



DESLOCAMENTO DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NO INTERIOR NORDESTINO

Ginna de Oliveira Sousa Rocha¹, Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho², Eglídia Carla Figueiredo Vidal³, Antonio Germane Alves Pinto⁴, Emery Ciana Figueiredo Vidal⁵, Itamara da Costa Sousa⁶

Resumo: A dificuldade de atendimento em saúde pela população contraria a constituição brasileira que determina como direito à saúde e dever do Estado. Objetivou-se relatar a experiência do deslocamento de pacientes do Sistema Único de Saúde em busca de assistência especializada no interior pernambucano. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, caracterizado como pesquisa participante, realizado no trajeto entre os estados de Pernambuco e Ceará (deslocamento Araripina – Crato/Barbalha - Crato/Barbalha – Araripina), com 15 pacientes que realizavam tratamento dialítico e oncológico provenientes do município de Araripina, que realizavam tratamento no Cariri Cearense, em março de 2012. A coleta de dados foi realizada através das narrativas dos pacientes e analisados de acordo com o referencial teórico por valises proposto por Merhy. A ênfase da análise das narrativas dos usuários ocorre com a dissonância entre as políticas públicas de saúde e o processo de regionalização da atenção especializada, em que apresentam questões sobre o transporte, falta de recursos e atendimento dos profissionais. A satisfação relatada por alguns usuários no tocante ao transporte se apresenta como resiliência perante a necessidade e demanda por atendimento especializado. O enfrentamento de agravos e adoecimentos crônicos ocorre num silenciar dos usuários perante seu direito à vida, em que a assistência percebida como dádiva os impede de exercer uma participação cidadã com consciência, cobrando direitos que lhes são garantidos na legislação.

Palavras-chaves: Participação comunitária. Sistema Único de Saúde. Atenção secundária à saúde. Atenção terciária à saúde.

UNIFIED HEALTH SYSTEM USERS TRAVEL TO CAPITAL SPECIALIZED SERVICE IN INTERIOR NORTHEAST

Abstract: The difficulty of health care by the population contrary to the Brazilian constitution that determines as right to health and duty of the State. The objective was to report the experience of the displacement of patients from the Unified Health System in search of specialized assistance

¹Residente em Urgência e Emergência pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco, Brasil.

²Enfermeira do Hemocentro Regional de Crato e Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

³Professora Assistente da URCA. Pesquisadora do GPCLIN. Crato, Ceará, Brasil.

⁴Professor Adjunto e líder do GPCLIN da URCA. Crato, Ceará, Brasil.

⁵Professora Assistente da URCA. Coordenadora Regional de Saúde de Brejo Santo.

⁶Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ).

Autor correspondente: e-mail: mirna.neyara@bol.com.br.

in the interior of Pernambuco. This is a descriptive study of the type of experience, characterized as a participatory research, carried out between the states of Pernambuco and Ceará (Araripina - Crato/Barbalha - Crato/Barbalha - Araripina), with 15 patients who underwent dialysis and oncological treatment from the municipality of Araripina, who were being treated in Cariri Cearense, in March 2012. Data collection was done through the patients' narratives and analyzed according to the theoretical reference by valises proposed by Merhy. The emphasis of the analysis of user narratives occurs with the dissonance between public health policies and the process of regionalization of specialized care, in which they present questions about transportation, lack of resources and care of professionals. The satisfaction reported by some users regarding transportation is presented as resilience to the need and demand for specialized service. Coping with chronic illness and illness occurs in a silence of the users regarding their right to life, in which the assistance perceived as a gift prevents them from exercising conscientious citizen participation, collecting rights that are guaranteed to them in the legislation.

Keywords: Consumer participation. Unified health system. Secondary care. Tertiary healthcare.

Introdução

O contexto histórico brasileiro demarca a atenção à saúde, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, em 1988, quando aprovada e promulgada a nova Constituição Federal. Na carta magna, determina-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Desse modo, fica instituída a garantia cidadã por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Na consolidação da garantia constitucional ao cidadão, o setor saúde conseguiu unificar seu sistema em nível nacional. Transferiu aos estados e municípios as estruturas de atendimentos locais e recursos financeiros mediante lógicas pactuadas. Os municípios conquistaram autonomia de gestão e execução mediante repasses para custeio e supervisão com responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos (BRASIL, 2009; PINTO, 2015).

Na efetiva implementação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), 8.080/90 (define a organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo do SUS) e 8.142/90 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos), que detalharam princípios e diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2011 e SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

A evolução normativa adequada à realidade institucional no contexto do SUS tomou como dispositivos várias Leis, Portarias, Normas Operacionais, e ainda, o Pacto pela Saúde, que tem como finalidade promover a melhoria na quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população e a garantia do acesso de todos a esses serviços, através de compromisso público de todos os setores envolvidos no SUS, e está estruturado em três bases: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (PELLEGRINI, 2007; BRASIL, 2007a; OHARA, SAITO, 2007).

No Pacto de Gestão é que residem às maiores expectativas. Depois de romper com as barreiras de habilitação e considerar todo gestor pleno no seu território, organizando a atenção da saúde a partir da atenção básica acolhedora e resolutiva, responsável pela real universalização do SUS, voltam-se os esforços para os demais níveis de cuidado (MACHADO, 2009).

Nesse sentido, a responsabilização sanitária atribui aos gestores municipais à oferta de ações e serviços de saúde no âmbito de seu município. Ou seja, espera-se deles a adoção de estratégias organizativas que contribuam para garantir a melhoria dos indicadores de saúde de sua população (JUNQUEIRA et al, 2011).

O modelo de atenção à saúde do SUS, para dar conta da situação de saúde brasileira, pressupõe que é preciso organizar o cuidado em redes com múltiplas conexões assistenciais, preventivas e de promoção à saúde. As redes de atenção à saúde deverão ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde, que deverão responder com eficiência e eficácia às condições agudas e crônicas da população (GOYA; ANDRADE, 2015).

Nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é frequente que a rede de serviços de saúde organize-se com unidades de saúde proximais, em ambos os estados federativos. A garantia do atendimento exige arranjos operacionais que apontam superações para obstruções burocráticas no acesso à saúde, garantindo a universalidade e a integralidade do SUS (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Como elemento regulatório e avaliativo do SUS, torna-se importante analisar os tipos de procedimentos (frequência e urgência com que devem ser utilizados pelos pacientes) e os meios de deslocamento disponíveis para o acesso da população, a fim de definir a melhor estratégia a ser utilizada na estruturação do serviço. Tendo procedido ao planejamento de saúde de sua região, os gestores do SUS necessitam integrar os serviços no sistema segundo suas normas vigentes, por meio de seu credenciamento ou habilitação (BRASIL, 2007b).

Em aproximação e vivência dos deslocamentos assistenciais, toma-se nesse estudo a realidade do estado de Pernambuco. O território possui 185 municípios e têm uma população de

8.706.168 habitantes. Apesar da grande carência de instalações de saúde básicas no interior do estado, a capital possui dezenas de grandes hospitais e três grandes hospitais públicos (da Restauração, Barão de Lucena e Getúlio Vargas, além do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal do Pernambuco - UFPE) que atendem aos enfermos de toda a região metropolitana e também os oriundos do interior. O polo de hospitais particulares, equipados com máquinas de última geração, faz da capital Recife o segundo maior pólo médico e hospitalar do Brasil (CNES, 2015).

Pernambuco é um dos sete estados brasileiros que mais realizam transplantes; possui o Hospital da Restauração, considerada a maior emergência do Norte / Nordeste e também referência em Neurocirurgia; dispõe de dois grandes hospitais universitários, o Oswaldo Cruz (Universidade de Pernambuco - UPE) e o Hospital das Clínicas (UFPE). O estado possui o segundo maior laboratório público do país, o Laboratório Farmacêutico do Pernambuco (Lafepe), responsável pela produção de medicamentos para a farmácia básica e o atendimento ao Ministério da Saúde nos programas de Aids, Pneumologia Sanitária e Hipertensão e Diabetes (PERNAMBUCO, 2015).

Ressalta-se ainda o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) que se apresenta como uma entidade de natureza pública, não estadual, sem fins lucrativos, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária, reconhecido como uma das estruturas assistenciais mais importantes do país, sendo centro de referência em diversas especialidades médicas. Ainda como referência aos deslocamentos da população do interior pernambucano, é distinta a posição do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP) que tem caráter filantrópico com atuação no Norte e Nordeste do Brasil (IMIP, 2014; HCP, 2014).

A implicação deste estudo se dá pela vivência cotidiana em se deslocar do município de Araripina-PE às cidades próximas para frequentar o curso de enfermagem em suas aulas teóricas, práticas e estágios. No transporte disponível para esse deslocamento, é comum a convivência com pacientes em deslocamento para tratamento em hospitais especializados da capital e região, além do interior cearense. Já nessa aproximação, evidencia-se a desigual atenção dada a esses pacientes, pela distância longa, cansativa e com múltiplo e acentuado número de pessoas.

São pessoas extremamente carentes, enfermas, a caminho de uma cidade grande, sem muitos conhecidos, em busca de um tratamento muitas vezes debilitante, se deslocando de um município para outro frequentemente. E, pela reflexão atribuída na necessidade de efetivar um SUS pretensamente organizado pela representação social, indaga-se a política de saúde instituída no contexto da realidade vivida: Os pacientes estão satisfeitos com o serviço que o referido

município disponibiliza para que eles tenham acesso aos seus tratamentos? Quais as maiores queixas dos usuários que precisam se deslocar do seu município de origem para outro município em busca de tratamento? Que resoluções podem ser tomadas de forma a melhorar as condições no acesso aos serviços de média e alta complexidade?

Torna-se relevante a discussão sobre as dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS no acesso aos serviços especializados no processo reflexivo e crítico pelos possíveis sujeitos envolvidos na construção coletiva da saúde coletiva brasileira. Objetiva-se, desse modo, relatar a experiência no deslocamento de usuários do SUS para atendimento especializado no interior nordestino com ênfase nos pressupostos políticos e na realidade vivenciada pelos pacientes.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, caracterizado como pesquisa participante, realizada em março de 2012 durante os deslocamentos de pacientes provenientes de Araripina para tratamento em hospitais/clínicas especializadas no interior do Ceará, mais precisamente na região do Cariri, em um período de aproximadamente duas semanas. Vale salientar que alguns desses pacientes também faziam acompanhamento em outras cidades do Pernambuco e na capital.

Araripina está situada na mesorregião do sertão pernambucano, dista de 690 km da capital Recife. A rede de serviços de saúde municipal é composta por 21 Unidades de Saúde (sendo algumas unidades da ESF e outros pontos de apoio); para a média complexidade a cidade dispõe de um Hospital Maternidade (Hospital Maternidade Santa Maria - HMSM), uma Casa de Saúde (Casa de Saúde São José – CSSJ), um Centro de Especialização (Centro Hospitalar Especializado), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quatro Clínicas de Radiologia e Ultrassonografia e quatro Laboratórios de Análises Clínicas, totalizando 54 serviços de saúde, de acordo com o que consta no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em sua maioria de natureza privada (ARARIPINA, 2014).

Mensalmente são encaminhados em torno de 250 a 300 pacientes para receberem algum tipo de assistência, somando-se as urgências e emergências e os tratamentos especializados que são encontrados somente em outros municípios do mesmo estado, ou de estados vizinhos.

Participaram da experiência 15 dos usuários do SUS do município de Araripina- PE que fazem tratamento continuamente nos serviços de alta complexidade. Neste caso, os pacientes que

faziam tratamento hemodialítico e oncológico. O município possuía 25 pacientes acometidos de Insuficiência Renal Crônica (IRC); e ainda 66 pacientes acometidos por doença oncológica, sendo 42 adultos e 24 crianças.

Nos transportes, pela permanência junto aos pacientes foi possível obter narrativas acerca dos deslocamentos dessas pessoas em busca da assistência especializada e as informações foram registradas em relatórios pelos pesquisadores. Ao final de cada sessão de transporte/deslocamento, havia um momento de avaliação para o registro das impressões obtidas por meio das narrativas dos pacientes.

Para tanto, emergem sentidos e significados nos discursos que se estabelecem nas questões e reflexões das narrativas. Concomitantemente, são analisados a partir de um referencial teórico-conceitual (valises), proposto por Merhy (2000) e que se faz presente no espaço relacional trabalhador–usuário, implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos e materializadas em ato. Assim, essas narrativas são exploradas de acordo com os conteúdos vivenciados e discutidos. Os diálogos foram mantidos em anonimato, por isso são expressos e identificados com pseudônimos no decorrer do trabalho.

Os aspectos éticos foram respeitados, seguindo-se as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (resolução vigente à época).

Resultados e Discussão

Entre os sujeitos da vivência cotidiana, predomina a idade superior a 40 anos, sexo feminino e ensino fundamental incompleto. São pessoas em tratamento de doenças renais e cânceres (leucemia, mama e útero, dentre outros) em mais de um ano de tratamento, em sua maioria.

“Eu preferia fazer meu tratamento aqui, mas num tem aqui, né.”: Narrativas dos pacientes encaminhados para atendimento especializado em saúde e o hiato participativo na consolidação do SUS.

Como categoria central para análise da realidade deste estudo, toma-se a participação social como inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e controle dos serviços de saúde. Incluir representantes de trabalhadores e usuários do sistema é, então, condição precípua na definição de suas prioridades (planejamento) e na fiscalização das ações (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Pressupõe-se a participação social como garantia constitucional no processo de construção do SUS. Nesse sentido, a operacionalização da atenção à saúde deve ser definida pelas demandas e necessidades do cidadão. Entretanto, na efetivação de uma proposta política e institucional, ainda prevalecem ocorrências e modelos de atendimento restritos às superficialidades momentâneas da condição de saúde nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial impossibilitando um acesso equânime e resolutivo.

A satisfação dos usuários emerge do acesso ao serviço de saúde, mas, principalmente pela assistência logística ante o atendimento recebido. Os discursos revelam a satisfação total com os serviços prestados a eles pelo município de Araripina-PE, entretanto, há recorrentes opiniões que complementam a necessidade de uma atenção especializada mais regionalizada:

*Estou satisfeita. Porque a gente vai, não tem onde ficar, e lá tem a casa que a gente fica; dá todo apoio pra gente, aí é bom. A gente não paga nada, é bom. Só faltava era poder fazer o tratamento era aqui mesmo (Rainha Elizabeth).
Até agora eu estou satisfeita. Por que eu acho bom sabe? Tem assistência, tem o carro. O carro é bom. Eu preferia fazer meu tratamento aqui, mas num tem aqui, né? (Wanda Horta).*

Nesse contexto, a efetivação do SUS e seus princípios que são a universalidade, a integralidade e a equidade, traduzem-se como um desafio de grande ordem, ao considerar que o país compõe-se de mais de 5.500 municípios com diversidades políticas, socioeconômicas, culturais, educacionais e estruturais. Urge a efetivação das diretrizes operacionais que possibilitem adequação assistencial ao perfil desses municípios. As diretrizes visam imprimir a racionalidade no processo de organização e na assistência às necessidades dos cidadãos, em destaque: descentralização, hierarquização, regionalização e participação social (RODRIGUES; BRASIL, 2015).

Em alarme recorrente, os sujeitos da pesquisa narram como dificuldade principal os transportes e as condições de deslocamento do município de Araripina para a capital pernambucana:

Tem algumas dificuldades, mas só por causa dos transportes. As 'vans' que a gente vai, elas vão cheias. Às vezes, quebra no meio do caminho, a gente fica lá no meio do tempo esperando a hora passar, e a pessoa vai toda encolhida, espremida. É nós, e os acompanhantes também (Anita Garibaldi).

E nas lamentações cotidianas, reforça-se a premissa que o tratamento apropriado é essencial para a cura e restabelecimento da saúde. Para tanto, observa-se que não basta o estado

proclamar o reconhecimento de que a saúde é um bem legalmente protegido, mas, torná-lo essencial para além da declaração normativa e jurídica. É preciso que o cidadão seja integralmente respeitado e plenamente atendido em suas necessidades de saúde e sociais (COHN; BUJDOSO, 2015).

Ainda sobre as condições de transporte, a situação decorrente dos fluxos longínquos para o atendimento especializado no interior do país desvela apenas uma dimensão desse processo assistencial. A eficácia do tratamento é algo que cresce como demanda para múltiplas doenças e agravos acometidos num também crescente número de pacientes. Os sujeitos complementam a desorganização entre o agendamento/atendimento das consultas e procedimentos e o serviço de transporte:

É ruim porque a gente vai, aí quando acaba tudo lá, a gente liga, manda ligar; aí, o serviço social liga para esperar a gente e eles não esperam. Dizem que vai pegar a gente lá, eles demora a chegar, e quando a gente liga, eles já tem vindo embora e deixa a gente lá. A gente espera três dias que é quando o carro daqui volta. Aí o NACC (Núcleo de Apoio à Criança com Câncer) dá o dinheiro pra gente voltar. Tem vez, né. Mas como a gente tá vindo direto, o NACC já não quer mais dar a passagem pra gente vim. Por que eles já tão achando que eles já tão deixando a gente por causa disso. É só essa a dificuldade que eu acho, porque a gente vai e não tem como voltar (Ana Néri).

O descompromisso público com o cidadão decorre da desorganização na oferta logística para o deslocamento em condições adequadas. Entretanto, as narrativas revelam o sucumbir da necessidade social perante o contexto assistencial possível. Assim, na escala de acesso ao SUS, a demanda prevalece aos fins do cuidado prestado, porém a amplitude humana precisa prevalecer na composição da eficiência do sistema, sendo preciso repensar uma rede de atenção eficaz e resolutiva com sensibilidade intersubjetiva do acesso em todos os seus níveis assistenciais (BRASIL, 2007b).

Em suas singularidades, os sujeitos constroem suas resiliências frente às possibilidades de tratamento e o deslocamento aos serviços:

*No começo era difícil, porque eu ia pagando passagem, num tinha onde ficar. Mas agora está bom (Rainha Elizabeth).
Não, eu ainda não tive dificuldade com nada. Para mim tudo é bom, a viagem é boa, eu gosto da viagem, já me adaptei com a viagem, tem nada ruim pra mim não (Zumbi dos Palmares).*

Há um silêncio como hiato da participação social que emerge nas resiliências dos pacientes. A busca pelo tratamento e o provável desconhecimento dos seus direitos para com sua

seguridade social, nesse caso ao atendimento em saúde, dispõem as pessoas em relações objetivadas pela doação. Tal situação é contrária ao reconhecimento da cidadania em sentido múltiplo, pois a possibilidade ética do Estado está delimitada à oferta do deslocamento e a cidadania restrita a subjetividade anulada pela condição de adoecimento e vulnerabilidade.

Quando viajam para Recife, local do atendimento especializado, os pacientes ficam hospedados na casa de apoio, custeada pelo município para acolher, hospedar e alimentar os pacientes enquanto aguardam o fim do seu tratamento. Entretanto, na fala significativa de uma paciente, é requisitada atitude mais cordiais com os pacientes em estadia no local. Como narra, as relações do local:

Devia ter assim [pausa em silêncio] um tipo de uma educação para falar com os pacientes. [...] é muito mal educada! (Florence).

O funcionário dessa casa, responsável pela recepção dos clientes exerce o papel de cuidador, que é a pessoa que provê as necessidades físicas e emocionais de um doente ou de um desabilitado (BRASIL, 2008). Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Além disso, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde garante que todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; e todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos (BRASIL, 2007c).

As condições financeiras e uma ajuda de deslocamento foram discursos que surgiram em comum nos relatos de uma paciente que fazia tratamento para câncer de mama em Recife-PE, e outra paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC) que realiza diálise na cidade de Crato, interior do Ceará:

Pra mim, a dificuldade deu ir é quando é pra ir que às vezes não tem dinheiro, né? (Joana D'Arc).

A dificuldade é nosso dinheiro, principalmente, que nós (pacientes da hemodiálise) não recebemos mais, está com três meses. Eles não estão pagando é de jeito nenhum, fica enganando a gente (...). Vem hoje, vem amanhã, vem hoje, vem amanhã. A gente fica só andando. E nós que nem pode enfrentar fila, não pode fazer nada, nós somos pacientes de hemodiálise! (Tarsila do Amaral).

Observa-se que os clientes possuem poucas condições financeiras, e isto é um dos agravantes quando tem que se deslocar de Araripina-PE para a realização de seus tratamentos em outro município. Além do transporte, incluem-se ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD) as despesas com diárias para alimentação e pernoite tanto para o paciente como para o acompanhante, cabendo à secretaria de saúde do estado propor às respectivas Comissões

Intergestores Bipartite a definição das responsabilidades dos entes federativos (estado e municípios) para a autorização do TFD, estratégias de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD (HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2014).

Quando se pauta o processo saúde-doença, a rotina das viagens e a distância entre os municípios são relevantes na manutenção do bem-estar dos pacientes. Entre dificuldades para o transporte, acrescenta-se a frequência acentuada das viagens que ocasiona desgaste físico prejudicial à sobrevivência dos pacientes:

*A dificuldade que eu já acho mais ruim, é esse - de lá para cá – de lá pra cá - são muitos quilômetros (Wanda Horta).
É (pausa) só que eu acho, que nós acha aqui dentro, nem só eu, mas todo mundo acha mais ruim são essas viagens. É que a gente vem três vezes por semana, aí o 'caba' fica muito cansado (Antônio Conselheiro).*

É perceptível o incômodo dos clientes que sofrem de IRC com a rotina imposta pelo tratamento. A diálise exige que estejam presentes na instituição três vezes por semana. Sendo assim, eles saem de Araripina dia sim, dia não; passam algumas horas na clínica, no Crato, e voltam para suas casas à noite. No caso das viagens para Recife, mencionam o tempo que necessitam ficar na cidade e o atendimento prestado na casa de acolhimento.

Entre os caminhos para solucionar os entraves deste fluxo, os usuários apontam para medidas mais emergentes às suas demandas, tais como: aquisição de veículos mais confortáveis, contratação de cuidadores e operacionalização mais acolhedora do transporte, conforme apontam as falas:

*Ah, eu queria era botar um transporte bom, melhor pra gente, que tivesse conforto, que a gente num tem né? Quando vamos, são carros velhos, tudo quebrado, cheio demais, tem vez que no caminho dá o prego, a gente fica no meio das estradas. Numa acho tão bom não... A gente vai porque vai mesmo, não é porque sejam bons não, os transportes são meio fracos (Joana D'Arc).
Eu ia pedir pra melhorar o atendimento lá na pensão. Porque, não querendo criticar, mas de uma certa forma... é tem muito estresse, e a pessoa que atende, eu até compreendo que ela tenha muita tarefa, mas que precisava ter um pouco mais de calma e educação com o povo. É por que ela é um pouco estressada, entendeu? (Princesa Isabel).*

Entre as soluções apresentadas em distanciamento evocado aos pressupostos da política de saúde, é preciso enfatizar que o cuidador é considerado um apoiador social sem necessariamente estar na condição de profissional de saúde. Desse modo, a aclamação perpassa

pela necessidade de acolhimento e acompanhamento, pois tais pessoas não executam procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde. O cuidador possui condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada (BRASIL, 2008).

O distanciamento compreensivo sobre a causalidade central do fluxo e acesso deslocado para sua demanda de saúde repassa aos gestores a tomada de decisões em critério pessoal, institucional ou a pedido. Na omissa participação dos usuários, a construção de uma realidade assistencial mais próxima de seu domicílio com condições adequadas fica à mercê da intencionalidade gerencial parcial da atenção à saúde. Emergem nas narrativas, agradecimentos e reconhecimentos:

Só tenho o que agradecer, do jeito que tá, tá bom demais. Não tenho nada pra reclamar (Giuseppe Garibaldi).

Olha, no momento, eu vejo da seguinte forma, que se muita coisa ainda não está 100% é porque ainda não deu tempo, né? Mas com certeza manter o que já tem né? Eu não tenho muito a pedir não (Madre Teresa).

Pode ocorrer que não exista oferta de determinados serviços, seja na rede pública ou na rede privada de saúde de uma dada região. A determinação das necessidades de serviços e ações de média e alta complexidade se inicia com o levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse; com o conhecimento dos principais problemas de saúde e das necessidades da população; bem como, com a definição de prioridades estratégicas pautadas pela participação social (BRASIL, 2007b).

Há ainda a solicitação de assistência no deslocamento para outros municípios. São problemas da dimensão fisiológica do agravo e adoecimento das pessoas que exigem um cuidado profissional. Remetidas ao transporte sem apoio e acompanhamento, relatam suas vivências perante sintomas e situações recorrentes. Ainda assim, são incidentes as narrativas que apontam para a construção de uma rede assistencial ou até mesmo um atendimento mais descentralizado aos usuários em Araripina-PE:

Num sei. Só se tivesse um jeito de trazer o médico pra cá pra gente não ter que ir pra lá (Recife). Mas num tem, né? (Rainha Elizabeth).

Eu conversava com eles, assim, sabe? Se tivesse hospital aqui mesmo na cidade (Araripina) (Wanda Horta).

No enredo subjetivo dos pacientes, o sofrimento e a resiliência emerge a condição

subordinada ao atendimento recebido para suas demandas. Apenas tangenciam a recomendação política e institucional do SUS os relatos que indicam a possibilidade de manter serviços especializados mais próximos de sua realidade. É fato que nem todos os municípios podem estruturar serviços especializados, porém a legislação acomoda dispositivos para regionalização conforme demandas e necessidades de saúde da população. Eis o distanciamento entre a política e seus atores: a consciência cidadã, nesse caso, sanitária (PINTO, 2015).

Conclusão

Embora, após a institucionalização do SUS, a situação de saúde da população brasileira tenha sido enfocada pelas políticas públicas, percebe-se que ainda existem muitos desafios a serem enfrentados pelos “construtores” (usuários, profissionais de saúde e gestores) do sistema. Urge, hegemonicamente, que a organização dos serviços de saúde alcance o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção à saúde.

A satisfação dos usuários ainda remonta ao agradecimento pelo recebimento como dádiva da assistência. Entretanto, reconhecer as dificuldades vivenciadas nos serviços de transporte disponibilizados para o acesso aos serviços de saúde, de média e alta complexidade é um começo para refletirem seus enfrentamentos e contextualidades.

Nesse processo, a participação social deve caminhar no sentido de diálogos mais horizontais entre usuários e gestores, até porque a constitucionalidade compõe a população com designação de gerir paritariamente a sua atenção à saúde. As políticas públicas de saúde requisitam medidas de Estado na garantia dos princípios do SUS para além de intervenções de governo com atributos superficiais aos problemas da população: eis o silêncio reflexivo.

Referências

ARARIPINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Informações sobre serviços de Saúde**, publicação oficial, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, **SUS: avanços e desafios**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Consulta por localização geográfica**, 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260110&NomeEstado=PERNAMBUCO> acesso em: 25 de ago. 2015

COHN, A.; BUJDOSO, Y.L. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 33-47, 2015.

GOYA, N.; ANDRADE, L.O.M. Percepções de trabalhadores da saúde sobre práticas instituintes e desafios do Sistema Único de Saúde. **Sanare**, v. 14, n. 2, p 7-16, 2015.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Direito do TFD com advento de alguma enfermidade**. Publicação (on-line), 2014. Disponível em: <<http://www.hcancerbarretos.com.br/>> acesso em 19 de ago. 2014.

HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO (HCP). **Nossa história e Nossos serviços**. Publicação (on-line), 2014. Disponível em: <<http://www.hcp.org.br/>> acesso em 19 de ago. 2014.

IMIP. **Conheça nossa instituição e serviços**. Publicação (on-line), 2014. Disponível em: <<http://www.imip.org.br/>> acesso em: 29 de ago. 2015.

JUNQUEIRA, V.; CORTIZO, C.T.; VIEIRA, N.P.; SANTOS, A.P.L.; SANTOS, F.S.; LACAZ, F.A.C. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011.

MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"?. **Revista brasileira ciência e sociedade**, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

PELLEGRINI, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. **Ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 325-333, 2007.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado. **Unidades e serviços**, 2015. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br>> acesso em: 25 de set. 2015

PINTO, A.G.A. Ousadias históricas e contemporâneas para consolidação do SUS (Editorial). **Sanare**, v. 14, n. 1, 2015.

RODRIGUES, E.A.S.; BRASIL, F.P.D. A participação social na perspectiva dos atores de uma rede social comunitária: um estudo de caso. **Saúde e sociedade**, v. 24, n. 1, p. 374-384, 2015.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SAUTER, A.M.W.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O; KOPF, A.W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 265-274, 2012.

Recebido: 19/05/2017

Aceito: 01/12/2017