por medidas políticas de integração, ajuste e manutenção de uma parcela ampla de indivíduos. O mais interessante nessa "crônica do salário" é justamente a alteração da condição desses indivíduos. Se nos primeiros séculos da era moderna os trabalhadores eram associados às condições mais vis da existência humana, e os sem trabalho eram simplesmente tratados como vagabundos, no final do XIX e mais ainda após 1945, esses indivíduos passaram à condição de cidadãos, detentores do direito a um mínimo de bens e serviços indispensáveis para a manutenção de uma vida digna. No entanto, após um "longo caminho" de constituição de cidadãos plenos de direitos (civis, políticos e sociais), assiste-se, no final do século XX, ao refluxo de uma parcela importante de suas conquistas devido à fragilização daqueles arranjos que tornaram possíveis os estados do Bem Estar Social nos mais diversos países da Europa Ocidental[42].

No Brasil, se nos circunscrevermos somente ao século XX, deparamos com uma cidadania bastante fragmentada graças à inserção diferenciada de segmentos profissionais no mercado de trabalho urbano, caracterizando uma *cidadania regulada*. (Cf. Santos, 1979:75) Benefícios e serviços de saúde, por exemplo, eram garantidos para quem estava formalmente empregado e contribuindo para a instituição previdenciária da época. Ou seja, um determinado padrão aceitável de acesso aos serviços em saúde era garantido somente para uma parcela da população nacional.

Se lembrarmos que, de 1901 a 1930, não havia ainda no Brasil um regime democrático com sufrágio universal, e que a questão social era considerada questão de polícia; e que nos períodos de 1937 a 1945 e de 1964 a 1985, os direitos civis e políticos foram seriamente restringidos, temos a singular situação de um século em que a modernização das relações sociais no Brasil e, portanto, a construção da cidadania entre nós, foi mais exceção do que regra. (Cf. Santos, 1979, Carvalho, 2003) A superação dessa situação, na Constituição de 1988, com a garantia e extensão dos direitos civis, políticos e sociais a todos os cidadãos, não foi alcançada subitamente. Até a sua promulgação, vários conflitos, especialmente nas grandes cidades, reivindicavam o direito à greve, postos de saúde, saneamento básico e eleições diretas. (Cf. Fausto, 1999; Jacobi, 1989)

[42] "With the growth of global capitalism, the state is no longer able to mediate between private property owners and the working class, because its economic autonomy is constrained by international agreements and institutions such that 'local' political decisions by the state may have very adverse consequences for the value of its currency within the international money markets." (Turner, 1994:205)

Ao focarmos nossa atenção no direito social à saúde, temos no Brasil uma história ao mesmo tempo semelhante e distinta em relação aos países europeus. Semelhante, porque as primeiras medidas em relação à assistência médica tutelada e, em parte, financiada pelo Estado, também se originaram na esfera das relações de produção, ou seja, estavam ligadas ao mundo do trabalho. Foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que, no início do século XX, lançaram entre algumas categorias de trabalhadores urbanos os primórdios do que se convencionou chamar, *a posteriori*, de Seguridade Social. Mas, diferentemente da Europa, na qual após a Segunda Guerra Mundial uma série de países expandiu com bastante vigor os direitos sociais por meio da constituição de amplos sistemas de seguridade – os chamados Estados de Bem Estar Social – foi somente nas décadas finais daquele século que tais direitos, entre eles o da saúde, alcançaram formalmente o conjunto da população brasileira.

1.2 A superação do modelo privatista de atendimento médico

O Sistema Único de Saúde foi projetado num momento de profunda ampliação dos direitos dos cidadãos, numa época em que foi forjado o atual Estado Democrático de Direito. Nesse momento histórico específico, estava aberta a possibilidade de ampliação dos direitos dos cidadãos brasileiros. Por isso, o SUS foi pensado como um sistema que pudesse promover e recuperar a saúde de *todos os cidadãos*. (Brasil, 1988) Essa tarefa deveria ser realizada pelo *Estado*, considerado o único ator capaz de gerar serviços, por meio da arrecadação fiscal, que pudessem diminuir a desigualdade social aguda de anos de crescimento econômico seguidos de estagnação e de concentração de renda.

Vários estudos sobre as políticas públicas em saúde no Brasil (Braga e Paula, 1986; Cohn *et alii*, 1991; Cohn e Elias, 1996; Lucchese, 1996; Mendes, 1996; Barros *et alii,* 1996; Menicucci 2003; Neto, 2003) apontam o SUS como a consolidação de um modelo de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde que pretendia superar o modelo "médico-assistencial privatista". (Mendes, 1996) Essa superação significava abolir a distinção com relação à assistência médica curativa prestada aos trabalhadores formalmente empregados e contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – que tinham o direito à assistência médica em unidades ambulatoriais e hospitalares, públicas ou privadas, conveniadas ao INPS – e o resto da população, no

campo e na cidade, que não era beneficiada por esse esquema. O SUS, portanto, começou a ser formulado dentro de uma realidade marcada pela desigualdade de acesso da população aos serviços médicos.

O aumento da demanda por atendimento médico, nas décadas de sessenta e setenta, tornou possível um enorme crescimento da rede privada conveniada com a Previdência Social, especialmente nos anos 70, com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). (Braga e Paula, 1986: 123-132) Ao financiar a construção de hospitais da rede conveniada à Previdência Social, o Estado constituiu um dos principais atores do sistema de saúde nacional, segundo a interpretação de Gerschman e Santos (2006) [43]. Desse modo, os prestadores privados de serviços médicos ficavam estabelecidos como atores interessados na(s) política(s) de saúde[44]. Augusto (1986)

A população não segurada contava com poucos hospitais federais que, em sua maioria, eram dedicados à psiquiatria e à tuberculose, e com algum atendimento prestado por hospitais municipais, estaduais e filantrópicos. Essas ações eram dirigidas à parcela da população considerada indigente. (Souza, 2002) Na mesma época, o Ministério da Saúde manteve como principal função o desenvolvimento de ações no campo do saneamento básico e da prevenção de doenças por meio de medidas profiláticas (vacinação, campanhas educativas). Um dos pontos mais importantes ao compararmos o SUS com esse antigo modelo é justamente a tentativa de superar a clássica divisão de tarefas entre atendimento médico curativo, até então sob a responsabilidade da Previdência Social, e a prevenção e a promoção da saúde, funções até então administradas pelo Ministério da Saúde.

---

[43] "Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular, desde o início, um escopo de atuação para essa iniciativa privada empresarial, o Estado estabeleceu uma segunda linha de dependência de trajetória para as políticas de saúde. A base de provisão privada é consolidada e passa a influenciar direcionamentos futuros das políticas e do mercado de saúde." (Gerschman & Santos, 2006: 181) Além deste trabalho, o de Menicucci (2003) também utiliza o "neo-intitucionalismo histórico como marco conceitual e metodológico" (Gerschman & Santos, 2006: 178) para explicar a configuração atual do nosso sistema de saúde. Nesse marco, a ***dependência de trajetória*** significa que as políticas instituídas para um determinado setor, ao definirem seus arranjos institucionais, também legitimam os atores que participarão nessa 'arena setorial'. Tais políticas, por seu turno, tendem à permanência o que acaba limitando as "opções posteriores". Ainda no artigo em tela, as autoras estabelecem que a primeira linha de "dependência de trajetória para as políticas de saúde" foi a criação de um "sistema de atenção à saúde individual de base corporativa estatal (e não societária)", cristalizado nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAP(s), sucessores das CAP(s). (Idem, *ibidem*)

[44] De fato, em 1986, Augusto também já salientava o papel desempenhado pelo Estado como "intermediador" do lucro privado, pondo em relevo o interesse do setor privado nas questões referentes à saúde.

Construir o Sistema Único de Saúde significou, portanto, elaborar um projeto de atenção à saúde que buscasse a promoção, proteção e recuperação da saúde de todo o cidadão brasileiro. Esse projeto foi em grande parte concebido por médicos sanitaristas que viam em sua institucionalização jurídica o grande passo a ser dado na concretização de uma reforma que pudesse transformar profundamente o modelo de atenção médica vigente até 1988. Capitaneado por tais médicos, o movimento conhecido como *Reforma Sanitária*, teve como principal mérito promover o debate político e, posteriormente, influenciar na implantação do SUS, ao ocupar, por meio de seus representantes, postos chaves no Ministério e nas Secretarias estaduais e municipais de Saúde. (Neto, 2003; Menicucci, 2003)

Ainda no âmbito daquele movimento, foram definidas duas características importantes no que toca à forma de organização necessária para concretizar aquele projeto. Referimo-nos à descentralização e à participação popular na gestão e no controle do SUS. A descentralização, ainda em processo[45], deveria avançar no sentido de forjar bases cooperativas entre governo federal, estados e municípios. Isso era algo bastante difícil na história da organização administrativa e política do Estado brasileiro, sempre oscilante entre uma centralização excessiva ou uma aguda independência dos poderes locais. (Cf. Fausto, 1999)

A segunda característica do SUS, a participação popular na gestão e controle da política em saúde, foi realmente uma conquista ímpar. Na lei 8.142, de 1990, está prescrito o funcionamento de "estruturas participativas" ou "canais institucionais" em todos os níveis do sistema para que a política de saúde seja construída a partir das necessidades e experiências locais. Assim, foram previstos conselhos municipais e estaduais de saúde, parte mais visível e imprescindível para que esses níveis do governo pudessem tomar parte no programa. Como o terceiro inciso do artigo 198 da Constituição estabelece a participação popular como diretriz do sistema, vários canais de consulta popular podem ser estabelecidos para além do Conselho Municipal de Saúde. Desde a unidade básica até a organização local do distrito sanitário, todos devem e podem estabelecer conselhos que participem na gestão e organização do sistema, mediante a discussão do plano de saúde e o controle e fiscalização dos serviços prestados.

[45] Processo recentíssimo posto que avançou somente a partir da NOB 96 e teve, com as NOAS 2001 e 2002, novo impulso no sentido de "regionalizar" o SUS, integrando serviços municipais e estaduais que, em vez de cooperarem, estavam atuando como sistemas concorrentes.

Em suma, concretizar o projeto de universalizar o direito à saúde no Brasil, no final do século XX, significava garantir que os "não-segurados" tivessem acesso aos serviços médicos financiados pelo Estado. Para isso, era imperioso reunir e organizar uma estrutura física e administrativa dividida em dois ministérios. O fato do SUS continuar a ser estruturado institucionalmente por leis e normas operacionais mesmo após sua inscrição na Constituição[46], atesta a enorme dificuldade de realizar todas as tarefas necessárias para alcançar um projeto tão ambicioso. Ambicioso porque essa universalização significa(va) garantir a saúde para todos os cidadãos por meio de políticas que visassem à "redução dos ricos e agravos à doença" e, ao mesmo tempo, a garantia do acesso aos serviços médicos para todos aqueles que já estavam doentes! De fato, se a palavra social significou no modelo pré-SUS uma forma de minimizar os efeitos deletérios da acumulação capitalista sob os corpos dos seus principais atores – os trabalhadores –, no projeto SUS, o social refere-se muito mais à mudança de um contexto histórico e social gerador de doença e não da saúde. Para que o SUS se realizasse em sua plenitude era preciso construir uma sociedade saudável e não somente curar trabalhadores doentes.

1.3 Características do SUS atual (Ou: Uma política inconclusa)

Hoje, os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde são considerados insuficientes e precários. A falta de especialistas, a escassez de medicamentos e de leitos hospitalares provocam longas esperas, um serviço de baixa qualidade e fragmentado, ao contrário da proposta da integralidade da atenção. Além disso, o crescimento do setor privado em saúde parece ser um sinal do contínuo abandono do SUS pelos cidadãos que a ele têm direito, bem como uma decisão deliberada dos governos em não expandir e melhorar o sistema, tornando-o "o melhor plano de saúde" para a população, como apregoava, há pouco tempo, uma campanha promovida pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec).

Para Menicucci (2003) a configuração atual da atenção à saúde no Brasil tem sua origem na "dependência de trajetória" [47] das decisões políticas tomadas anteriormente.

[46] Após o estabelecimento do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, podemos referir como "marcos institucionais" da estruturação do SUS as seguintes leis e normas: Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1991, 1992, 1993 e 1996; Emenda Constitucional nº29 , de 13 de setembro de 2000; Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) de 2001 e 2002.

[47] Ver nota de rodapé 43.

Segundo a autora, ao privilegiar o atendimento via Inamps, o Estado constituiu os atores e os interesses da política em saúde no Brasil. De um lado, indicou todos os agentes que se beneficiavam dos incentivos para a venda de serviços para a Previdência Social, como hospitais, empresas médicas e laboratórios. De outro, constituiu os próprios usuários, que se beneficiavam com o atendimento diferenciado prestado por esses agentes. Uma vez estabelecidos esses cenários e atores, as políticas posteriores dificilmente conseguiram implantar um modelo alternativo de prestação e consumo de serviços médicos. Os prestadores, por seu turno, desejavam continuar com seus rendimentos, por intermédio do Estado ou sem ele. Por isso, quando a remuneração pelos serviços prestados à Previdência já não se mostrava tão lucrativa, esses prestadores (empresários) constituíram redes privadas de atendimento sem a interferência ou a intermediação do Estado.

Os usuários, até então habilitados ao atendimento diferenciado graças a sua inserção no mercado formal de trabalho – e, portanto, detentores de um direito social restrito aos contribuintes – não foram mobilizados e nem se mobilizaram no sentido da defesa de um sistema universal e gratuito para todos. A experiência desses usuários foi fortemente marcada ou pelo atendimento de prestadores conveniados com a Previdência, ou por planos privados financiados pelas empresas empregadoras, que os vinculava a uma rede de prestadores de serviços particulares, sem a intermediação da Previdência Social.

Para essa autora, os trabalhadores formais, especialmente no Sudeste, não tiveram, necessariamente, uma passagem pelo SUS para, depois, caírem nas malhas dos planos privados, descontentes com a qualidade do sistema. Muitos simplesmente migraram, por iniciativa particular ou via empresa, do atendimento pelo Inamps para os planos privados contratados individualmente. Outro elemento importante para a "baixa adesão" da população ao plano público é que muitas empresas, mesmo sem o financiamento previdenciário, continuaram a garantir o plano de assistência médica, entre os benefícios dos seus trabalhadores. Essa, aliás, é uma das causas para a atração que os empregos formais exercem sobre a população até hoje: a possibilidade de contar com um plano de saúde para si e para seus dependentes, por um custo menor do que os planos contratados individualmente.

Hoje, os dois sistemas – o público e o privado – convivem em vários níveis, seja pelas possibilidades de dedução no Imposto de Renda daqueles que possuem planos de saúde particulares ou se utilizam dos serviços prestados por profissionais autônomos,

seja pela insuficiência do sistema público que obriga vários cidadãos a consumirem os serviços da "rede privada". Esse consumo vai desde o remédio não disponível na rede pública, até exames laboratoriais e consultas médicas sentidas como urgentes. Portanto, conforme estabelecemos na introdução, temos diante de nós cidadãos-usuários e cidadãos-clientes que, segundo nossa definição, não são consumidores exclusivos de serviços públicos ou privados, mas preferenciais. A situação é tão fluida e tão mais arredia a qualquer definição categórica quando constatamos que grande parcela dos médicos trabalha tanto no SUS como para os planos privados. (Souza e Bodstein, 2002)

O principal motivo que leva os sujeitos sociais de estratos superiores a comprarem os serviços privados é a busca por um atendimento que seja confortável, confiável, eficaz. (Cf. Bahia, 2001; Farias 2001) "Quem pode paga, quem não pode vai pro SUS" é uma frase recorrente em qualquer conversa de esquina a respeito da saúde no Brasil. Aqueles que podem, alimentam o sistema de saúde "supletivo", cujos participantes são todos do setor privado: consultórios, clínicas, laboratórios, farmácias, hospitais, planos e seguros privados – que viveram e cresceram tanto tempo à sombra do Estado. (Cf. Braga & Paula, 1986)

Para essa parcela da população é extremamente penoso "trocar de mundo", utilizar um serviço de menor qualidade, esperar longamente para obter uma consulta, enfim, utilizar um vaso sanitário num estado lastimável, sentir o cheiro ruim de todo o ambiente – tudo isso constituiria uma experiência realmente indigesta e evitável para quem quer continuar a ser bem atendido, de forma confortável, confiável e eficaz. E que pode pagar por isso[48]. Além disso, esses sujeitos parecem bem mais dispostos a resolverem os problemas em relação aos serviços a que têm direito por meio do Poder Judiciário ou pelo órgão de defesa do consumidor, o Procon. Assim, mesmo que nos serviços privados possamos vez ou outra contar com a "forcinha de uma camarada", é muito mais raro encontramos usuários dispostos a bajular os funcionários para que encontrem uma saída para o seu problema.

[48] Há pouco tempo presenciei num ônibus da cidade duas senhoras – aparentemente mãe e filha – conversando a respeito de problemas enfrentados com o plano de saúde. A mais nova queixava-se duma negativa que obtivera da operadora em resposta a uma demanda. Para nossos propósitos é emblemática apenas uma frase da senhora mais velha e que foi dita mais ou menos nos seguintes termos: "A gente paga é pra poder escolher. Se não pode escolher fica igual o INPS, que a gente tem que ir aonde tem e não pode escolher." Estamos destacando aqui a questão da escolha, mas não podemos deixar de lado a referência ao SUS como INPS. Um indicativo forte da distância da população com aquela luta dos médicos sanitaristas pelo SUS é que, até hoje, muitas pessoas continuam se referindo ao sistema público de saúde como "Inamps, INPS" e não como SUS.

Do outro lado, estão aqueles que se utilizam preferencialmente dos serviços públicos de saúde. Isso não significa que não tenham, algumas vezes, de recorrer aos serviços privados. No entanto, sua experiência mais marcante é com o serviço público, o que, quase sempre, significa esperar meses por uma consulta, se angustiar por não encontrar o remédio solicitado na farmácia da UBS, percorrer inúmeras unidades até encontrar o que desejam, se acomodar em bancos desconfortáveis, ter de carregar água e papel higiênico toda vez que vão procurar algum serviço público, enfim, ter de esperar, esperar e esperar. E ainda, tratar o funcionário sempre com muito respeito, já que um funcionário insultado vai sempre representar uma dificuldade a mais na peregrinação do cidadão-usuário do SUS.

Na situação atual da Saúde no Brasil, não encontramos pessoas que se utilizem exclusivamente dos serviços prestados pelo SUS, ainda que o número de consultas realizadas pelo Sistema tenha aumentado em *algumas regiões* no final da década de 90[49]. (Cf. Negri, 2002) Há uma enorme parcela, não quantificada, que vai do plano de saúde de baixo custo até a farmácia da UBS mais próxima para buscar remédio[50], ou que sai da fila da UBS e vai a uma clínica odontológica privada *popular*, leia-se, com preços "acessíveis". Por outro lado, é perfeitamente possível encontrar grupos sociais que nunca utilizaram serviços públicos e, ainda, grupos que só o fizeram quando enquadrados por medidas estritas de saúde pública, como campanhas de imunização de toda população ou imunização dos filhos.

A clientela *cativa* de uma UBS, que nunca teve plano de saúde, ou que já teve, mas por vários motivos desligou-se dele, vive a sonhar com os planos de saúde

[49] "Para as cirurgias de hemorróidas, vesícula biliar, varizes dos membros inferiores, próstata e catarata, por exemplo, a participação das regiões norte e nordeste no total realizado cresceu, entre 1997 e 2001, e a das regiões sudeste e sul apresentou declínio. Esse mesmo processo pode ser anotado nos procedimentos, em ambulatórios, de tomografia computadorizada, mamografia e hemodiálise, por exemplo. Isso foi possível pelo aumento da oferta total, dirigida prioritariamente aos locais mais carentes.
Nas internações em hospitais, verifica-se dinâmica semelhante. O número total de internações do SUS permaneceu relativamente fixo entre 1997 e 2001, mas a participação das regiões norte, nordeste e centro-oeste cresceu, e a do sudeste, sobretudo, decresceu. O Norte passou de 6,7% para 7,4% das internações; o Nordeste de 29,0% para 29,6%; o Centro-Oeste de 6,8% para 7,8%; e o Sudeste apresentou variedade de 40,9% para 38,7%." (Negri, 2002: 37)

[50] Numa das conversas informais com os usuários da UBS onde realizamos a pesquisa de campo, deparamo-nos, na fila da farmácia, com uma senhora que se encontrava nessa situação. Vale a pena destacar que ela foi orientada a procurar a farmácia da UBS pela médica que a atendera pelo seu plano de saúde privado. Disse-me que não sabia que pessoas com plano próprio podiam recorrer à farmácia do posto. Achava que podia ser repreendida, mas, por fim, concluiu que teria direito pois também paga impostos. É importante notar que a médica que a orientou provavelmente trabalha ou conhece bem o SUS. Se orientou a paciente para a farmácia da UBS, é porque sabia que o remédio indicado estaria no rol daqueles que "vem pra posto", como dizem as auxiliares de enfermagem.

privados. Já aqueles que recorrem esporadicamente às unidades públicas – vacinação, medicamentos, ou utiliza os procedimentos de alta complexidade dos HUs – têm pesadelos horríveis com a possibilidade de perder o plano de saúde ou o plano financiado pela empresa empregadora.

Da situação atual do SUS é possível inferir que, para além de um direito, os diferentes modos do consumo e do acesso aos serviços em saúde são expressão da estratificação social brasileira, pois, para alguns estratos sócio-econômicos, é perfeitamente possível prescindir totalmente dos serviços públicos que, desse modo, acabam sendo compreendidos como destinados aos mais pobres[51].

Assim, é fato que ser cidadão nesse contexto não significa igualdade de direitos. Estar na condição de cidadão-usuário do SUS é estar na condição de pobre ou de não privilegiado. Como veremos, nada contraria mais a visão de cidadania social.

[51] "Do exposto, pode-se inferir que a disponibilidade de recursos próprios para assistência médica, indicada pela posse de convênio ou plano de saúde ou pela utilização de serviços privados, constitui importante fator de estratificação social no Brasil. Essa inferência sugere a existência de padrões de acesso populacional ainda bastante diferenciados conforme a posição social dos usuários. Além de reduzir o alcance do dispositivo constitucional que consagra o direito à saúde, a eventual confirmação dessa hipótese – a de o acesso à saúde funcionar como elemento de diferenciação social – autorizaria a classificar os usuários, que têm nos serviços públicos sua principal – se não única – possibilidade de atendimento, como parcialmente excluídos do sistema." (Augusto, 1999)

2. Cidadania, status social e o direito à saúde

Em sua definição clássica, Marshall (1967) considerou a cidadania como um conjunto de direitos civis, políticos e sociais. Historicamente, o cidadão foi sendo definido pela incorporação de direitos e deveres que até então lhes eram negados ou circunscritos apenas a uma determinada parcela da sociedade. Sujeito a várias críticas, tais como "evolucionista, analiticamente vago e etnocêntrico" (Turner, 1994: 221), o texto "Cidadania e classes sociais" (Marshall, 1967) continua, ainda hoje, sendo bastante discutido. Discussão que, a partir de uma determinada concepção de cidadania (implícita ou explícita), toma o referido ensaio como ponto de partida, desenvolve-lhe crítica(s) e, no fim, estabelece sua própria visão a respeito do tema. (Turner, 1993; Turner & Hamilton, 1994) A nosso ver, as críticas que lhe foram dirigidas são bastante pertinentes no que toca à, por exemplo, pouca ênfase dada por Marshall aos conflitos sociais como molas propulsoras da expansão da cidadania. É amplamente verificável que a incorporação de direitos pelos indivíduos não ocorreu de maneira tranqüila e, muito menos, linearmente. Pelo contrário, a história de cada estado-nação mostra que a emergência de cidadãos deu-se de modos variados e com temporalidades extremamente distintas[52].

Apesar disso, concordamos com Marshall no que diz respeito à sua definição de cidadania como *status*. Numa acepção bastante elementar, *status* quer dizer condição, estado, posição: o indivíduo é ou não é cidadão de uma determinada associação. Portanto, conquistar ou conceder o status de cidadão a alguém significa tornar-se ou (torná-lo) membro de uma determinada associação política e, por conseguinte, detentor de direitos civis, e/ou políticos, e/ou sociais. Ser cidadão significa **estar** na *condição* de cidadão. Não cabe, aqui, uma discussão a respeito de quais são os primeiros direitos a propiciarem essa condição. Os variados arranjos histórico-sociais não servem de base para qualquer afirmação peremptória como: "os diretos civis foram sempre os primeiros

[52] Os críticos de Marshall atribuem-lhe uma visão evolucionista e "britânico-cêntrica". Acredito que Marshall propôs, no ensaio que estamos utilizando, um modo de leitura da história da cidadania em seu país, ainda que indiferente às diferenças regionais e bastante otimista quanto ao curso dos eventos (o que lhe valeu o adjetivo de reformista). Em parte alguma disse que esse esquema seria um modelo para a compreensão de outras nações, outras conjunturas históricas. Quanto à questão do evolucionismo, é o próprio autor quem nos alerta: "Estes períodos, é evidente, devem ser tratados com uma elasticidade razoável, e há algum entrelaçamento, especialmente entre os dois últimos." (Marshall, 1967:66) Um exemplo de que Marshall pode fornecer diversos e criativos pontos de partida está em Carvalho (2003). Partindo do esquema marshalliano, o autor afirma que, no Brasil, os direitos sociais antecederam os civis e os políticos: *"(...): entre nós o social precedeu os outros."* (Carvalho, 2003:12)

a aparecer" ou, "não há direitos políticos sem os direitos civis". Por ora, basta frisar que os direitos políticos e civis são responsáveis pela alteração substantiva da condição de existência dos indivíduos: de escravo a liberto (direito de ir e vir) e, posteriormente, de simples liberto (ou súdito) para cidadão com direito a voto.

Turner (1993) ressalta que a cidadania, antes de ser meramente um conjunto estático de direitos legais, é um conjunto de práticas que define "a pessoa como membro competente de uma sociedade" [53]. Sua posição difere da visão de Marshall na medida em que enfatiza o termo "conjunto de práticas" e não "conjunto de direitos". No entanto, é perfeitamente possível estabelecer uma aproximação entre essas duas perspectivas se, – lembrando que a palavra *status* é sinônima de condição (ou posição), atentarmos para *o espaço e as práticas que são geradas por aqueles que possuem o status de cidadãos*. Isso não quer dizer que o surgimento dos cidadãos e de suas práticas aconteça de modo automático e similar. Os mais diversos contextos – as mais diversas tensões – ensejaram a criação de diferentes espaços institucionais, nos quais as práticas da cidadania se estruturam e são estruturadas.

Ao voltarmos nossa atenção especialmente para o terceiro conjunto de direitos considerados por Marshall, os sociais, vale lembrar os seus efeitos sobre a posição que (condição do) o indivíduo ocupa no mercado. Neste, os indivíduos são desigualados na medida em que auferem maiores ou menores rendimentos ou, simplesmente, na medida em que podem ser distinguidos entre proprietários ou não proprietários. Pelos serviços dos Estados de Bem Estar Social – ou simplesmente por meio de políticas sociais esparsas – os indivíduos devem ter acesso a um padrão de vida que, se não extingue, ao menos tenta ou tentou diminuir as desigualdades entre os estratos no mercado. Ao representarem uma tentativa de diminuição dessas desigualdades, – realidade que a simples igualdade formal (civil e política) jamais iria modificar por si – os direitos sociais exibem a face mais conflituosa dos direitos da cidadania. Especialmente porque estão diretamente em conflito com os princípios do liberalismo econômico, que constitui uma das características estruturais das modernas democracias ocidentais[54].

---

[53] "Citizenship may be defined as that set of practices (juridical, political, economic and cultural) which define a person as a competent member of society, and which as a consequence shape the flow of resources to persons and social groups." (Turner, 1993: 02)

[54] "Whereas liberal rights to the parliamentary process tend to confirm and reaffirm the social and political dominance of private property over labour, welfare rights are, at least in principle, a potential challenge to the very functioning of capitalism as an economic system." (Turner, 1994: 202)

2.1 O SUS como símbolo do status negativo dos seus dependentes

Para cada estrato social podem ser associadas diferentes apreciações positivas ou negativas por parte dos outros estratos. Marshall chamou essa noção de "*status* social", pois as apreciações que cada um confere ao outro e a si mesmo vão expressar as condições sócio-econômicas de grupos amplos e não classificar indivíduos isolados. (Marshall, 1967: 178) Nesse ponto, lidamos com um significado mais complexo do termo *status,* além daquele mais básico de *posição*. Quando falamos de posição social, ou status social, estamos ampliando e modificando o modo como entendemos a posição dos indivíduos numa dada estrutura societária. Ou seja, estamos ressaltando o caráter eminentemente relacional envolvido no pertencimento a grupos sociais inscritos diferencialmente no espaço social[55]. Falar em grupos de *status*, diferenciados a partir da posse ou não de determinados bens materiais e simbólicos, significa falar da posição de grupos de indivíduos em relação a outros grupos considerando diferenças ostensivas, por exemplo, em relação aos locais que freqüentam, às mercadorias a que têm acesso, enfim, ao **estilo de vida** que ostentam. Um mesmo estilo de vida condiciona e determina as possibilidades positivas ou negativas (ausência de) de prestígio social, de honra social. Por sua vez, diferenças no estilo de vida dos grupos de status quase sempre dizem respeito a diferenças educacionais, formalmente incorporadas em diplomas/certificados de escolarização. (Weber, 1987: 268; Idem, 1999; Bourdieu, 1989)

Weber foi o teórico social que apontou os caminhos para uma compreensão da realidade social que possibilite separar analiticamente as desigualdades relacionadas ao mercado, daquelas relacionadas à ordem social e daquelas relacionadas ao poder. O grande mérito dessa abordagem foi mostrar que qualquer redução das desigualdades sociais (simbólicas) às desigualdades do mercado resultaria num empobrecimento

[55] "A distinção – no sentido corrente do termo – é a diferença inscrita na própria estrutura do espaço social quando percebida segundo as categorias apropriadas a essa estrutura; e o *Stand* weberiano que muitos gostam de opor à classe marxista, é a classe construída por meio de um recorte adequado do espaço social quando ela é percebida segundo as categorias derivadas da estrutura desse espaço. O capital simbólico – outro nome da distinção – não é outra coisa senão o capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo de óbvio." (Bourdieu, 1989: 144-5) O que Bourdieu chama de distinção ou capital simbólico é, ao nosso ver, o segundo sentido mais conhecido de status: status é possuir uma diferença perceptível em relação aos outros, é perceber-se e ser percebido como detentor de uma qualidade, de uma vantagem, de uma diferença adquirida. Essa diferença – honra ou privilégio segundo Weber – é uma diferença adquirida ou inata, conforme o seu detentor a tenha conquistado por meio do dinheiro ou do nascimento. Após a queda do Antigo Regime, ou seja, com o surgimento do pleno vigor das relações capitalistas de produção, o status adquirido passa a ser mais importante que o status "do berço". Isso, é claro, está ligado à importância que o dinheiro assume na mediação das relações sociais. (Cf. Nisbet, 1966: 07-64)

teórico injustificável nas ciências sociais. As desigualdades econômicas relacionam-se às diferentes *situações de mercado* que envolvem os indivíduos na luta pela sobrevivência. Já a pertença a grupos de status nos informa que os indivíduos – para além da diferenciação econômica – são também desigualados no que concerne à consideração social (positiva ou negativa) com que são tratados, ou seja, pelo modo como se vêem e são vistos pelos outros. Consideração que, em grupos sociais menores – como uma vizinhança ou os usuários de uma UBS – possibilita oportunidades maiores ou menores de sucesso ou de fracasso em situações sociais nas quais o que está em jogo é o estabelecimento da proximidade ou do afastamento de indivíduos que são considerados ou "como um dos nossos", ou como "um diferente". Desse modo, não é só pelo dinheiro que os indivíduos alteram o status social do qual ***estão*** investidos, ***se*** investiram e ***no qual*** são investidos. É claro que o investimento econômico em si mesmo pode alterar o status de qualquer um. Mas não garante, em grande parte das vezes, a comensalidade e o matrimônio, duas características bastante identificadoras dos membros de um mesmo grupos de status. (Weber, 1987: 267)

A utilização dos serviços públicos de saúde no Brasil é, hoje, indicadora da pertença do usuário a um grupo de *status* de prestígio social inferior àquele das pessoas que podem pagar planos de saúde privados. Para nós, isso é indício de que os serviços públicos em saúde são conscientemente evitados por grupos sociais que se reconhecem e que de fato possuem rendimentos monetários e hábitos diferenciados em relação aos estratos inferiores da sociedade brasileira. Ou seja, quem tem mais dinheiro, mais educação e hábitos de consumo distintivos de sua posição social elevada não quer e evita o desconforto da "fila do SUS". Sua experiência comum torna-os tão distantes do estilo de vida dos estratos inferiores que freqüentam os serviços públicos que tais grupos classificam os serviços públicos em saúde como ruins, mesmo sem nunca os terem utilizado (Menicucci, 2003: 261).

A posse ou não posse de planos de saúde privados não se reduz à simples disponibilidade de capital econômico. Simbolicamente, a conquista ou a perda do plano de saúde privado pode indicar um ponto no *trajeto social* dos indivíduos na estrutura de estratificação social. (Bourdieu, 2004: 07) O plano privado é um elemento a mais na manipulação do estilo de vida com o intuito de exprimir uma movimentação ascendente no espaço social. Isso não significa que as pessoas adquiram um plano privado **somente** para ostentar um status elevado. No entanto, como um elemento a mais na expressão da

posição diferencial de seus detentores ele se torna especialmente importante porque os afasta do que há de pior na vida do pobre: a dependência do serviço público.

De fato, os direitos da cidadania igualam os sujeitos em alguns aspectos, mas não diminuem tanto as desigualdades, como supunha Marshall; ao menos, não é isso o que acontece nas atuais configurações dos Estados nacionais. No Brasil de hoje, por exemplo, se a utilização dos serviços públicos de saúde significa algum alívio sobre a renda de alguns estratos que os procuram, por outro lado, reforça as desigualdades de *status* social entre usuários e não usuários. Num sentido bastante diferente daquele proposto por Marshall, o *status* de cidadão, no nosso caso, de usuário dos serviços sociais do governo, reforça e não diminui as desigualdades. Pelo menos essa desigualdade, que interfere na distribuição desigual do prestígio social, só tende a aumentar.

O estigma, "colado" aos serviços públicos em saúde no Brasil, dá a esse "serviço" um caráter extremo de anti-cidadania posto que, para os estratos de maior renda e prestígio social, trata-se de um "serviço pobre destinado aos mais pobres". Já para os "mais pobres" se trata, muitas vezes, de um favor, de uma mera concessão dos governantes de plantão. Na visão de muitos dos usuários mais simples desses serviços, o bom governo será aquele que oferecer maior quantidade de procedimentos médicos. Para a parcela da população que independe do SUS, o bom mesmo é continuar longe dele.

Para nós, essas visões acerca dos serviços públicos não são derivadas de uma concepção tosca do que seja o direito universal à saúde. Elas são, antes, frutos da experiência concreta de indivíduos que, premidos pelas necessidades da *doença* adotam estratégias diferenciadas que correspondem às distintas posições que ocupam no espaço social. Essas visões podem ser decorrentes: 1) tanto de situações que de fato ocorreram com os indivíduos – negação do atendimento, longa espera, etc.; ou 2) da percepção da situação real vivida por outros indivíduos, conhecida por aqueles que nunca a experimentaram, por meio do relato de parentes, amigos, vizinhos, jornais, televisão e revistas.

2.2 Redes de relacionamentos, grupos de status e estamentos

O modo anti-cidadão por excelência de efetivar o SUS decorre daquilo que Roberto DaMatta chamou de "universo relacional". Segundo ele, no Brasil, dois tipos de pressão recaem sobre as instituições públicas e burocráticas. De um lado, há pressão pela adoção de regras impessoais e universais, que consideram todos os cidadãos como indivíduos iguais entre si e de mesmo valor. Do outro lado, há pressão para considerar o cidadão não como indivíduo, mas como pessoa inserida numa rede de relações pessoais que o diferencia, localizando-o numa hierarquia. (DaMatta, 1985: 70)

DaMatta nos lembra que essas redes de relações pessoais "mobilizam e distribuem" recursos a todos os indivíduos que a ela se submetem. Por isso, quando um indivíduo se dirige a qualquer agência pública, procura sempre por um "conhecido" que lhe "preste um favor". Esse favor quase sempre se refere a um favorecimento, no sentido de burlar as regras impessoais e universais a que todos os cidadãos, enquanto indivíduos estão (deveriam estar) submetidos. Isso significa que os códigos que dominam o *espaço da casa* – relações pessoais de parentesco, amizade e compadrio –, invadem e são largamente utilizadas no *espaço da rua* – no qual as relações predominantes são (deveriam ser) as universais e impessoais, individualizantes. Em relação à obtenção de atendimento médico, essa interpretação é extremamente atual e não se restringe somente à unidade observada. Muitas pessoas procuram as unidades em função de terem (ou não) algum conhecido ali trabalhando. Para elas, não há necessidade de espera ou da exigência de residir na área de abrangência da UBS.

Segundo Weber, e conforme já referimos, uma das características dos grupos de status é o *commercium* – no sentido de relações sociais – e o *connubium* – no sentido de relações entre grupos sociais. (Weber, 1987) Quando essas características estão presentes, podem-se identificar indivíduos que reconhecem entre si igualdades distintivas em relação a outros grupos. É claro que não estamos utilizando aqui a noção de status tal qual se encontra na formulação weberiana, pois os grupos de status por nós analisados não dispõem de monopólios juridicamente sustentados. Neste trabalho, remetemos a noção de grupos de status aos grupos de indivíduos com diferentes estilos de vida, com base nos quais lhes é conferido maior ou menor prestígio social. Para nós, os usuários do sistema público de saúde partilham de certas características em seus hábitos que, em relação à estrutura da *estratificação social brasileira*, os situam em posições sociais inferiores. O consumo dos serviços públicos é um elemento a mais na identificação de grupos com prestígio social negativo ou, pelo menos, inferior.

É importante sublinhar que ao falarmos de grupos de status não nos referimos a estilos de vida interditados aos outros grupos por meio de regras jurídicas rígidas. Ou seja, apesar da possibilidade de falarmos desses grupos em relação às sociedades de classes, devemos lembrar que esse é apenas o recorte adequado para tratar de grupos *simbolicamente* diferenciados *nas sociedades de classes*. Não se trata, portanto, de sociedades *estamentais*. Para designar aqueles grupos da era pré-moderna que detinham privilégios que lhes eram garantidos por estatutos que, ao mesmo tempo, interditavam tais privilégios (e, portanto, posições sociais correspondentes) aos outros grupos, preferimos reservar o termo *estamento*[56].

Além de servir para a análise das diferenças simbólicas entre os estratos sociais – entendidos como conjuntos amplos de indivíduos da sociedade brasileira – os grupos de status são igualmente fecundos para pensarmos as redes de relações sociais que facultam aos indivíduos uma apropriação diferenciada dos serviços públicos. As relações entre as pessoas de uma mesma vizinhança, por exemplo, criam grupos com status diferenciado entre os usuários do sistema público. Você até pode ser um velho usuário – e, portanto, membro de um amplo grupo de status referido à estratificação social ampla que açambarca a sociedade brasileira –, mas você não é um velho conhecido do funcionário daquela UBS. Essa diferença determina seu maior ou menor sucesso em obter o atendimento médico de que necessita.

[56] Na mais conhecida das traduções brasileiras, *Stand* foi traduzido por *estamentos* (Weber, 1971: 211-228). Antonio Flávio Pierucci, na *Tábua de correspondência vocabular* que organizou para a mais recente edição *d'A ética protestante e o espírito do capitalismo* (Weber,2004:17-23) também optou por estamento. Mais uma vez, deixamos claro nossa preferência em reservar os termos *estamentos* ou *grupos estamentais* para as divisões sociais das sociedades pré-capitalistas. É possível compreender as diferenças entre os grupos de status contemporâneos e os grupos estamentais da era pré-moderna com base no que sustenta (va) o estilo de vida de cada um deles. O estilo de vida dos estamentos, sustentado por monopólios jurídicos, garantia a manutenção dos mesmos privilégios para os seus descendentes. Ao mesmo tempo, distinguia claramente quem eram os subalternos e quem eram os "maiorais" numa determinada associação. O estilo de vida dos grupos de status contemporâneos depende de uma série de fatores que, geralmente, não constituem monopólios legais, ainda que, em relação à "quantidade" de capital educacional incorporado por membros de um grupo qualquer, a posse ou não posse de diplomas – certificados legais – atualize fortemente aquele velho sentido de grupo estamental. Hoje, na estrutura de estratificação social, a posição dos grupos sociais (ou classes, ou estratos) – e dos indivíduos dentro dos grupos – não possui a mesma rigidez e infalibilidade que havia nas sociedades estamentais. A base da distinção dos grupos de status – o estilo de vida – é muito mais volátil e incerta. Nas sociedades de classes, os estilos de vida são continuamente elaborados, modificados, conquistados, perdidos e reconquistados a partir da quantidade disponível de capital econômico, de capital social e de capital cultural. (Bourdieu, 1989) Ou seja, como outrora, a distribuição desigual de bens materiais e simbólicos gera diferentes posições sociais. A questão é que, "naquele tempo", os recursos para a mudança de posição simbólica estavam extremamente concentrados nas mãos de alguns grupos. Em nossos dias, qualquer sujeito ou grupo com poucos recursos econômicos, por exemplo, pode ostentar um estilo de vida que o eleve em matéria de "consideração social" graças à aquisição e ao consumo das mais diversas mercadorias e serviços disponíveis "a preços populares".

Esses pequenos grupos com privilégios distintos remetem-nos novamente à diferenciação crucial que a sociologia estabeleceu entre relações contratuais e relações comunitárias, ou seja, entre *classes e estamentos,* ou ainda*,* entre sociedades capitalistas e sociedades estamentais. A nosso ver, as "redes de relações pessoais" mostram-nos que as relações comunitárias estão a todo o momento se fazendo presentes numa sociedade em que a relações contratuais são as predominantes. Ou como, nas sociedades da igualdade jurídica legal, da cidadania, os privilégios diferenciadores estão continuamente atuando.

Com o advento das sociedades capitalistas, certos privilégios geradores de forte desigualdade entre os indivíduos foram sendo paulatinamente abolidos. Nas sociedades do contrato, todos são portadores de direitos e deveres iguais. Isso significa, principalmente, igualdade de oportunidade, independente de qualquer outra condição vivida pelo indivíduo (pai, vizinho, banqueiro, mulher, criança, negro, etc.) Em relação ao Estado, os indivíduos também possuem direitos e deveres que são condição da igualdade entre todos. Aos cidadãos cabe o pagamento de impostos e o cumprimento de todos os outros "deveres cívicos". O Estado, por seu turno, assegurando a legalidade, garante a todos um tratamento igual, isento de privilégios. A garantia da igualdade de tratamento – portanto, da igualdade de direitos – é fundamental na relação do Estado com os cidadãos, especialmente no que tange à distribuição de um serviço que, ao materializar um direito de todos, deve estar igualmente disponível a todos. Porém, como membros de redes de relações sociais, alguns desses indivíduos acabam adquirindo privilégios que não estão disponíveis para todos, mas somente para os oriundos de tal rede. Ou seja, com essas redes, os privilégios *estamentais* adentram notoriamente no espaço das relações impessoais e universais. As relações comunitárias voltam a ocupar o centro da cena. Cena, aliás, que elas nunca desocuparam totalmente, na medida em que a igualdade entre os indivíduos só pode ser considerada abstratamente – dada a impossibilidade de abolirmos todas as outras posições (identidades) que enlaçam os sujeitos sociais em redes de amizade, de lealdade e de proteção.

4. Conclusão

Trabalhando com dados de 1985 e 1986, coletados em uma pesquisa domiciliar em duas áreas periféricas da cidade de São Paulo, nas Zonas Sul e Leste, Cohn *et alii* (1991) observavam que:

> "Essas gritantes disparidades assinaladas representam uma constante violação dos direitos individuais e coletivos dos setores mais carentes da população. Os problemas da acessibilidade e das distorções na distribuição geográfica, associados às distorções advindas da grande presença do setor privado, reforçam a manutenção de um padrão de atendimento marcado não só pela sua **precariedade**, mas também pela exclusão, não raro impondo à população grandes deslocamentos na busca de um serviço sem a certeza de poder consumi-lo." (Idem, *ibidem*: 66) [sublinhado por mim]

As disparidades mencionadas no trecho acima diziam respeito, entre outros dados referidos pelos autores, à distribuição desigual e injusta dos leitos hospitalares entre as diversas regiões da cidade e também no interior das duas áreas pesquisadas.

A criação do SUS, ou seja, o estabelecimento de que o direito à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros queria pôr fim às disparidades de acesso aos cuidados médicos. Por meio de um sistema público de saúde havia a pretensão de diminuir a correlação forte que existe entre a possibilidade de assistência médica e a posição ocupada pelo indivíduo na estrutura das sociedades capitalistas. Mas por que essas disparidades não foram superadas, ou ainda não estão superadas?

Um dos problemas mais evidentes na construção de um sistema de saúde universal está no aumento crescente da demanda pelo atendimento médico individual. Com a legitimidade que a medicina assumiu em nosso tempo, como o meio eficaz e seguro de recuperar a saúde, a demanda, ou o desejo de consumo dos serviços médicos, não pode ser reprimida simplesmente pelo contingenciamento da oferta. Ou seja, independentemente da existência ou não de vagas e de recursos, os indivíduos de nossa época continuarão a procurar pelo médico e por seus conselhos no momento em que estiverem doentes. E não só pelo médico, mas pelos equipamentos que auxiliam esse profissional a dizer com clareza onde, quando e como sua intervenção deverá ser realizada.

O aumento da incorporação tecnológica na prática médica (Augusto, 1986) e a contínua elevação da demanda pela atenção médica individualizada conduzem a um

aumento nos custos envolvidos na viabilização do ato médico. (Costa, 1999) Como conquistar a saúde nesse cenário, sem a quantia monetária necessária para comprar aqueles serviços?

Ora, essa foi, é e será a preocupação de vários Estados Nações. Vimos que no século XX, uma das formas de lidar com a questão foi (e ainda é) a expansão do consumo dos serviços médicos via o financiamento público. Financiamento que viabilizou não só a expansão da rede privada (Braga e Paula, 1986), e assim permitiu a expansão do consumo particular dos serviços médicos, mas que também facultou o acesso aos procedimentos da medicina oficial àqueles que não podem comprá-los do prestador privado. No Brasil, esse acesso deveria ser garantido por meio da construção de uma rede pública de saúde universal destinada não somente aos pobres mas a todos os cidadãos.

Contudo, na atual configuração do sistema público de saúde em nosso país, a parte destinada a todos os cidadãos é aquela na qual são desenvolvidas as ações de prevenção de doenças, seja por meio da vigilância sanitária, seja pelo controle de endemias e epidemias, ou, ainda, pela imunização da população. Essas tarefas, formalmente, atingem a todos os indivíduos. Já as outras tarefas do SUS "selecionaram suas clientelas" no universo dos cidadãos brasileiros. Os serviços destinados à atenção e à recuperação da saúde são prioritariamente utilizados por aqueles que, por vários motivos, estão fora do sistema de saúde complementar. Por fim, a tarefa de promover a saúde, que poderia garantir uma pressão menor na demanda pelo atendimento médico-curativo, continua destinada a todos os cidadãos. Porém, enquanto objetivo que não se efetiva, propicia que o direito à saúde continue restrito ao âmbito da "doença e da cura".

Para Costa (1999), os objetivos de promoção, prevenção, atenção e recuperação da saúde são independentes entre si e, por conseguinte, a extensão de qualquer um deles, por exemplo, a extensão do acesso à atenção médica, não nos levaria a uma equalização no que se refere aos serviços destinados a efetivar os outros objetivos. Ainda segundo esse autor, mesmo que a expansão dos serviços de atenção médica atingisse níveis elevados, isso não nos conduziria a uma "diminuição dos riscos de doenças e de outros agravos" já que, no Brasil, essa expansão se fez (se faz) às custas "do abandono das práticas institucionalizadas de saúde pública (Augusto, 1986)". (Costa, 1999: 02-03)

O que depreendemos das experiências dos indivíduos com o atual sistema público de saúde é que, antes de garantir o direito à saúde universal, o SUS tenta curar

doentes, sobretudo doentes pobres ou/e remediados. O que significa também que as "políticas sociais destinadas a reduzir o risco de doenças e outros agravos" não estão impedindo que os sujeitos fiquem doentes e que, portanto, precisem recorrer aos consultórios e às clínicas, públicas ou privadas. Assim, a não promoção da saúde, ou a sua não efetivação enquanto direito, atinge diretamente todos os cidadãos, independente das posições que ocupem no "espaço social das classes". (Bourdieu, 1989) Contudo, aqueles que ocupam os "piores lugares" irão peregrinar por algumas unidades antes de resolverem seus problemas. Além, é claro, de terem de "acostumar-se com a demora", a despeito da possibilidade de piora no seu quadro clínico. Já para aqueles que estão nas melhores posições, ou próximos a elas, como a nossa conhecida "classe média", a não efetivação da promoção da saúde significa, geralmente, a necessidade da compra de um "serviço de melhor qualidade, com mais conforto e segurança".

Não teríamos muitos problemas se a opção pelo serviço privado fosse resultado de uma escolha livre e, portanto, incondicionada. De fato, não o é. Optar pelo sistema complementar é, na verdade, fugir do sistema público. É fugir conscientemente da precariedade de um sistema no qual os recursos se mostram insuficientes para atender os seus usuários atuais e que, provavelmente, entraria em colapso se fosse procurado por todos os seus usuários potenciais.

Esse cenário mostra-se ainda mais problemático à medida que o projeto SUS é sustentado e compreendido a partir de uma teoria e de uma prática de cidadania determinadas. Como é possível defender um sistema a partir do discurso "de um direito para todos" se, nas suas unidades, deparamos constantemente com os cidadãos mais pobres ou aqueles socialmente mais "vulneráveis"? Como defender sua manutenção se, enquanto sistema destinado a diminuir a desigualdade entre os estratos sociais, ele, pelo contrário, se torna um símbolo do infortúnio e do desamparo daqueles que o utilizam obrigatoriamente?

As tensões em torno da recuperação e da proteção à saúde que foram arroladas neste trabalho, antes de nos remeterem aos problemas internos desse sistema, obrigam-nos a pensar criticamente em todo e qualquer discurso que justifique o Sistema Único de Saúde com base num hipotético incremento da cidadania neste país. Senão vejamos.

A primeira delas, a tensão em torno da integralidade, indica-nos que, mesmo conquistando o atendimento médico, não há nada que garanta o sucesso completo das ações a serem desencadeadas após a primeira consulta. Assim, o acesso, aos medicamentos, exames e terapias prescritos, não está de modo algum assegurado. Nesse

caso, a integralidade do direito vai depender muito mais dos recursos individuais disponíveis. Entre esses recursos estão não só o dinheiro necessário para a compra de um remédio, mas também a necessária **disposição individual** de procurar, entre as unidades do SUS espalhadas pela cidade, alguma que faça o "bendito" exame solicitado ou alguma que lhe garanta as sessões de fisioterapia indicadas no tratamento.

A tensão em relação à proximidade é uma das faces da questão da integralidade, na medida em que pode ser considerada enquanto tensão em torno do acesso aos serviços básicos. Como vimos, esse acesso é cada vez mais difícil graças à insuficiência da(s) UBS(s), bem como em relação aos problemas gerados nos níveis mais complexos do sistema. Assim, não podendo contar com a unidade perto de sua casa, o indivíduo é remetido para um hospital ou pronto-socorro um pouco mais longe. Lá, ele é instado a procurar uma segunda UBS, já não tão próxima da sua casa como a primeira. Por fim, ele será remetido para um centro de realização de exames ou de tratamento ainda mais distante, dado que quase todos os equipamentos disponíveis no entorno de sua moradia estão inacessíveis porque estão danificados ou sobrecarregados.

É nessa peregrinação que o indivíduo é obrigado a reconquistar e a re-atualizar constantemente a luta pelo direito à saúde, ou pelo direito a um atendimento médico digno. Assim, ele deve constantemente afirmar-se como sujeito detentor de direitos, ainda que o sistema erigido para lhe garantir um direito básico recorrentemente interponha dificuldades para a sua efetivação. Além de provocarem nos indivíduos o discurso da posse do direito, as dificuldades vividas pelo usuário SUS acabam criando um híbrido muito peculiar: a do cidadão-consumidor de "segunda categoria". Assim, o usuário SUS que consome as mercadorias socialmente depreciadas do sistema público, também é obrigado a consumir as mercadorias "populares" que lhe são ofertadas diariamente, como o plano odontológico de baixo custo, ou a consulta "gratuita" da clínica oftalmológica mantida pela loja de óculos localizada no andar inferior da clínica. Esse caminhar errante dos usuários, que vão do serviço público para o privado e do privado para o público, além de evidenciar a precariedade do sistema, reforça a constatação de várias pesquisas acerca da profunda imbricação do público e do privado em relação à Saúde.

A manutenção dessas três tensões permite-nos também afirmar que a precariedade do SUS continua a reforçar as desigualdades sociais. Assim, tanto em nossa pesquisa, como em nosso círculo de relacionamentos pessoais, encontramos pessoas que, além de evitarem o SUS, se declaram orgulhosos por não dependerem

desse sistema, mesmo que em alguns casos o atendimento público seja igual ou melhor do que o serviço prestado por um agente privado. Ou seja, o espaço institucional criado como conquista da cidadania tornou-se símbolo do infortúnio de todos aqueles que nele se movimentam. E, se pudéssemos representar visualmente as trajetórias sociais descendentes de indivíduos empobrecidos, a queda no SUS foi, com grande probabilidade, o momento mais indicativo de que estavam assumindo uma posição social inferior dentre as posições possíveis no espaço social das classes.

Inferior porque agora o indivíduo deve disputar com todos os usuários uma vaga para o Cardiologista. Ou porque agora ele deve enfrentar dificuldades muito maiores do que aquelas que lhes eram interpostas pelo plano de saúde privado a que tinha direito. Ou, ainda, porque agora ele deve sujeitar-se ao favor de um velho conhecido para conseguir uma consulta para sua esposa. Ora, o pedir o favor *obriga* o indivíduo a, mais cedo ou mais tarde, retribuir a "gentileza" recebida. E quanto maior a dependência, maior é a certeza de sua própria instabilidade, de sua precariedade.

Outra conseqüência importante da precarização do direito ao atendimento médico é a relativização do próprio direito à vida, como vimos na fala do médico entrevistado. Quando tratamos de necessidades a serem satisfeitas, seja por meio privado ou por meio público, sempre corremos o risco de endossar o discurso "racionalizador" da redução dos custos envolvidos na satisfação de tais necessidades. Hannah Arendt já nos dizia que, em nossa época, "a única coisa que as pessoas têm em comum são os seus interesses privados". (Cf. Arendt, 1989: 79) E quando a luta pela sobrevivência passa a ser mediada pelo Estado por meio de políticas sociais, quando aquilo que era da esfera do privado passa a ser resolvido na esfera pública, diminui o espaço público da discussão e da deliberação conjuntas ao passo que aumenta o espaço destinado as ações técnicas e burocráticas, para as quais a questão gira sempre ao redor da "otimização" dos recursos. É preciso "maximizar" recursos disponíveis, mesmo que isso signifique determinar quem deverá ter mais ou menos anos de vida, como no caso de nosso entrevistado que acredita que não se deva prolongar a vida de um indivíduo com um prognóstico ruim. Se assim fosse, podemos imaginar quantos prognósticos ruins poderiam ser emitidos com o intuito de redução dos custos.

Manter a discussão no nível da ampliação do consumo de bens necessários à sobrevivência é abrir espaço para que a questão seja tratada simplesmente pela ótica "racionalizante" da boa administração ou gerenciamento dos recursos. De fato, quando acompanhamos as discussões do Conselho Gestor da então Coordenadoria de Saúde de

Itaquera, a preocupação de todos era com o aumento ou não dos recursos disponíveis, ou com a melhor "aplicação" desses recursos. Assim, enquanto lugar de satisfação das necessidades, o SUS vê-se cada vez mais analisado e transformado a partir da ótica da administração eficaz – seja na UBS, seja no Ministério da Saúde, ou em qualquer outra instância criada para abrir espaço à participação na "gestão" do sistema. E dessa prisão da "gestão da necessidade" não poderá escapar enquanto não for objeto de uma transformação profunda, que supere a redução da saúde ao ato médico e suas extensões. Esse era um dos ideais dos criadores do SUS: um sistema que fizesse do direito à saúde algo muito mais amplo que o simples ato médico. No entanto, enquanto sua finalidade precípua restringir-se à produção de atos médico-curativos, ele só poderá permanecer em constante tensão com as próprias idéias e ideólogos que o criaram.

O SUS alterou o cenário brasileiro de proteção e cuidado à saúde. Não podemos diminuir sua importância tão bem atestada pelos números expressivos de indivíduos atendidos. Porém, é preciso reconhecer que a realidade, a ser transformada pelos grandes ideais dos seus formuladores, apresenta hoje desafios muito maiores do que aqueles que estavam presentes à época de sua gestação. Especialmente porque as velhas práticas associadas a uma concepção estreita do que seja o direito à saúde, que deviam ser superadas com a implantação do novo sistema, encontraram espaço para estabelecerem-se como permanentes.

Bibliografia

ARENDT, Hannah (1989) *"A condição humana"; "As esferas pública e privada"; "Ação"* In: *Idem*, **A Condição Humana** 4ª edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária

AUGUSTO, Maria H. Oliva (1986) **Política social e tecnologia em saúde: ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde**. São Paulo, 1986. Tese de Doutorado Departamento de Ciências Sociais Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

_____ (1999) "*Atuação estatal na área da Saúde Pública: discussão de algumas experiências* (:177-194)." In: Andreazzi, Maria de Fatima Siliansky de & Tura, Luiz Fernando Rangel (org.). **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos**. Rio de Janeiro, Ed. Escola Anna Nery

_____ (2001) **A Saúde na encruzilhada – direito social ou bem de consumo? (O dilema entre serviço público e lucro privado)** Projeto apresentado ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, visando à obtenção de bolsa de pesquisa, *mimeo*.

_____ & COSTA, Olavo V. (1999) *"Entre o público e o privado - a saúde hoje no Brasil."* In: **Tempo Social**; Revista de Sociologia, USP, 11(2):199-217.

BAHIA, Ligia (2001) "*Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90"* In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2):329-339.

BARROS, Maria E., PIOLA, Sérgio F., VIANNA, Sólon M. (1996) **Política de Saúde no Brasil: Diagnósticos e Perspectivas**, IPEA Texto para discussão nº401.

BOURDIEU, Pierre (1989) *"Espaço social e gênese das 'classes' "* In : *Idem* **O poder simbólico** Rio de Janeiro: Bertrand

_____ (2004) *"Condição de classe e posição de classe"* In: *Idem* **A economia das trocas simbólicas** 5ª ed. São Paulo: Perspectiva

_____ et alii (1999) **A profissão de sociólogo Preliminares epistemológicas** Petrópolis: Vozes [Nas edições mais recentes o título foi retraduzido por *O ofício de sociólogo Metodologia da pesquisa na sociologia*]

BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Góes de (1986) **Saúde e Previdência – Estudos de política social** Segunda Edição São Paulo:Hucitec

BRASIL (1988) Artigo 6º do Capítulo II – Dos Direitos Sociais, Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais. **Constituição da República Federativa do Brasil**

_____(1990) **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília:Ministério da Saúde

_____(1990) **Lei 8.142,** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília:Ministério da Saúde

CARVALHO, José Murilo de (2003) **Cidadania no Brasil - O longo caminho** Rio de Janeiro:Civilização Brasileira.

CASTEL, Robert (1998) **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário** 3ª ed. Petrópolis:Vozes

COELHO, Vera Schattan P & PEDROSO, Marcel (2002) *"Distribuição de serviços públicos de saúde no município de São Paulo"* In: **Novos Estudos** Cebrap nº. 64, novembro:141-152.

COHN, Amélia (2003) *"Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde"* In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(1):9-18.

_____ et alii. (1991) **A Saúde Como Direito e Como Serviço** São Paulo: Cortez/Cedec

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo E. (1996) **Saúde no Brasil - Políticas e Organização de Serviços** São Paulo:Cortez/Cedec

COSTA, Olavo Viana (1999) **Saúde e Assistência Médica no Brasil: entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes.** Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo como exigência para a obtenção de título de doutorado em sociologia. São Paulo:FFLCH/USP

DAMATTA, Roberto (1985) "*A questão da cidadania num universo relacional"* In: Idem, **A Casa e a Rua - Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil.** São Paulo: Brasiliense

DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz (1976) **Saúde e Sociedade** São Paulo:Duas Cidades

FARIAS, Luís Otávio (2001) *"Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar."* In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 405-416.

FAUSTO, Boris (1999) **História do Brasil** São Paulo:Edusp

GERSCHMAN, Silvia & SANTOS, Maria Angélica B. dos (2006) *"O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX."* In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 21(61): 177-190

GIDDENS, Anthony (2003) **A constituição da sociedade** São Paulo:Martins Fontes

GIOVANELLA, Ligia *et alii "Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde"* In BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica**

suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002:156-194

HABERMAS, Jürgen (2003) **Direito e Democracia – Entre facticidade e validade** 2ªed. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro

HELLER, Agnes (1982) **Para mudar a vida: felicidade, liberdade e democracia** São Paulo:Brasiliense

IPEA (2005) **Políticas Sociais – Acompanhamento e análise** nº 10, fevereiro

JACOBI, Pedro (1989) **Movimentos sociais e políticas públicas: Demandas por saneamento básico e Saúde São Paulo 1974-1984** São Paulo:Cortez

LUCCHESE, Patrícia T. R. (1996) *"Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995."* In: **Planejamento e Políticas Públicas**, (14):75-152.

MAGALHÃES, Marli (2004) **Plano de Trabalho**, *mimeo*

MARSHALL, T.H. (1967) **Cidadania, Classe Social e Status** Rio de Janeiro:Zahar

MARSIGLIA, Regina M. G. (1993) **Servidor, Funcionário, Trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde** – Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo São Paulo: FFLCH/USP

MENDES, Eugênio Vilaça (1996) **Uma agenda para a saúde** São Paulo: Hucitec

MENICUCCI, Telma Maria G. (2003) **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política –, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte: FAFICH/UFMG

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) **Carta dos direitos dos usuários da saúde** Brasília: Ministério da Saúde.

_____(1997) **NOB – SUS/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** Brasília: Ministério da Saúde

NEGRI, Barjas (2002) *"Introdução – A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites"* In: NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d´Ávila (Orgs.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio** São Paulo: Sobravime/Cealag

NETO, Eleutério Rodriguez (2003) **Saúde - Promessas e limites da Constituição** Rio de Janeiro:Fiocruz

NISBET, Robert (1966) *"Status"* In: *Idem* **La formación del pensamiento sociológico** Buenos Aires:Amorrortu

SADER, Eder (1988) **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80)** Rio de Janeiro:Paz e Terra

SANTOS, Wanderley Guilherme (1979) **Cidadania e Justiça - A política social na ordem brasileira** Rio de Janeiro:Campus

SEADE (1998) **Pesquisa de Condições de Vida no Estado de São Paulo** (Disponível no site www.seade.gov.br)

_____ (2003) **Índice Paulista de Responsabilidade Social: Continuidade e desdobramentos**. **Geração de Indicador de Esforços em Saúde** São Paulo:Fundação Seade

SIMMEL, Georg (1983) *"O estrangeiro"* in: Idem, **Georg Simmel: sociologia** Grandes Cientista Sociais São Paulo:Ática

SINGER, André (2002) *"Saúde"* In: LAMOUNIER, B. & FIGUEIREDO, R. (orgs.) **A era FHC – Um balanço** São Paulo:Cultura Editores Associados

SINGER, Paul (2003) *"Direitos Sociais – A cidadania para todos"* In: PINSKY, Jaime & PINSKY, Carla B. (Orgs.) **História da cidadania** 2ª ed. São Paulo:Contexto

SOBRINHO, Eduardo Jorge M. A. & CAPUCCI, Paulo Fernando (2003) *"Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002"* In: **Estudos Avançados**, 17(48):209-227

SOUZA, Renilson Rehem de (2002) *"O sistema público de saúde brasileiro"* In: NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d´Ávila (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio** São Paulo: Sobravime/Cealag

SOUZA, Rosimary Gonçalves de & BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (2002) *"Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde"* In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3):481-492.

TELLES, Vera da Silva (1999) "*Direitos Sociais: Afinal do que se trata?"* In: *Idem,* **Direitos Sociais** Belo Horizonte:Ed. UFMG.

TURNER, Bryan S. (1989) **Status** Lisboa:Estampa

_____ (1993) *"Contemporary problems in the theory of citizenship"* In: Idem (ed.) **Citizenship and Social Theory** London:Sage Publications

_____(1994) *"Outline of a Theory of Citizenship"* in: TURNER, Bryan S. & HAMILTON, Peter (eds.) **Citizenship Critical Concepts** Vol.1:199-226. London and New York: Routledge.

TURNER, Bryan S. & HAMILTON, Peter (eds.) (1994) **Citizenship Critical Concepts** 2 Vols. London and New York:Routledge.

VIANA, Ana Luiza d´Ávila (1996) *"SUS: entraves à descentralização e propostas de mudança"* In: AFFONSO, Rui de Britto A. & SILVA, Pedro Luiz B. (orgs) **Descentralização e Políticas Sociais** São Paulo:Fundap

_____*et alii* (2002) *"Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96"* In: NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d´Ávila (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio** São Paulo:Sobravime/Cealag

WEBER, Max (1971) *"Classe, estamento, partido"* In: Idem **Ensaios de Sociologia** 2ªed. Rio de Janeiro:Zahar Editores

_____ (1987) *La ética económica de las religiones universales. Ensayos de sociologia comparada de la religión: Introducción.* In: Idem **Ensayos sobre sociología de la religión**. Vol. I. Madrid:Taurus

_____(1999) *"Concepto de la acción social"*; *"División del poder en la comunidad: clases, estamentos, partidos"* In: Idem **Economia y Sociedad**, 13ª reimpresión, México:Fondo de Cultura Econômica

_____ (2004) **A ética protestante e o espírito do capitalismo** Edição de A.F. Pierucci São Paulo:Companhia das Letras

ANEXO I

1. Roteiro mínimo das entrevistas com *os usuários*

1) Você poderia dizer o seu nome, a sua idade, a sua ocupação e sua escolaridade?

2) Você mora aqui perto? Como faz para chegar até aqui? Quanto tempo demora?

3) Você vem sempre a esse posto?

4) O que você fez para conseguir a consulta?

5) Alguma vez você não conseguiu marcar a consulta? Se sim: O que você fez?

6)Você se utiliza de outros postos ou hospitais? Como é marcar consulta nesses lugares? Você sempre consegue? Se as respostas anteriores forem insuficientes, tais como, *"Sempre consegui"*, insistimos:

7) Lembra-se de alguma vez em que você ou algum parente precisou de atendimento médico e não conseguiu? Se sim: O que você fez?

8) Você pega os medicamentos que precisa, para você ou para algum parente, aqui no posto mesmo? Se não consegue, o que você faz?

9) Você tem ou já teve plano de saúde? Por que não tem mais?

10) O que você acha da Saúde hoje em dia?

2. Roteiro mínimo das entrevistas com os funcionários

1) Você poderia dizer o seu nome, a sua idade e a sua função aqui na UBS? (Para os auxiliares: Qual a sua escolaridade)

2) Você trabalha só aqui? Se não: Em qual outro lugar você trabalha?

3) Você mora aqui perto? Como faz para chegar até aqui? Quanto tempo demora?

4) Há quanto tempo você trabalha aqui? E na área da saúde?

5) Você poderia me descrever como é o seu trabalho, a sua rotina diária?

6) Você se utiliza dos serviços públicos de saúde? Se sim: Como você faz para conseguir consultas?

7) Você se lembra de alguma vez que você ou algum parente precisou de atendimento médico e não conseguiu? Se sim: O que você fez?

8) Você tem ou teve plano de saúde? Por que não tem mais?

9) O que você acha da Saúde hoje em dia?

10) O que você acha que deveria ser feito?

11) No que o seu trabalho, aquilo que você faz, ajuda na efetivação do direito social à saúde? Ou mais simplificadamente: No que sua função aqui na UBS ajuda a melhorar à saúde?

ANEXO II

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
SUJEITO DA PESQUISA, concordo em participar da pesquisa "O direito social à saúde na cidade de São Paulo" respondendo livremente as perguntas do PESQUISADOR. O objetivo da pesquisa é conhecer os modos como as pessoas utilizam os serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. Todas as minhas respostas poderão ser utilizadas pelo pesquisador com esse objetivo: compreender como o direito social à saúde se torna realidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O pesquisador manterá em sigilo todos os meus dados pessoais. Em caso de publicação posterior, autorizo a utilização das minhas respostas, desde que O MEU NOME VERDADEIRO SEJA TROCADO POR UM OUTRO QUALQUER *****(E DESDE QUE NÂO SEJAM FORNECIDOS QUAISQUER OUTROS DADOS QUE IDENTIFIQUEM MINHA FUNÇÃO DENTRO DA UBS), ASSEGURANDO ASSIM MINHA PRIVACIDADE. Durante a pesquisa, tenho o direito de parar de responder as perguntas em qualquer momento e também de não querer mais participar da pesquisa. Qualquer risco, dano ou prejuízo à minha pessoa, que ocorrer devido minha participação na pesquisa, será indenizado pelo pesquisador. Não terei nenhuma despesa ao participar dessa pesquisa e não receberei nenhum tipo de remuneração por essa participação. Essa pesquisa tem como única finalidade reunir material necessário para que o estudante DOUGLAS MENDOSA, RG: 28293078-4, possa escrever uma dissertação que será apresentada na Universidade de São Paulo como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

( ) O pesquisador está autorizado a gravar a entrevista.
( ) O pesquisador NÃO está autorizado a gravar a entrevista.

São Paulo, _____ de _____de 200__.

_____

SUJEITO DA PESQUISA

_____

PESQUISADOR

***** ler somente para os funcionários da UBS (coordenador, médicos, auxiliares de enfermagem, auxiliares)