



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 03, pp.45768-45772, March, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21384.03.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

MEMÓRIA DE AVÓS: INSATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Eliane Fonseca Linhares*¹, Ninalva de Andrade Santos¹, Joana Angélica Andrade Dias¹, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹, Jair Magalhães da Silva¹ and Felipe Eduardo Ferreira Marta²

¹Departamento de Saúde II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB - Avenida José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho - Jequié (BA). Brasil. CEP: 45.208-000; ²Departamento de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC – Campus Soane Nazaré de Andrade. Rodovia Jorge Amado, Km 16 – Salobrinho - Ilhéus (BA). Brasil. CEP: 45.662-900

ARTICLE INFO

Article History:

Received 02nd January, 2021

Received in revised form

14th January, 2021

Accepted 06th February, 2021

Published online 30th March, 2021

Key Words:

Memória; Humanização da assistência; Saúde coletiva; Serviços de saúde; Sistema Único de Saúde.

*Corresponding author:

Eliane Fonseca Linhares

ABSTRACT

O estudo objetivou identificar os motivos da insatisfação de avós de recém-nascidos com o atendimento recebido em unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Pesquisa de caráter qualitativo e descritivo, que teve como participantes 15 mulheres avós com faixa etária entre 60 e 91 anos de idade, cadastradas em uma associação de amigos/grupos de convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade, todas identificadas com codinomes de pedras preciosas. As narrativas emergiram de entrevistas temáticas guiadas por roteiro específico, cujos procedimentos de análise e discussão fundamentaram-se na História Oral Temática e nos estudos da Memória. Os resultados apontaram que estas avós estão insatisfeitas com o acolhimento, a precariedade na humanização do atendimento, a insuficiência de médicos e de medicamentos, longas filas de espera, vagas insuficientes para atendimento, o que remete ao imperativo de se dar ouvidos às vozes que explicitam a lacuna entre as necessidades básicas dos usuários e a resolutividade desse sistema. Esta realidade evidencia o retrocesso nas ações de planejamento dos serviços ligados ao Sistema Único de Saúde, que precisam ser remodeladas de modo a atender ao legitimado pela Constituição Federal Brasileira.

Copyright © 2021, Eliane Fonseca Linhares, Ninalva de Andrade Santos, Joana Angélica Andrade Dias, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Jair Magalhães da Silva and Felipe Eduardo Ferreira Marta. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Eliane Fonseca Linhares, Ninalva de Andrade Santos, Joana Angélica Andrade Dias, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Jair Magalhães da Silva and Felipe Eduardo Ferreira Marta, 2021. "Alto risco para diabetes mellitus tipo 2 em usuários sadios da estratégia saúde da família", *International Journal of Development Research*, 11, (03), 45768-45772.

INTRODUCTION

A atual Constituição Federal do Brasil, incorporou a dignidade da pessoa humana como um dos princípios basilares para efetivação dos direitos e garantias fundamentais. No rol dos direitos de segunda geração, insere-se o direito social à saúde, devendo ser assegurado acesso universal e atendimento integral a todos os cidadãos, por meio de ações e serviços prestados, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 2018). Estimativas indicam que 150 milhões de pessoas no Brasil são dependentes do SUS, o que justifica ser a sua consolidação uma prioridade sanitária no país (KEMPFER *et al*, 2011). Não é por acaso que este sistema se destaca na prestação de serviços de saúde e é reconhecido nacionalmente e internacionalmente como uma relevante política pública (ALMEIDA, 2013) que organiza e oferta serviços assistenciais nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), sendo que este último inclui serviços de alta tecnologia e altos custos, a exemplo de transplantes

de órgãos, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, hemodiálise, dentre outros (BRASIL, 2006). O SUS é fruto de um processo histórico que teve seu movimento fortificado na década de 1970, quando o chamado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira em consonância com as pejeas pelo processo de redemocratização e restauração do estado de direito, promoveu críticas ao discurso liberal da medicina preventiva e propôs a construção de um sistema que garantisse a saúde enquanto um direito social. A criação desse sistema de saúde resultou em inúmeras mudanças institucionais, dentre as quais, o processo de descentralização política, administrativa e financeira do poder executivo federal para os Estados e Municípios (BRASIL, 2006; CUNHA, *et al*, 2016). Para além do aspecto político-administrativo e, por ser um sistema em desenvolvimento, entende-se que as estratégias para sua implementação exigem mudanças na forma de organização das práticas de saúde, de modo a possibilitar que o modelo biomédico hegemônico possa ser substituído por modelos alternativos. Pode-se mencionar, ainda, a reorganização da assistência à saúde, em níveis de atenção básica,

média e alta, que prevê a referência para unidade de maior complexidade, apenas, quando não houver possibilidade de resolução das necessidades afetadas na unidade de origem (BRASIL, 2006; RONCALLI, 2003). Sabe-se que é dever do Estado assegurar atendimento integral e universal a toda população, vez que a Constituição Federal garante a saúde como direito social de cidadania (BRASIL, 2003). Desse modo, acredita-se que a insatisfação dos usuários que utilizam os serviços de saúde vinculados a rede de atenção básica e/ou unidades de média e alta complexidade atreladas ao SUS constitui importante indicador de avaliação da qualidade dos serviços disponibilizados neste sistema de saúde. Não obstante, as insatisfações das avós participantes deste estudo provocaram inquietações em si mesmas. Suas narrativas evidenciaram haver lacuna entre teoria e prática na assistência à saúde, tanto na rede básica, quanto na atenção hospitalar, dado que as percepções marcadas pelas suas memórias podem traduzir a realidade da assistência à saúde pública no Brasil. Ressalta-se que ao rememorem lembranças de fatos considerados importantes, as pessoas demonstram a existência de uma memória seletiva, a qual somente é concretizada quando as mentalizam ou as verbalizam, sendo esta uma ação exclusiva dos seres humanos, por possuírem capacidade de guardar e rememorar acontecimentos de um passado presente (PORTELLI, 1997; HALBWACHS, 2006). Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo identificar os motivos da insatisfação de avós de recém-nascidos (RN) concernente ao atendimento recebido em unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de caráter qualitativo e descritivo, recorte da tese "Tenho guardado os 'imigo' de todos os meus netos: memória de avós no cuidado ao coto umbilical" (LINHARES, 2018). Com fundamentação na História Oral procurou-se identificar a comunidade de destino, a colônia e a rede para delimitação da amostragem do estudo. A comunidade de destino abrange um grupo a ser pesquisado (MEIHY, HOLANDA, 2015), aqui formado por idosos (avós) residentes em um município do interior da Bahia/Brasil, cadastradas em uma associação de amigos conhecida como "Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade". A colônia é um dos elementos que permite compreender parte dessa comunidade por apresentar características desta e possibilitar o entendimento do todo pretendido, a qual é dividida em redes. Já a rede, contempla uma subdivisão da colônia sendo fundamental para identificação das participantes (MEIHY, HOLANDA, 2015). Neste estudo a rede foi composta por quinze mulheres avós (maternas e paternas), independentemente de compartilharem o domicílio com as genitoras dos seus netos, mas que tivessem desenvolvido a prática de cuidado com o coto umbilical. Possuíam idade que variava entre 60 e 91 anos, sem estudo formal, algumas viúvas e outras conviviam com seus companheiros. Todas identificadas no estudo com codinomes de pedras preciosas de acordo o desejo de cada uma delas. A determinação do tamanho da amostra deu-se por conta da saturação das informações levantadas.

A coleta das informações ocorreu entre junho e julho de 2016, com a utilização de um roteiro para entrevista temática, elaborado com esta finalidade. As narrativas foram transcritas imediatamente após a gravação, a fim de evitar que qualquer registro verbal ou não verbal (anotados em um diário de campo) fosse perdido. O primeiro contato com as avós ocorreu na referida associação para agendamento das entrevistas, as quais foram realizadas em suas residências para que tivessem tempo suficiente para contar suas experiências. A questão disparadora utilizada foi a seguinte: conte a sua história de vida em relação ao cuidado com o coto umbilical. A partir dessa, foram acrescentadas outras questões, dentre as quais, fale sobre o atendimento que a senhora recebeu quando necessitou utilizar os serviços de saúde do SUS. Cada entrevista durou cerca de 2 horas. Os procedimentos de análise e discussão dos resultados fundamentaram-se nos estudos da Memória (HALBWACHS, 2006) e na História Oral Temática (MEIHY, HOLANDA, 2015; PORTELLI, 2010), usadas como estratégias, teórica e metodológica, considerando

que sua utilização contribui para dar voz àqueles que necessitam que sua memória seja ouvida, tornando-a conhecida nos espaços público do discurso e da palavra (HALBWACHS, 2006). A História Oral Temática permite aclarar a memória relacionada a acontecimentos passados importantes para entender o presente e direcionar ações futuras, constituindo evento específico vivido por um grupo de indivíduos que compartilham uma mesma situação (HALBWACHS, 2006, MEIHY, HOLANDA, 2015; PORTELLI, 2010), a exemplo dessas avós. O estudo atendeu à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UESB, sob parecer de número 1.593.016. Considerando que o estudo original guarda relação com a diversidade cultural, as narrativas foram mantidas na forma coloquial conforme enunciadas pelas participantes, sem conveniências ortográfica e/ou gramatical.

RESULTADOS

As memórias das participantes constituem rico acervo para mensuração da qualidade da assistência à saúde. Nesse sentido, a narrativa de Safira expressa sua insatisfação com o atendimento em unidades públicas de saúde do município onde reside, embora reconheça que houve uma pequena melhora em relação a época que antecedeu a criação do SUS, ocasião que predominava o modelo hegemônico biomédico.

[...] É eu acho péssimo, as vez as pessoas se bate muito, as vez pá fazer um caso mais profundo, quando é pa fazer uma operação, a qualquer coisa, a pessoa se bate muito, mais até que é mior do que o que era que antigamente, é porque era muito difíce médico; o povo morria quase a mingua. Antigamente o povo se batia muito, sofreu muito [...] (Safira)

Outro aspecto evidenciado nas narrativas diz respeito a dificuldade para obtenção gratuita de medicamentos. Para Opala a falta da medicação necessária, a demora no aprazamento das consultas, bem como, a ausência do profissional médico para avaliação dos resultados de exames laboratoriais, constituem fatores que interferem na qualidade da assistência prestada pelas unidades de saúde, conforme observado a seguir:

[...] O Sistema de Saúde tá péssimo. Tem hora que você vai no posto, não tem medicamento, outra hora não tem médico, você vai marcar uma consulta pa dez, quinze dias, até trinta dias, faz a consulta, pede os exames de laboratório, você faz, quando vem pra entregar o resultado, médico não tá e fica assim. Eu acho péssimo [...] (Opala)

A evidência da insatisfação com o sistema guarda relação direta com a incapacidade resolutiva para atender, de forma integral, as necessidades dos usuários, que, devido às dificuldades de acesso, são referenciados para outras localidades, cujo deslocamento envolve custos, além de gerar desconfortos emocionais, como observado no relato de Esmeralda:

[...] O sistema de saúde hoje em dia é muito ruim". [...] quando você quer um exame mais especial você tem que pagar, porque não tem pelo SUS, não é? as vezes a gente não tem condições de sair daqui pra outra cidade, então a gente paga pra fazer [...] entendeu? [...]

Os relatos de Turquesa e Diamante demonstram sua insatisfação com a dificuldade de acesso aos serviços da rede SUS, quando referem recorrer à assistência privada para conseguir um atendimento.

[...] É horrívi, não é porque eu tenho um plano, e que, porque o meu eu vou nos lugar particular, e quando eu vejo os outro naqueles hospital, eu acho horrívi, eles não atende não, eles acaba com a vida de todo mundo, como é o dos outro, o meu também vai no mei né. Tem hora que a gente não tem nem dinheiro pra comprar nem um pão, veja lá pra pagar uma

consulta, pagar um internamento né, é horrível, porque esse povo, esses candidatos só quer que a gente bota eles lá em cima e depois eles pula de lá de cima na cabeça da gente pra matar a gente né, é horrível minha fia. (Turquesa)

Hoje, a gente sofre muito nesses posto; tanto que num vou mais ni posto porque que eu chego lá como eu tô dessa idade, que eu chegar lá fico esperano, ah, hoje num tem a ficha, só vai ter aminhã, aminhã eu vou, num tem, quando for depois mesmo torno ir tamém num tem, vou ino a semana toda, então num... Nesta situação, eu ajunto meu dinheirim, vou ao médico, pago a consulta e agora resolve, né. [...] (Diamante)

Por outro lado, Jasper comenta sobre sua relação com o sistema de saúde, ratificando que os acontecimentos marcados pela memória contribuíram, sobremaneira, no sentido de fortalecer as práticas do uso de plantas medicinais como medida alternativa de tratamento.

[...] Péssimo, tá horrível, eu nem vou ni médico, tu acredita? O que eu puder fazer, porque eu num gosto de sair cedo e chegar lá num ser atendido. A gente vai, ah, não é aqui, aqui num faz isso, ah, eu num vou mais [...] pá num tá repitino e ino e voltano, e, nada dá certo, eu pego e me afasto [...] Então tô precisano deste tratamento e, num tô consiguino, não tô consiguino encontrar médico, porque eu já fui no hospital, diz que lá só atende de emergência; eu volto, aí eu num vou mais, já fui três vezes. Falei: agora num vou mais. Péssimo mesmo ó, horrível, a gente chega lá e nem vai nem atendido, não vai porque eu canso de voltar, não tem atendimento; só atende, é aquela coisa que vai é emergência, é tiro, facada, essas coisas assim é, porrada, já chega morto, só atende aquele que já vai morto. Porque pagar? a gente as vez num tem nem pra pagar um exame. [...] a gente tem que partir pra onde? pá um remédio caseiro [...] (Jasper)

Essas considerações apontam o distanciamento da práxis médica, da proposta do Programa de Humanização da Assistência, fato que caracteriza o que denominamos violência institucional. Esta realidade foi comprovada em outros momentos, a exemplo da narrativa de Ametista:

[...] Antigamente eu ainda ia no INPS, tirar uma ficha, agora hoje, tô aqui ó, com esta requisição pa marcar um exame de vista, tem mais de um mês na minha mão e nem consegue... A gente vai, espera, espera, ah! vem amanhã; vai de novo, não chegou (médico). Então como é que vai ser atendido? ninguém. Não vai não, médico num atende ninguém não, por isso eu falei com meu Deus: que eu num ia mais em médico, por que médico num acha não. Num isculto, não pa dizer assim...parece que fica com nojo; eu falo isso porque comigo já aconteceu no Posto. Ele lá com a caneta e eu de cá. Nem botar aquele aparelho (esfingnomenômetro e estetoscópio), ele num botou em mim. Parece que fica com nojo de pegar na gente, fica lá assim, ó... O médico, tanto faz ser pelo INPS, ser plano, e se você tirar o seu trocado. Você vai, num acha, e, quando acha você leva um ano pa eles atender, né. Por médico minha fia, a gente morre mesmo, falo mesmo e, por isso eu falei, falei pá meu DEUS, assim, ó: falei do fundo do meu coração que eu num ia mais em médico, principalmente ni um posto [...] (Ametista)

Outro fato que remete a uma indignação e descrédito é identificado na narrativa de Quartzos quando se refere ao profissional médico, no momento atual, que segundo ela, difere daquele profissional que num tempo remoto atuava neste município.

[...] Esses (médicos) que vem de fora pa mim não serve, num dou nem osadia, porque eu não tenho fé no médico, porque são tudo falsos, passa um remédio daí a pouco tá matano (risos), eu em... (risos), eu sou realista viu, é, é triste em tudo, Jequiê já foi bom, já, tinha médico bom, tinha, mais hoje, junta tudo e toca fogo. Remédio caseiro dou muito valor [...] (Quartzos)

Segue a discussão desses resultados, a qual enfatiza a análise crítica que permeia a insatisfação das participantes deste estudo, com o atendimento/assistência prestado/a pelas diversas unidades de saúde que integram o SUS no município onde residem.

DISCUSSÃO

Em meio às reclamações, identifica-se nos relatos destas participantes a espera prolongada para serem atendidas pelo profissional médico e/ou a incerteza quanto a este atendimento na rede SUS; retardo no agendamento de novas consultas, dado que existe uma lacuna entre a demanda e a oferta; demora no recebimento dos resultados de exames de laboratório e/ou complementares, além de escassez de recurso financeiro para pagar pela consulta médica e/ou internamento em unidade hospitalar quando não se consegue realizar gratuitamente os procedimentos necessários, gerando com isto, desgaste pela busca de assistência qualificada à saúde. Estes resultados reiteram a emergência de se romper com o modelo hegemônico de assistência à saúde, denominado modelo biomédico ou assistencial curativista, ainda predominante no Brasil, apesar dos esforços para sua superação. Observa-se, portanto, que a implantação do modelo da vigilância da saúde no SUS, como proposta alternativa, implica mudanças não apenas na gestão e organização do sistema, mas principalmente nas práticas de saúde e nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários, o que pressupõe uma atuação conjunta de todos os profissionais que compõem a equipe assistencial, de maneira a possibilitar uma assistência integral, igualitária e equânime aos usuários. Assim, de um modo geral, nas narrativas oriundas da memória da maioria das participantes deste estudo nota-se insatisfação com os serviços de saúde prestados pelo poder público, por não satisfazerem as suas necessidades de assistência à saúde enquanto usuáries do SUS, coincidindo, com os achados de outro estudo que considera aspectos como a distância, o transporte e o tempo exigidos para obter o cuidado (DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004) como entraves para acesso as unidades de saúde.

A participante Jaspe expõe a sua experiência após várias tentativas em busca de um atendimento médico através da rede SUS referindo também a falta de recurso financeiro para ter acesso aos serviços de saúde privados. Nota-se em sua fala que, frente a impossibilidade de atendimento médico nas unidades básicas, buscou o setor hospitalar (média complexidade), na expectativa de ter o seu problema resolvido no setor de emergência, fato frustrante, pois a mesma retorna a sua residência sem receber atendimento algum, como observado em seu relato. Todavia, sabe-se que quando a classificação de risco, atividade comum que precede o atendimento em unidade de urgência e emergência, aponta para problema de resolatividade a nível ambulatorial, o atendimento no nível secundário não se consolida, fato que certamente contribuiu para uma maior decepção por parte de Jaspe com o sistema, o que evidencia seu desconhecimento sobre esta rotina no atendimento nesse setor hospitalar. Nessa perspectiva, a narrativa de Opala que evidencia não haver distribuição gratuita dos medicamentos prescritos nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) gera sentimentos negativos acerca da assistência levando-a a descrever na qualidade dos serviços ofertados pela rede, por entender que este fato irá interferir no início ou continuidade do tratamento necessário à recuperação da sua saúde. Existem evidências de que, para muitas famílias de baixa renda, a única alternativa de acesso aos medicamentos prescritos é o fornecimento pela rede pública (BARRETO *et al*, 2015), indicando que a ausência deste pode ocasionar um comprometimento do estado de saúde devido, entre outras coisas, ao abandono do tratamento. Observa-se que o acesso aos serviços e distribuição de medicamentos de forma gratuita, assim como o atendimento sem distinção ou preconceito entendidos como pontos positivos fundamentais do SUS (IPEA, 2011), também se destacam como principais desafios a serem enfrentados. Estes achados apontam para o fato de que os municípios disponibilizam poucos recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, o que impossibilita uma cobertura completa das necessidades dos usuários (MOIMAZ *et al*, 2010), contribuindo para a elevação dos gastos em saúde e o comprometimento da qualidade de vida.

Sabe-se que no Brasil, na maioria das vezes, as pessoas que podem pagar pela assistência à saúde procuram a atenção médica suplementar como meio de resolverem os problemas (longas filas de espera, falta de acolhimento e desumanização no atendimento, ausência do profissional médico na unidade de saúde e outros infortúnios) enfrentados nas UBS e unidades hospitalares vinculadas ao SUS, por considerarem esta condição mais cômoda e acreditarem que suas expectativas serão atendidas (FURLAN, 2011). Assim, ao discorrerem sobre a dificuldade para conseguir atendimento quando buscaram os serviços de saúde do SUS, Turquesa e Diamante compartilharam sua indignação. A primeira atribuiu a culpa do não atendimento à ingerência dos representantes políticos que, na sua compreensão, nada fazem para melhorar a política no âmbito da saúde e, como alternativa para minimizar essa problemática termina aderindo a um plano privado de assistência à saúde. A segunda, descreve ser muito sofrido ter que retornar várias vezes à unidade de saúde, sem obter êxito, o que a leva a optar por pagar uma consulta médica. Este fato, conduz à reflexão sobre ser desse modo que os problemas de saúde de algumas das participantes ou de seus familiares são resolvidos mais depressa, posto que o tempo de espera pelo atendimento se torna mais curto, ao contrário do atendimento realizado pelo SUS, no qual a espera, na maioria das vezes é grande, podendo deixar as pessoas enfadadas e até mesmo ter agravado o seu problema de saúde.

Destarte, sabe-se que o atendimento humanizado em saúde é uma ferramenta de mensuração da qualidade dos serviços públicos e rede privada, posto ser uma necessidade gritante, em especial da rede SUS, dado que o não comprometimento, o desrespeito, e a falta de atenção por parte do profissional se caracterizam como principais fatores que colaboram para a insatisfação do usuário (MOIMAZ *et al.*, 2010). Além disso, estas narrativas promovem também reflexões sobre o que rege a Constituição Federal Brasileira que prevê saúde como direito de todos e dever do estado. Esta lacuna entre teoria e prática evidencia os desafios para que os direitos previstos nesse documento legal sejam assegurados e praticados. Desse modo, e, considerando a faixa etária das participantes acredita-se ser procedente, atentar-se ao que encontra-se descrito no estatuto do idoso, no seu artigo 15, que assegura à pessoa idosa o direito a atenção integral à saúde, por meio da rede de atendimento pelo SUS, com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços em geral. Neste sentido, é "fundamental a construção de políticas públicas de garantia de direitos que protejam as pessoas idosas em suas necessidades, garantam sua participação e desigualdades" (LOUVISON, BARROS, 2009; MENEZES *et al.*, 2017). Assim, as narrativas das participantes deste estudo retratam um pedido de socorro com a finalidade de que haja eficiência nos serviços públicos de saúde de modo a atender as expectativas, necessidades e problemas daqueles que utilizam os utilizam.

Portanto, dar voz à população é uma estratégia proativa no sentido de identificar a realidade vivenciada pelos que possuem menor poder aquisitivo e que dependem exclusivamente de assistência gratuita, sendo isso uma responsabilidade dos profissionais de saúde que atuam na rede básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família. A equipe conta com a participação do Agente Comunitário de Saúde, profissional que comunga dos mesmos saberes culturais das necessidades de saúde da população da área adstrita, e, por ter um vínculo instituído com a mesma, possui um maior poder de articulação, imprescindível para a facilitação do acesso ao atendimento e assistência à saúde (MENEZES *et al.*, 2017). No que diz respeito à humanização da assistência, tem-se que esta envolve vários fatores ligados às políticas de saúde. Desse modo, considerar as necessidades, desejos, assim como os interesses de todos os envolvidos no campo da saúde constitui ações políticas com capacidade para transformar e garantir direitos e estabelecer novos sentidos com vistas ao enfrentamento de desafios na perspectiva de estar continuamente possibilitando a construção de espaços de trocas que resulte em um atendimento saudável, capaz de estreitar a relação entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2004). Reafirma-se, então, que esses resultados evidenciam a predominância do modelo biomédico que enfatiza a atenção curativa, onde o acolhimento e a escuta sensível não são prioridades. Neste sentido, vislumbra-se que o

sistema de saúde SUS é considerado ainda uma reforma incompleta, em pleno processo de mudanças, de maneira que pra promover o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção, eliminar as filas e oferecer um atendimento embasado em priorização de riscos e vulnerabilidade, portanto, resolutivo, necessita investir de forma incisiva em estratégias que promovam o acolhimento daqueles que buscam atendimento nas unidades de saúde que o integram. (BRASIL, 2010). Todavia, para que estas mudanças ocorram, é fundamental que os profissionais de saúde ressignifiquem suas práticas cuidadoras no sentido de prestar assistência qualificada aos usuários, pautada no princípio da integralidade e da humanização, imprescindíveis para a resolutividade dos problemas de saúde apresentados e, conseqüentemente, para a satisfação da clientela. Nessa perspectiva, a narrativa de Quartzos demonstra a falta de confiança no profissional médico para cuidar de sua saúde e, em decorrência disso, valoriza a utilização das ervas, dando preferência ao remédio caseiro ao invés da medicação halopática, recurso este também utilizado por Jaspe, quando não consegue um atendimento médico dentro da rede SUS.

Deste modo, a atenção básica, principal porta de entrada no SUS e local da formação de vínculos entre os profissionais e a comunidade adstrita, precisa prestar uma assistência qualificada que atenda a clientela em suas necessidades, vez que a insatisfação com o atendimento termina repercutindo no afastamento da população, das unidades de saúde, a qual, buscando solucionar seus problemas, recorre a medidas alternativas como a cura pela fé e/ou uso da medicina popular, que ao serem utilizados de forma isolada poderão não surtir o efeito esperado e, como consequência, surgir complicações muito mais difíceis de serem diagnosticadas e tratadas. Sabe-se que situações de desgostos são capazes de causar desequilíbrio na vida dos usuários dos serviços públicos de saúde que vivem constantemente em situações de risco e estresse. Desse modo, a não concretização das propostas apresentadas nos documentos que regem o SUS geraram expectativas frustrantes na memória das participantes ao demonstrarem sua insatisfação na forma como vem se apresentando esse sistema ao não atender adequadamente as suas necessidades. Assim, percebe-se que a qualidade do atendimento e uma assistência digna é o que essas participantes almejam, muito embora se saiba que isso apenas não confere às pessoas que se utilizam dos serviços do SUS a garantia ao acesso universal e integral à saúde, direito social assegurado pela Constituição Federal Brasileira e pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

Estudos que refletem sobre a assistência ofertada pelos serviços de saúde da rede SUS são relevantes, especialmente quando fundamentados na História Oral Temática e na Memória Coletiva por possibilitarem que as pessoas tragam à tona suas experiências ou acontecimentos importantes vivenciados no passado, os quais, por sua vez, possibilitam compreender o presente e implementar ações capazes de transformar uma dada realidade. Assim, observou-se que as memórias das mulheres-avós participantes deste estudo são as bases que sustentam as tradições do cuidado popular que realizam e que, a forma como pensam e percebem o mundo, são amparados pelas suas crenças e suas histórias de vida que acabam por delinear suas identidades. Percebeu-se que os acontecimentos marcados pela memória dessas avós contribuíram para o descrédito na qualidade da assistência dos serviços de saúde vinculados ao SUS no município em que residem e que, a lacuna existente entre o teoricamente preconizado (universalidade, integralidade e equidade da assistência) e a realidade dos serviços por elas acessados nessa rede, contribuiu para a busca de alternativas de tratamento oriundas do saber popular transmitido entre gerações e aceito de forma inquestionável. Suas lembranças rememoradas apontam para resultados satisfatórios apenas mediante o uso da medicina popular na prática de cuidado e autocuidado, ao tempo em que remete a percepção de um retrocesso nas ações de planejamento dos serviços de saúde do SUS que precisam ser ressignificadas para atender ao legitimado pela Constituição Federal Brasileira. Portanto, além de promover reflexões

acerca dos motivos que geram insatisfação das participantes com a assistência ofertada nos serviços de saúde do SUS, o estudo permite correlacionar história, memória e a importância desta na identificação da problemática em questão.

Agradecimentos

Agradecimentos à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) por fornecer bolsa de estudos e liberar a autora principal para cursar o doutorado, assim como às avós que participaram da pesquisa ao contribuir com os saberes rememorados e exteriorizados a partir de suas histórias de vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida ND (2013). A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. Disponível online em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt.
- Barreto MNSC *et al* (2015). Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco. Disponível online em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000200413&script=sci_arttext&tlng=pt
- Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2012). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível online em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
- Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003). Legislação do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil Disponível online em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2004). Humaniza SUS. Política nacional de humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível online em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Assessoria de Comunicação (2006). Entendendo o SUS. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível online em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2010). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível online em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa (2013). Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
- Cunha JT, Massi G, Guarinello AC, Pereira FM (2016). A percepção dos usuários de um centro de atendimento vinculado ao SUS: enfoque fonoaudiológico baseado na promoção da saúde. Disponível online em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000400417&lng=pt&tlng=pt
- Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ (2004). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3 ed. Artmed, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
- Furlan, CEFB (2011). Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes. Tese apresentada ao Programa de Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
- Halbwachs MA (2006). Memória coletiva. 2 ed. Centauro, São Paulo, Brasil
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2011). Sistema de Indicadores de Percepção Social. IPEA, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Disponível online em: <http://www.ipea.gov.br/portal>
- Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM (2011). Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. Disponível online em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4454/3377>
- Linhares, EF (2018). Tenho guardado os ‘imbigo’ de todos os meus netos: memória de avós no cuidado ao coto umbilical. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil
- Louvison MCP, Barros S (2009). Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Disponível online em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200003&lng=pt.
- Machado, C (Org.) (2018). Constituição Federal interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. 9 ed. Manole, Barueri, São Paulo, Brasil
- Meihy JCSB, Holanda F (2015). História Oral: como fazer, como pensar. 2 ed. Contexto, São Paulo, Brasil
- Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/143604/138269>
- Moimaz SAS, Marques JAM, Orlando GCAS, Zina LG, Saliba NA (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019
- Portelli A (1997). Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. Projeto História. Revista PUC-SP. São Paulo: Educ, 15:13-49
- Portelli A (2010). Ensaios de História Oral. Letra e Voz, São Paulo, Brasil
- Roncagli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a consequência do Sistema Único de Saúde. In: Pereira CA (Org) (2003). Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Artmed, São Paulo, Brasil, pp. 28-49.
