

SÉRGIO DA COSTA

**A ESPERA POR CIRURGIA NO SUS: ANÁLISE DA
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E GESTORES; REDES SOCIAIS
E PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2012

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

C837e
2012

Costa, Sérgio da, 1958-

A espera por cirurgia no SUS: análise da percepção de usuários e gestores; redes sociais e processo decisório familiar / Sérgio da Costa. – Viçosa, MG, 2012.
xvii, 107f. : il. ; 29cm.

Orientador: Maria das Dores Saraiva de Loreto.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.
Inclui bibliografia.

1. Política de saúde. 2. Cirurgia. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Saúde pública. I. Universidade Federal de Viçosa.
II. Título.


CDD 22. ed. 353.6

SÉRGIO DA COSTA

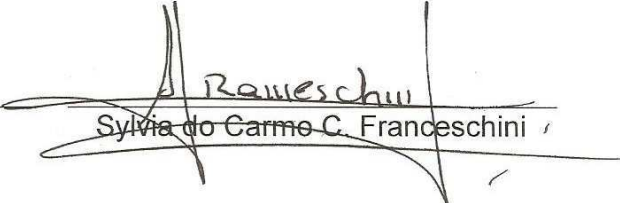
**A ESPERA POR CIRURGIA NO SUS: ANÁLISE DA
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E GESTORES; REDES SOCIAIS
E PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 29 de março de 2012.



Neuza Maria da Silva



Sílvia do Carmo C. Franceschini



Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

“As convicções são inimigas mais perigosas da verdade do que as mentiras”

Friedrich Nietzsche

À minha mãe, Diva, que mesmo em sua simplicidade e poucos estudos formais, sempre incentivou a busca pelo conhecimento; às minhas filhas, Aline e Alice, simplesmente por existirem e dar razão à minha vida; e à Marciana, que, mesmo convivendo com minhas ausências, me incentivou nessa empreitada.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Viçosa (UFV) e ao Departamento de Economia Doméstica, pela oportunidade de realização do curso.

À minha orientadora, professora Dorinha, por ter aceitado este encargo e acreditado que seria possível realizá-lo.

Ao professor, Rodrigo Batista, meu coorientador, que com sua serenidade soube aplacar minha ansiedade.

Aos professores do mestrado, especialmente à Neuza, Karla, Fatinha, Lurdinha, Fernanda Henrique Alcântara e Paulo Cecon, pelos ensinamentos e conselhos.

À professora Vivianne Delfino, que aceitou colaborar no debate das ideias, contribuindo para o enriquecimento do conteúdo.

Às minhas irmãs, Fátima e Ana Célia, pela fraternal convivência que sempre me proporcionaram.

Ao Dr. Carlos Júnior, provedor do Hospital São Sebastião, por permitir realizar este projeto, conciliando-o com meu trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, todos, pela convivência profícua e instigante que me proporcionaram ao longo do curso.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente a Patrícia, que supriram e contornaram minhas ausências.

Aos demais amigos que, de alguma forma, marcaram este período, relevando minhas ausências em nossas relações de amizade.

BIOGRAFIA

SÉRGIO DA COSTA, filho de Nelson da Costa e Diva da Costa, nasceu em 22 de outubro de 1958, na cidade do Rio de Janeiro, RJ.

Cursou o ensino fundamental na Escola Estadual “Maria Amélia”, em Rio Doce, MG; e o ensino médio no Colégio “Dom Helvécio”, em Ponte Nova, MG.

Em 1976, ingressou no curso de graduação em Administração, da Universidade Federal de Viçosa, em Viçosa, MG; e concluiu em 1980.

Em 2002, iniciou o curso de Especialista em Administração Hospitalar pela Faminas, em Muriaé, MG, concluindo-o em 2003.

Em março de 2010, foi admitido no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, em nível de mestrado, cuja dissertação foi defendida e aprovada em 29 de março de 2012.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE SIGLAS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
1. A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM.....	1
2. OBJETIVOS	4
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	6
3.1. Tipo de pesquisa	6
3.2. Local do estudo	7
3.3. População e espaço amostral	8
3.4. Instrumentos de coleta de dados	9
3.5. Variáveis e categorias de análise.....	10
3.6. Procedimentos de análise dos dados.....	12
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
ARTIGO 1	
FUNIONAMENTO DO SUS: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS E GESTORES	15
Resumo.....	15
1. Introdução	16
2. Marco teórico e conceitual.....	17
2.1. Os princípios fundamentais do SUS.....	17
2.2. Os gargalos do sistema.....	19
2.3. O financiamento do sistema	21
3. Procedimentos metodológicos	23
3.1. Tipo de pesquisa, população e amostra.....	23
3.2. Instrumentos de coleta de dados	24
3.3. Variáveis e categorias de análise.....	24
3.4. Procedimentos de análise dos dados.....	25

	Página
4. Resultados e discussão	25
4.1. Percepções dos parceiros sobre o funcionamento do SUS ...	25
4.2. Percepções das lideranças institucionais sobre o SUS.....	33
5. Conclusão	37
6. Referências bibliográficas	39

ARTIGO 2

A MORFOLOGIA DAS REDES SOCIAIS ATIVADAS EM SITUAÇÕES DE ESPERA PARA ATENDIMENTO DE SAÚDE	43
Resumo.....	43
1. Introdução	44
2. Marco teórico e conceitual.....	45
2.1. O conceito de redes sociais	45
2.2. Os laços e os “nós”	47
3. Procedimentos metodológicos	54
3.1. Tipo de pesquisa, população e amostra.....	54
3.2. Instrumentos de coleta de dados	54
3.3. Variáveis e categorias de análise.....	55
3.4. Procedimentos de análise dos dados.....	56
4. Resultados e discussão	56
4.1. O perfil dos pacientes e das famílias.....	56
4.2. A morfologia das redes.....	60
4.2.1. A forma, os “nós” e os laços.....	60
4.2.2. O conteúdo.....	63
4.2.3. As normas	66
5. Conclusão	68
6. Referências bibliográficas	69

ARTIGO 3

O PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR EM SITUAÇÕES DE AGRAVOS DE SAÚDE DE PACIENTES DO SUS	73
Resumo.....	73
1. Introdução	74
2. Marco teórico e conceitual.....	75

	Página
2.1. Decisões de consumo	78
3. Procedimentos metodológicos	86
3.1. Tipo de pesquisa, população e amostra.....	86
3.2. Instrumentos de coleta de dados	87
3.3. Variáveis e categorias de análise.....	87
3.4. Procedimentos de análise dos dados.....	89
4. Resultados e discussão	89
4.1. Análise do processo decisório.....	90
4.1.1. Primeira etapa: reconhecimento do problema.....	90
4.1.2. Segunda etapa: busca de informações	92
4.1.3. Terceira etapa: avaliação das alternativas	93
4.1.4. Quarta etapa: tomada de decisão	95
4.2. Papéis exercidos no processo decisório	97
4.2.1. Iniciador.....	97
4.2.2. Influenciador.....	98
4.2.3. Produtor de informação	99
4.2.4. Guarda	100
4.2.5. Tomador de decisão e comprador.....	101
5. Conclusão	101
6. Referências bibliográficas	102
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106

LISTA DE FIGURAS

	Página
ARTIGO 3	
1	Fatores que influenciam o comportamento do consumidor..... 81
2	Modelo de cinco etapas do processo decisório de consumo 83
3	Modelo de quatro etapas do processo decisório 88
4	Avaliação das alternativas pelos usuários do SUS, conforme o prazo de espera, Viçosa, MG, 2011 94
5	Alternativas para a realização da cirurgia de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011..... 96

LISTA DE QUADROS

	Página
ARTIGO 2	
1 Operacionalização do conceito de rede	55
2 Principais conteúdos que circularam nas redes ativadas por pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011	66

LISTA DE TABELAS

	Página
ARTIGO 1	
1 Agrupamento das cirurgias do SUS por tipo, Viçosa, MG, 2011	26
2 Tempo de espera pela cirurgia no SUS, Viçosa, MG, 2011	27
3 Principais alterações na rotina das famílias em situações de espera por cirurgia, Viçosa, MG, 2011	29
ARTIGO 2	
1 Grau de escolaridade dos pacientes em fila de espera no SUS, Viçosa, MG, 2011.....	57
2 Renda <i>per capita</i> mensal das famílias em fila de espera do SUS, Viçosa, MG, 2011.....	59
3 Tipificação dos arranjos familiares, segundo o IBGE e amostra pesquisada em Viçosa, MG, 2011.....	59
4 Caracterização e frequência dos “nós” das famílias em fila de espera do SUS, Viçosa, MG, 2011.....	61
5 Ativação das redes pelos usuários do SUS, de pessoas que trabalhavam na área da saúde, Viçosa, MG, 2011	62
6 Conteúdos das redes e seus laços ativados por pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011.....	64
7 Normas que regeram os conteúdos das ajudas recebidas pelos pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011.....	67
ARTIGO 3	
1 Diferença entre prazo real de espera e prazo aceitável pelas famílias de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011	95
2 Iniciadores do processo decisório de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011.....	98
3 Influenciadores na decisão final de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011.....	99
4 Produtores de informação de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011	100

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CISMIV	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EC-29	Emenda Constitucional nº 29
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

COSTA, Sérgio da, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2012. **A espera por cirurgia no SUS: análise da percepção de usuários e gestores; redes sociais e processo decisório familiar.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientador: Rodrigo Siqueira Batista.

As conhecidas dificuldades que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem para prestar assistência integral a todos os seus potenciais usuários provocam transtornos no cotidiano das famílias que dele necessitam. Diante disso, este trabalho objetivou analisar o processo decisório das famílias que tinham algum de seus membros em situação de espera por uma cirurgia pelo SUS, considerando a possibilidade de se buscar alternativas fora do sistema público de saúde. Especificamente, pretendeu-se examinar as percepções de usuários e gestores do SUS sobre o funcionamento do sistema, analisar as redes sociais ativadas pelos pacientes em espera pela cirurgia e identificar as etapas e os papéis exercidos ao longo do processo decisório familiar. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, em que foram entrevistados 45 pacientes que se encontravam na fila de espera, assim como seis lideranças institucionais ligadas à área de saúde do município de Viçosa, MG. Pacientes e lideranças demonstraram insatisfação em relação ao funcionamento do SUS, na medida em que este não conseguiu cumprir seus princípios fundamentais da integralidade e da universalidade, além do acesso não igualitário, principalmente em função da insuficiência de recursos aplicados em saúde pelos governos federal e estadual. O perfil dos usuários em fila de espera mostrou que, em sua maioria, era composto por mulheres, de baixo grau de escolaridade e de renda limitada, indicando estado de pobreza. As redes sociais ativadas por estes pacientes eram centradas nos familiares mais próximos, de onde vieram as principais ajudas, que eram de conteúdos expressivos, regidos por normas baseadas nas obrigações de ordem familiar. O processo decisório familiar foi mais influenciado pelos parentes, que exerceram a maioria dos papéis, predominando, entretanto, as opiniões e as decisões dos próprios pacientes. Concluiu-se que o SUS, quando não consegue prestar o atendimento

esperado pelos usuários, causa alterações nos cotidianos pessoais e familiares, criando um sentimento de impotência naqueles que dependem do sistema público de saúde.

ABSTRACT

COSTA, Sérgio da, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2012.
The wait for surgery in the SUS: analysis of the perception of users and managers, social networks and family decision-making process.
Adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-adviser: Rodrigo Siqueira Batista.

The well-known difficulties that the Unified Health System (SUS) has to provide comprehensive care to all its potential users cause inconvenience in daily life of families who need it. Thus, this study aimed to analyze the decision making process of the families who had some of its members in a situation of waiting for surgery through SUS, considering the possibility to look for alternatives outside the public health system. Specifically, we sought to examine the perceptions of users and managers of SUS on the functioning of the system, analyzing the social networks activated by patients waiting for surgery and identify the steps and roles of the family through the decision process. We performed a qualitative study that interviewed 45 patients who were on the waiting list, as well as six institutional leaders linked to the health of the municipality of Viçosa, MG. Patients and leadership demonstrated dissatisfaction with the functioning of the SUS, to the extent that it failed to meet its fundamental principles of comprehensiveness and universality, and access is not equal, mainly because of insufficient resources invested in health by the federal and state. The profile of users queued showed that mostly consisted of women, low literacy and limited income, indicating a state of poverty. Social networks activated by these patients were focused on close relatives, where they came from the main aids, which were expressive content, governed by rules based on the obligations of a family. The family decision-making process was more influenced by relatives who have had most of the roles, predominantly, however, the opinions and judgments of patients themselves. It was concluded that the SUS, when it can not provide the service expected by users, because changes in everyday personal and family, creating a feeling of powerlessness in those who depend on the public health system.

1. A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM

A saúde destaca-se, no âmbito das políticas públicas, como um dos temas mais discutidos, com intensos debates, principalmente, sobre o modelo de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Invariavelmente, as discussões são polarizadas por duas correntes de pensamento. Uma que defende o modelo de SUS universal e integral, como o sistema foi concebido originalmente, e, outra, que considera inviável esta proposta e sugere alterações. Os debates recaem em temas como o modelo de financiamento do sistema público de saúde, o nível de abrangência que o SUS deve ter e a capacidade do Estado de arcar com uma proposta universal e integral de atenção à saúde. Ambas as correntes de pensamento sobre o SUS concordam que o sistema não consegue atender às demandas da população. A divergência é quanto às medidas necessárias à correção dessa proposta.

Em meio a essas discussões estão os usuários do sistema público de saúde, que correspondem à maioria da população. Se considerarmos que, aproximadamente, 23,0% das pessoas têm plano de saúde privado (ANS, 2010), são 77,0% os que usam exclusivamente o SUS. E são estes, os usuários, que sentem os efeitos das deficiências do sistema. São pessoas que, ao recorrerem ao sistema de público de saúde, não conseguem ser atendidos da forma como esperam, seja pela demora no atendimento ou pela baixa qualidade dos serviços oferecidos.

Um dos gargalos do SUS são os procedimentos considerados eletivos, ou seja, aqueles em que o atendimento não precisa ser realizado imediatamente. Incluem-se neste rol as consultas com especialistas, exames de maior complexidade e as cirurgias não caracterizáveis como urgência (eletivas). Como, muitas vezes, estes procedimentos não estão disponíveis no tempo adequado, as pessoas que deles dependem são colocadas em “filas de espera”. Especificamente sobre as cirurgias eletivas, as filas de espera costumam ser longas e demoradas – o que ocorre também em diversos outros países – e tem sido campo de estudo de muitos pesquisadores como Miller (2004), Azambuja (2008) e Conill *et al.* (2011).

Esta demora causa transtornos a vida dos pacientes e de seus familiares, fato que não tem sido tão pesquisado e debatido quanto as propostas de modelo para o SUS. Os pacientes – e, por extensão, seus familiares – diante de uma situação de espera por uma cirurgia eletiva, ou seja, quando se encontram nas filas de espera, têm suas vidas seriamente afetadas, com alterações em seus cotidianos. Para fazer frente a essa situação especial as famílias empreendem diversas ações, que podem envolver, inclusive, outras pessoas fora do círculo familiar.

Neste contexto, as famílias têm que alterar suas rotinas diárias para conviver com esta espera. São diversas ações para, inicialmente, habilitar-se a entrar na fila de espera, como, realização de consultas e exames prévios, preparação de documentos, encaminhamento de papéis aos setores responsáveis pela marcação da cirurgia, dentre outras. Após entrar na fila, outros fatores surgem, como a ansiedade pela espera, as queixas apresentadas pelos pacientes que podem exigir cuidados especiais, as alterações nos papéis dos membros do grupo familiar para manter a regularidade de funcionamento do lar, dentre outros.

Entretanto, em função do tempo que permanecem na fila, as famílias poderão recorrer a outras pessoas, seja para tentar abreviar a espera ou para, pelo menos, minorar seus efeitos. Verifica-se, então, o envolvimento das redes sociais destas pessoas como um sistema de ajuda. Cada família possui suas redes sociais, com conformações diversas e por onde circulam inúmeros conteúdos (PORTUGAL, 2006).

Acrescente-se, ainda, que as famílias, durante o tempo de espera, buscarão alternativas para resolver o problema, o que as coloca em um contínuo processo decisório: permanecer na fila de espera do SUS ou recorrer ao sistema particular? Este processo é influenciado por pessoas e por situações específicas de cada família, como a condição financeira, a percepção sobre a urgência do caso do paciente, o tempo de espera na fila, o acesso a pessoas com alguma condição de ajudar, dentre outras.

Assim, para compreensão destes impactos, são três as esferas a serem pesquisadas conjuntamente: o Estado, com sua política de saúde; as redes sociais, como estrutura de apoio nas situações em que o Estado apresenta limitações e a família, como célula básica da estrutura social. Nesse sentido, o que se propõe neste trabalho é compreender a interação destas três esferas como propiciadoras do bem-estar das pessoas, principalmente daquelas mais carentes que necessitam das políticas de proteção social do Estado.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o processo decisório familiar em situações de agravo à saúde, diante das limitações do Sistema Único de Saúde, examinando as redes sociais ativadas nestes casos, os fatores intervenientes e os papéis exercidos pelas pessoas ao longo deste processo.

Na consecução deste objetivo, foram buscados outros mais específicos, a saber:

- examinar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, bem como as percepções das lideranças institucionais sobre seu funcionamento;

- examinar a percepção do usuário sobre o funcionamento do SUS, quando diante de uma situação concreta de agravo de saúde;

- identificar o perfil pessoal e familiar do indivíduo, usuário do SUS, em fila de espera por cirurgia;

- caracterizar a morfologia das redes sociais ativadas diante das situações de espera para o atendimento de saúde; e

- analisar as etapas e os papéis exercidos no processo decisório familiar dos usuários em fila de espera do SUS, em termos de suas fases e fatores intervenientes.

Para melhor compreensão do problema desta pesquisa e para facilitar a apresentação dos resultados, esta dissertação foi dividida em três artigos científicos, compreendidos em capítulos distintos. No primeiro capítulo foram analisados os princípios norteadores do SUS, sob a ótica de lideranças institucionais ligadas ao sistema público de saúde, assim como a percepção dos usuários sobre o funcionamento do sistema, quando estes se encontravam em situação de espera por uma cirurgia eletiva. O segundo capítulo buscou estabelecer o perfil dos usuários do SUS e caracterizar as redes sociais ativadas pelas famílias dos pacientes em espera por cirurgia. No terceiro capítulo foram analisadas as etapas do processo decisório das famílias que tinham algum de seus membros na fila de espera por uma cirurgia eletiva pelo SUS, buscando também identificar os fatores intervenientes e os diversos papéis exercidos ao longo processo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa envolveu duas etapas, uma de caráter descritivo e outra de natureza interpretativa. Na primeira, foram coletados, por meio de entrevistas, dados socioeconômicos dos sujeitos, que permitiram descrever suas especificidades, compará-los com outros sujeitos da pesquisa ou com outros universos de pessoas. May e Williams (2004) denominam estas como informações de classificação ou de identificação, onde são obtidos dados socioeconômicos.

A segunda etapa, de natureza qualitativa, foi do tipo interpretativa, conforme Esteban (2010), visando compreender e interpretar a realidade, os significados e as percepções. Neste módulo foram coletadas informações com base no relato das pessoas durante as entrevistas. May e Williams (2004) classificam estas perguntas como factuais, onde se aprofunda o questionamento com questões abertas e fechadas.

Embora Minayo (2010a, p. 14) afirme que “o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo”, reconhece também que qualquer recorte que seja feito será incapaz de conter a totalidade do espectro social, pois, o que se consegue é uma aproximação por meio da pesquisa das expressões humanas, representações sociais, símbolos, significados, crenças e valores. A mesma autora, entretanto, não nega a importância dos

instrumentos quantitativos, como adequados à descrição e à caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Assim, para a execução do estudo em questão, foram coletados e analisados dados quantitativos e qualitativos. Conforme destaca Esteban (2010), adota-se a estratégia de complementação, quando se utiliza os dois enfoques, cada um deles captando uma dimensão diferente da realidade. Esta complementaridade é recomendada por outros autores, como Minayo (2010a), que salienta a propriedade dos métodos quantitativos em apurar e constatar informações concretas; e a aplicabilidade dos métodos qualitativos na compreensão de fenômenos relacionados às ciências sociais, que muitas vezes não podem ser mensurados, mas somente percebidos.

A pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido previamente apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, MG, em 8 de julho de 2011.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Viçosa, MG, que, segundo o IBGE (2010), tinha uma população de 70.923 habitantes no ano 2010. A estrutura de saúde municipal contava com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 14 Unidades de Saúde da Família (USF), uma policlínica, um centro de saúde da mulher e da criança, uma unidade de atendimento especializado e um centro de atenção à saúde bucal (VIÇOSA, 2010). Em Viçosa também está localizado o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV), que possui diversos ambulatórios de consulta e exames para atendimento a pacientes de toda a microrregião. A cidade conta com dois hospitais filantrópicos que atendem em regime ambulatorial, de urgência e de internação. As informações sobre pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS foram obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, que mantém um cadastro com o nome e endereço destes pacientes.

3.3. População e espaço amostral

A população estudada compreendeu os pacientes em fila de espera para realização de cirurgia eletiva pelo SUS e seis lideranças institucionais ligadas ao setor de saúde do município de Viçosa. Segundo informações cadastrais da Secretaria Municipal de Saúde, no mês de julho de 2011, o número de pacientes em espera era de aproximadamente 200 pessoas.

Para o cálculo amostral foi utilizada fórmula proposta por Triola (1999), para determinação de tamanho de amostra para uma população finita, conforme a seguir:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N-1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

em que

n = número de indivíduos na amostra;

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, aqui estabelecido em 90%;

$\sigma^2 = p \cdot q$;

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria a ser estudada, aqui estabelecida em 0,4;

q (1-p) = proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria a ser estudada, aqui calculada em 0,6; e

E = margem de erro ou erro máximo de estimativa, aqui estabelecida em 0,1 (10%)

Assim, o tamanho da amostra de pacientes foi de:

$$n = \frac{200 \cdot 0,4 \cdot 0,6 \cdot (1,65)^2}{199 \cdot (0,1)^2 + 0,4 \cdot 0,6 \cdot (1,65)^2}$$

em que n = 49,43, ou seja, n = 50.

Em função da saturação da amostra foram entrevistados 45 pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva, moradores do município de Viçosa/MG, sendo 32 mulheres e 13 homens.

3.4. Instrumentos de coleta de dados

Na abordagem das principais correntes de pensamento sobre o SUS foi utilizada também uma pesquisa documental, que teve como categoria de análise os princípios norteadores das políticas do SUS, além de entrevista semiestruturada com seis lideranças institucionais, ligadas ao setor de saúde do município de Viçosa, a saber: representante da Superintendência Regional de Saúde, o Secretário Municipal de Saúde, um representante do Conselho Municipal de Saúde, um representante do Hospital São João Batista, um representante do Hospital São Sebastião e um representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV).

A identificação do perfil pessoal e familiar dos indivíduos pesquisados foi obtida por meio de entrevista semiestruturada, que também englobou pesquisa sobre a percepção do usuário acerca do funcionamento do SUS, a caracterização das redes sociais e a análise do processo decisório familiar.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. A opção pela entrevista como método de coleta de dados, é recomendada por Dessen *et al.* (2009), quando se pretende saber a opinião de indivíduos e captar as interações e relações existentes entre grupos de pessoas, principalmente em pesquisas sobre a família.

A entrevista foi realizada, preferencialmente, com o próprio paciente ou, em caso de sua impossibilidade, com algum membro de sua unidade familiar, caracterizada aqui como os que coabitavam o mesmo domicílio. A participação de outros membros do grupo familiar não foi descartada. Este tipo de instrumento combina perguntas abertas e fechadas, onde se pode obter dados primários – que poderiam até ser obtidos em outras fontes – e dados secundários, objetos principais das pesquisas qualitativas (MINAYO, 2010b). Marconi e Lakatos (2008) definem este tipo de instrumento como pesquisa focalizada, onde há um roteiro de tópicos relativos ao fenômeno pesquisado.

3.5. Variáveis e categorias de análise

As categorias de análise foram estabelecidas previamente, definidas por Campos (2004) como apriorísticas, que são amplas e permitem subdivisões.

Na análise das correntes de pensamento sobre o SUS, as categorias de análise foram centradas nos princípios e no cenário de funcionamento do sistema. O aprofundamento dessas categorias foi feito por meio de entrevistas com lideranças socioinstitucionais vinculadas às políticas de saúde. Nestas entrevistas, as lideranças foram instadas a discorrer sobre suas percepções acerca do Sistema Único de Saúde, principalmente, quanto aos princípios da integralidade e da universalidade; aos gargalos do sistema e ao modelo de financiamento da saúde.

Para análise da percepção do usuário sobre o funcionamento do SUS, os pacientes foram indagados sobre: 1) a situação de espera; 2) a opinião sobre o serviço público de saúde; 3) a percepção entre o discurso das autoridades e o que o sistema oferece; e 4) a maior queixa sobre o sistema.

Na identificação do perfil pessoal e familiar da pessoa em situação de agravo de saúde, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, renda, trabalho e condição de ocupação. Em função destes dados foram caracterizados os arranjos familiares, nível médio de escolaridade e renda *per capita* familiar.

Na caracterização da morfologia (nós e laços) das redes sociais, foram adotadas algumas das variáveis propostas por Portugal (2006), destacadas no Quadro 1, a seguir especificado.

Quanto ao processo decisório, este foi analisado com base no modelo proposto por Kotler e Keller (2006, p. 189), que enumeram quatro etapas, a seguir especificadas:

- sobre o reconhecimento do problema, pretendeu-se questionar aos entrevistados: o tipo de cirurgia, a percepção sobre gravidade da doença, período de tempo em que o paciente se encontrava na fila de espera, as alterações na rotina da família e do paciente durante a espera;

Quadro 1 – Operacionalização do conceito de rede

QUEM?	O QUÊ?	COMO?	QUANTO?
<i>A forma</i>	<i>O conteúdo</i>	<i>As normas</i>	<i>Valor</i>
Os nós		Reciprocidade	Quanto valem
Parentes	Doação	Obrigaçã	Monetário
Amigos	Empréstimo	Igualdade	Tempo
Vizinhos	Serviços de saúde	Autonomia	Custo oportunidade
Colegas	Bens		
Outros	Cuidados		
Os laços	Expressivo		
Parentesco ou não	Apoio emocional		
Fortes/fracos	Afeto		

Fonte: Portugal (2006).

- sobre a busca de informações, foram apurados dados do tipo: qual o tempo de espera informado pelo SUS, as opções de atendimento fora do sistema público de saúde e as redes sociais de apoio. Foram consideradas as seguintes fontes de busca de informações, propostas por Kotler e Keller (2006): pessoais, comerciais, públicas e experimentais;

- sobre a avaliação das alternativas, os pacientes foram questionados sobre: a percepção da família sobre o prazo de espera aceitável, quais pessoas participaram da discussão do problema e a intenção da família de aguardar o prazo previsto; e

- sobre a tomada de decisão, procurou-se questionar: a possibilidade de buscar atendimento fora do SUS, os motivos para permanecer aguardando a cirurgia pelo SUS, os responsáveis pelas decisões e as pessoas que influenciam as decisões.

Em todas as etapas do processo decisório procurou-se identificar os papéis assumidos pelo paciente e pelos membros da família. Estes papéis, relacionados à decisão de consumo no núcleo familiar, foram delimitados com base no modelo proposto por Levy e Lee (2004), que identificam: a) **Iniciador**: aquele que reconhece o problema ou a necessidade de um determinado item; b) **Influenciador**: aquele que oferece informações sobre um produto ou serviço, influenciando outros membros da família; c) **Produtor de informação**: aquele que faz as informações relacionadas a uma possível aquisição; d) **Guarda**: aquele que controla o fluxo de

informações dentro da família; e) **Tomador de decisão ou decisor**: aquele que possui a autoridade para decidir sobre a compra: o que comprar, como ou onde comprar; e f) **Comprador**: aquele que efetua fisicamente a compra.

3.6. Procedimentos de análise dos dados

Os procedimentos de análise dos dados foram efetuados de maneiras distintas em função das características das informações coletadas. Os dados socioeconômicos ou de classificação foram analisados utilizando-se a estatística descritiva. Assim, estes dados, que caracterizam os sujeitos da amostra, foram confrontados com os de outros estudos, possibilitando estabelecer relações de comparação. Para a tabulação e a análise destes dados foram realizadas análises tabulares, com a utilização do software Excel®.

Por outro lado, os dados obtidos na pesquisa qualitativa foram tratados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), que é interpretativa, para compreensão dos significados que os atores sociais exprimem em suas falas (SILVA *et al.*, 2005), sendo indicada, principalmente, em estudos sobre processos familiares (DESSEN *et al.*, 2009). O agrupamento das unidades foi feito por freqüenciamento levando em consideração a repetição dos conteúdos das falas e também sua relevância implícita, em que os conteúdos são destacados por sua riqueza e importância no estudo, conforme proposto por Campos (2004). Os dados foram tabulados, analisados e interpretados por meio do cruzamento de informações.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D425FEC170012657CFDC40CCD>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

AZAMBUJA, A. Z. *As perspectivas dos pais de crianças a espera de operações eletivas no Hospital Infantil Joana de Gusmão*. 2008. 44 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

BARDIN, I. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Setenta, 2009.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p.611-4, set./out. 2004.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, v.16, n. 6, p. 2783-2794. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

DESSEN, M. C.; SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Pesquisa em família: integrando métodos quantitativos e qualitativos. IN: WEBER, L. N. D.; DESSEN M. A. (Org). *Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados*. Curitiba, PR: Juruá, 2009. p. 17-28.

ESTEBAN, M. P. S. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. Porto Alegre, RS: AMGH, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=31>. Acesso em: 20 jan. 2012.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. *Administração de marketing*. 12 ed. São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall, 2006.

LEVY, D. S.; LEE, C. K. The influence of family members on housing purchase decisions. *Journal of Property Investment & Finance*, v. 22, n. 4, p. 320-338, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 7 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

MAY, T.; WILLIAMS, M. Surveys sociais: do desenho à análise. In: MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2004, p. 110-143.

MILLER, G. G. Waiting for an operation: parents' perspectives. *Canadian Journal of Surgery*, v. 47, n. 3, p. 179-181, 2004.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010a, p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010b, p. 61-77.

PORTUGAL, S. *Novas famílias, modos antigos: as redes sociais na produção de bem-estar*. 2006, 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais Agroindustriais*, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

TRIOLA, M. F. *Introdução à estatística*. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 1999.

VIÇOSA. Prefeitura Municipal de Viçosa. Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa. *Plano Municipal de Saúde de Viçosa*. Viçosa, MG, 2010. 112 p.

ARTIGO 1

FUNCIONAMENTO DO SUS: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS E GESTORES

Resumo: A partir de dois princípios fundamentais do SUS, a universalidade e a integralidade, buscou-se analisar as percepções de usuários e lideranças institucionais da área da saúde, sobre as correntes de pensamento e o funcionamento do sistema. Para tanto foi feito uso de pesquisa documental e entrevistas junto a 45 famílias de pacientes, que aguardavam pela realização de cirurgia eletiva pelo SUS, além de seis líderes institucionais ligados à saúde. Sobre o funcionamento do sistema, os resultados mostraram que o tempo médio de espera pela cirurgia foi de 17,5 meses, com desvio padrão de 18,1, sendo o tempo médio aceitável pelos pacientes de três meses. Considerando a situação de espera, 64,0% dos pacientes classificaram o SUS como ruim ou razoável. A maioria dos pacientes percebeu uma dissonância entre o discurso público sobre o SUS e os serviços efetivamente disponibilizados aos usuários, estando a principal queixa dos pacientes associada às filas de espera, consideradas demoradas. Quanto à percepção das lideranças sobre as correntes de pensamento sobre o SUS, destacou-se que: o sistema não consegue cumprir o princípio da universalidade e, principalmente, o da integralidade; o acesso ao sistema não é igualitário; deveriam ser criados fatores racionalizadores do uso do sistema para reduzir a demanda; o financiamento é insuficiente, principalmente da parte da União e dos estados; conceitualmente o SUS é um bom sistema, mas precisa de mais recursos, melhor gestão e melhor remuneração aos prestadores de serviços. Concluiu-se que, embora considerem o SUS como uma boa proposta no papel, na prática, os usuários classificam o sistema como incapaz de cumprir seus preceitos e que as lideranças, com discursos de caráter liberal, apontam para a necessidade de reformas que levem ao aumento e à melhoria na gestão dos recursos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; usuários e gestores; percepções.

1. Introdução

A saúde sempre esteve entre as maiores preocupações do povo brasileiro. Segundo pesquisa realizada pelo IBOPE, em 2010, com eleitores brasileiros, a maioria (45,0%) dos entrevistados apontou a saúde como sua maior preocupação (IBOPE, 2010). Este é, então, um tema presente no cotidiano dos brasileiros, principalmente aqueles que dependem do sistema público de saúde, uma vez que o SUS não consegue atender toda a demanda por seus serviços.

No Brasil, quando necessita de atenção à saúde, o cidadão tem três opções de acesso: a) particular, arcando com as despesas decorrentes do atendimento; b) plano ou seguro de saúde privado, pagando as contribuições previstas nos contratos; e c) Sistema Único de Saúde (SUS), que é financiado pelos tributos e contribuições arrecadados pelo governo, e pelo qual o cidadão não paga diretamente. Em março de 2010, 22,6% da população possuía plano de assistência médica privada (ANS, 2010). Com isso, se conclui que, potencialmente, quase 77,0% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS no atendimento a saúde, uma vez que os acessos a tratamentos particulares são pouco significativos. Este elevado número de usuários sobrecarrega o sistema público de saúde, fazendo com que apareçam gargalos que provocam deficiências no atendimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) opera em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária, ou atenção básica, refere-se às práticas de promoção e proteção à saúde, assim como a prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde, presentes em ações como campanhas de vacinação, Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde. São serviços que normalmente estão disponíveis em todos os municípios, portanto, mais próximos dos usuários. A atenção secundária engloba a assistência em especialidades básicas, em urgência e emergência e internações hospitalares de média complexidade. O nível de atenção terciário envolve os procedimentos de alta complexidade e que, normalmente, são realizados em unidades de referência macrorregional.

Um dos maiores problemas, principalmente nos níveis de atenção secundária e terciária, são as filas de espera, nas quais as pessoas têm que aguardar determinado tempo para terem os tratamentos que lhes foram prescritos. Isso se dá em virtude da incapacidade do sistema de atender a toda a demanda. Estas esperas são, em grande parte, por procedimentos chamados eletivos, ou seja, aqueles que, em princípio, não precisam de atendimento imediato. Aí se incluem os exames, principalmente aqueles de maior complexidade – nem sempre disponíveis na rede pública –, as consultas com médicos especialistas e, mais destacadamente, as cirurgias eletivas. Segundo Hurst e Siciliani (2003), *apud* Conill *et al.* (2011), os longos tempos de espera por procedimentos eletivos são um problema em praticamente metade dos países da OECD, da mesma forma como no Brasil (CONASS, 2003).

Não bastasse o problema em si, que é grave, o país convive com discussões travadas por correntes de pensamento que encaram as causas e as soluções destes gargalos de forma diversa. As propostas para a solução do problema – ou pelo menos para sua amenização – estão ancoradas, basicamente, em posições ideológicas. Neste trabalho pretende-se abordar as principais correntes de pensamento sobre o SUS, discutir seus princípios norteadores e seu cenário de funcionamento, vistos sob a percepção das lideranças institucionais do sistema e a dos usuários quando estão diante de uma situação concreta de utilização desse serviço.

Diversos estudos, como Miller (2004) e Azambuja (2008), apontam que aguardar a realização de uma cirurgia causa transtornos ao paciente e a sua família. Assim, pretendeu-se também examinar as percepções dos usuários do SUS sobre os impactos que o processo de espera pela cirurgia causam na rotina familiar e na do paciente.

2. Marco teórico e conceitual

2.1. Os princípios fundamentais do SUS

A proteção médico-hospitalar pública no Brasil teve início em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que

também era responsável pela política previdenciária. Portanto, somente os trabalhadores formais, que contribuíam para aquele instituto, é que tinham acesso ao sistema público de saúde. Os demais cidadãos ou eram atendidos como indigentes, pelas entidades filantrópicas, ou pagavam pelos atendimentos (MENICUCCI, 2003; JORGE *et al.*, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído a partir da década de 1970, originário do movimento denominado Reforma Sanitária, com o objetivo de transformar as condições de saúde e de atenção à saúde no Brasil (CEBES, 2005). Este modelo foi debatido entre os anos 1980 e 1990, prevalecendo uma opção clara pela garantia dos direitos de cidadania, criando-se um sistema de saúde universalizante, igualitarista e fundamentado no conceito de justiça social (VIANNA *et al.*, 2003).

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, o direito à saúde pública foi estendido a todos os cidadãos, independente de contribuição direta. O Art. 196 da Carta Magna é que foi o marco determinante da universalidade do SUS, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Esta universalização do direito à saúde foi regulamentada pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo artigo 7º contém seus princípios básicos (BRASIL, 1990).

A universalidade e a integralidade da assistência são os pilares e os desafios do SUS. Alguns autores também destacam o princípio da equidade, pontuando que a Lei nº 8.080/1990, reconhece formalmente este princípio, ao salientar as diversidades existentes entre camadas e grupos da população, admitindo, em função disso, a necessidade de se tratar os desiguais de forma desigual (SPINK, 2007). Vianna *et al.* (2003) reconhecem também que a limitação de recursos obriga o sistema a buscar formas mais equânimes de distribuí-los.

Nas discussões sobre as práticas e as alternativas para o SUS, destacam-se claramente duas correntes. A primeira, conhecida como Movimento da Reforma Sanitária, defende um redirecionamento do SUS aos princípios norteadores de sua criação. Esta corrente entende que os governantes adotam políticas neoliberais que colocam em risco os princípios do sistema. Trata-se de um movimento combativo e ativista e que se

concentra basicamente no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e que aqui denominaremos de reformistas. A outra corrente, mais difusa, reflete o pensamento, de cunho mais liberal, dos que consideram utópico o “tudo para todos”, alegando, principalmente, a limitação dos recursos financeiros. A estes chamaremos aqui de liberais.

Na consecução de seus objetivos, o SUS esbarra na dificuldade de atender efetivamente e em sua totalidade aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no crônico problema de seu financiamento.

2.2. Os gargalos do sistema

De um lado há uma parte da população que possui recursos financeiros para arcar com os gastos de saúde – seja por um plano privado ou pelo pagamento de um tratamento particular – e de outro lado a grande maioria que depende exclusivamente do SUS, mas que em muitas situações não terá o tratamento integral ou no prazo considerado adequado em sua percepção.

Sob a ótica do prazo para atendimento à demanda dos usuários, o sistema divide os procedimentos em dois grupos: a) de urgência/emergência – quando o atendimento deve ser praticamente imediato, sob pena de comprometer a eficácia do tratamento. Incluem-se neste grupo os acidentados com traumas graves, situações de risco de morte iminente, infartos, dentre outros; e b) eletivos – quando não há risco imediato ao paciente e o procedimento pode ser realizado posteriormente, sendo que este tempo de espera dependerá de cada caso. São considerados deste grupo os procedimentos do tipo consultas com especialistas, exames e principalmente as cirurgias eletivas, quando há a indicação da cirurgia, porém esta pode ser realizada em tempo futuro, dependendo de cada caso.

Entretanto, há consenso entre os próprios gestores de saúde pública que o SUS não tem conseguido realizar estes procedimentos eletivos nos prazos adequados, causando o aparecimento das filas de espera.

É na aplicabilidade do princípio da integralidade que se instalam as principais discordâncias entre os reformistas e os liberais. Os liberais

defendem a adoção de mecanismos que possam conter os gastos do sistema, sob a alegação de uma “explosão dos custos”, o que para Deppe (2005) não passa de um mito, criado com o fim de justificar medidas restritivas. Como o cerceamento ao princípio na universalidade contrapõe-se aos preceitos originais do SUS, é na integralidade que se buscam medidas restritivas. Na visão dos reformistas, muitas destas medidas vêm travestidas de instrumentos legais ou de ações de modernização gerencial (NORONHA; SOARES, 2001).

Uma destas medidas é o projeto de lei do Senado nº 219/2007, que pretende alterar a Lei 8080/1990. Em seu artigo 6º, o referido projeto propõe:

Art. 6º- A integralidade da assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, de que trata a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

I – oferta de procedimentos terapêuticos ambulatoriais e hospitalares constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional em serviço próprio, conveniado ou contratado (BRASIL, 2007).

Entre as justificativas contidas no encaminhamento deste projeto de lei constam ponderações, como: a) só se pode garantir acesso universal e igualitário se os recursos forem criteriosamente aplicados; b) os recursos não se multiplicam milagrosamente; e c) se grande parte dos recursos for gasto com poucas pessoas, uma parcela maior da população ficará desassistida. Nota-se que pelo texto do projeto a integralidade do atendimento deve subordinar-se “aos procedimentos [...] constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS”. Dessa forma, os procedimentos que não se enquadrarem nesta norma, não terão garantia de atendimento, caracterizando assim, um limitador.

Para os reformistas, trata-se de medida que visa limitar o acesso integral ao sistema e que está baseada na “falácia da explosão dos custos”, enquanto para os liberais é uma ação necessária ao ordenamento e à melhor compreensão do conceito de integralidade, além de adequar o sistema ao que ocorre no mercado, que apresenta demanda crescente. Na pesquisa realizada por Fortes (2009), com os bioeticistas, a maioria manifestou-se contrária ao princípio da integralidade, por considerar que sua aplicação é “difícil”, “impossível” ou “utópica”.

Contraopondo-se a estas ideias liberais, Deppe (2005), após pesquisas, sustenta que não existe sistema de saúde no mundo organizado exclusivamente com base em princípios mercadológicos e que isso se deve, entre outras, às seguintes peculiaridades: a) por ser a saúde um bem existencial; b) o indivíduo não pode renunciar à doença como faz com outros bens; c) a doença é inesperada; e d) o paciente fica vulnerável, dependente e muitas vezes acometido de medo e vergonha.

Outra medida restritiva discutida – e já aplicada em alguns países da Europa e da América Latina, desde as décadas de 1970 e 1980, respectivamente – é a adoção do copagamento, no qual os usuários arcam com parte dos custos dos serviços que utilizarem (VIANNA *et al.*, 1998). Este mecanismo, aliás, é utilizado pelos planos privados no intuito de reduzir a demanda pelo uso dos serviços, embora alguns autores discordem de sua eficácia. Esta também seria outra fonte de captação de recursos. Para os reformistas esta medida descaracterizaria o sistema, por macular o princípio pétreo da gratuidade do SUS.

2.3. O financiamento do sistema

O financiamento do Sistema Único de Saúde, apontado como insuficiente por todas as correntes de pensamento, e os investimentos necessários ao seu melhor funcionamento, são também assuntos muito debatidos e permeados de discordâncias. Polignano (2001) destaca que o Brasil nunca colocou a saúde em lugar central, tanto na busca de soluções para os grandes problemas, quanto na destinação de recursos. Na década de 1990, as propostas de reforma do Estado, visando à redução de seu tamanho, aliada à contenção de gastos públicos, afetaram o financiamento da saúde. Além disso, alguns autores apontam que o Estado, sob o manto da necessidade de uma “modernização gerencial”, tem desviado ou distorcido sua atuação ao transferir para o setor privado algumas de suas funções – entre elas a saúde – sob a alegação de que o aumento dos custos pode ser “controlado pelo mercado” (NORONHA; SOARES, 2001; MACHADO, 2006).

O orçamento da saúde pública no Brasil também sofre críticas. Os defensores de um orçamento mais significativo para a saúde relatam diversos artifícios utilizados para sua redução. Dentre eles, tem-se: a) contingenciamento de verbas estabelecido pela área econômica para obtenção de superávit primário; b) inserção, no orçamento da saúde, de despesas de outros programas governamentais; e c) Desvinculação das Receitas da União (DRU) permitindo ao governo federal retirar até 20% dos recursos da saúde (SANTOS, 2005).

Mas, um dos principais assuntos discutidos acerca do financiamento do sistema público de saúde no Brasil é a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), promulgada em 13 de dezembro de 2000, que visa “[...] assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2000). Em resumo, a referida emenda estabelece percentuais de comprometimento das receitas dos municípios, estados e do governo federal no financiamento da saúde pública. A regulamentação da emenda foi aprovada no Senado Federal em 7 de dezembro de 2011 e aguarda a sanção da Presidência da República. Entretanto, as alterações no texto original já provocam insatisfações.

Santos (2005) ressalta que proporcionalmente o país aplica pouco em saúde pública, apontando que Argentina, Uruguai, Costa Rica e Panamá gastam o dobro do Brasil e que o Canadá, países europeus, o Japão e a Austrália gastam dez vezes mais. O mesmo autor destaca ainda que, nestes países, 70% dos gastos totais com saúde são oriundos dos cofres públicos, enquanto, no Brasil, não chegam a 45%, indicando também que a participação do governo federal no financiamento do SUS reduziu, no período entre 1995 e 2005, enquanto os estados e municípios aumentaram suas parcelas de contribuição. Segundo Santos e Andrade (2009), o financiamento do SUS sofreu retrações desde a origem, com redução de 30% no orçamento da seguridade social. Destacam também que 50% dos recursos que financiam a saúde estão sob o controle da União, que deve distribuí-los aos demais entes da federação, sendo que os municípios são responsáveis por 60% dos serviços prestados. O ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, afirma que “quem está financiando a saúde no Brasil são as famílias, principalmente, e as empresas”, uma vez que o gasto público com

saúde no país é baixo, apenas 38% do total (TEMPORÃO, 2011). Weichert (2010) ressalta ainda que, além de receber verbas insuficientes, o SUS gasta mal.

3. Procedimentos metodológicos

3.1. Tipo de pesquisa, população e amostra

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo interpretativa, conforme Esteban (2010), e teve como objetivo compreender e interpretar a realidade, os significados e as percepções, com base no relato das pessoas, em resposta a questões abertas e fechadas, as quais May e Williams (2004) classificam como perguntas factuais, onde se aprofunda o questionamento. Foram entrevistados pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS e lideranças institucionais ligadas ao sistema público de saúde.

O estudo foi realizado no município de Viçosa, MG que, segundo o IBGE (2010), tinha uma população de 70.923 habitantes, no ano 2010. A estrutura de saúde municipal contava com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 14 Unidades de Saúde da Família (USF), uma policlínica, um centro de saúde da mulher e da criança, uma unidade de atendimento especializado e um centro de atenção à saúde bucal (VIÇOSA, 2010). Em Viçosa também está localizado o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV), que possui diversos ambulatórios de consulta e exames para atendimento a pacientes de toda a microrregião. A cidade conta com dois hospitais filantrópicos que atendem em regime ambulatorial, de urgência e de internação. As informações sobre pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS foram obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, que mantém um cadastro com o nome e o endereço destes pacientes.

Foram entrevistadas seis lideranças institucionais ligadas ao setor de saúde do município de Viçosa e 45 pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS, sendo 32 mulheres e 13 homens. As lideranças entrevistadas foram escolhidas por representarem as principais instâncias municipais e regionais da área de saúde, respondendo pelas seguintes entidades ou

órgãos: a Superintendência Regional de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, o Hospital São João Batista, o Hospital São Sebastião e o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMIV). A amostra de 45 pacientes foi retirada aleatoriamente da população de 200 usuários, que, em julho de 2011, se encontravam na fila de espera por cirurgia eletiva, exclusivamente moradores do Município de Viçosa, MG, segundo cadastro da Secretaria Municipal de Saúde.

3.2. Instrumentos de coleta de dados

Na abordagem das principais correntes de pensamento sobre o SUS foi utilizada também uma pesquisa documental sobre os princípios norteadores das políticas do SUS, além de entrevista semiestruturada com as seis lideranças institucionais ligadas ao setor de saúde do município de Viçosa. Já os pacientes em fila de espera foram entrevistados com base em roteiros semiestruturados. A opção pela entrevista como método de coleta de dados é recomendada por Dessen *et al.* (2009), quando se pretende saber a percepção de indivíduos e captar as interações e relações existentes entre grupos de pessoas, principalmente em pesquisas sobre a família.

A entrevista foi realizada com o próprio paciente e, em alguns casos, quando este apresentou dificuldade em responder alguma questão, foi auxiliado por outro membro de sua unidade familiar, caracterizada aqui como os que coabitavam o mesmo domicílio. A participação de outros membros do grupo familiar na entrevista não foi descartada.

3.3. Variáveis e categorias de análise

As categorias de análise foram estabelecidas previamente, definidas por Campos (2004) como *apriorísticas*, que são amplas e permitem subdivisões.

Na análise das correntes de pensamento sobre o SUS, as categorias analíticas foram centradas nos princípios e no cenário de funcionamento do sistema. O aprofundamento dessas categorias foi feito por meio de entrevistas com lideranças socioinstitucionais vinculadas às políticas de saúde.

Nestas entrevistas, as lideranças foram instadas a discorrer sobre suas percepções acerca do Sistema Único de Saúde, principalmente quanto aos princípios da integralidade e da universalidade; aos gargalos do sistema e ao modelo de financiamento da saúde.

Para análise da percepção do usuário sobre o funcionamento do SUS os pacientes foram indagados sobre: a situação da espera, visão sobre o serviço público de saúde, a percepção entre o discurso das autoridades e o que o sistema oferece e a maior queixa sobre o sistema.

3.4. Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram tratados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), que é interpretativa, para compreensão dos significados que os atores sociais exprimem em suas falas (SILVA et al., 2005), sendo indicada, principalmente, em estudos sobre processos familiares (DESSEN et al., 2009). O agrupamento das unidades de análise foi feito por *frequenciamento*, levando em consideração a repetição dos conteúdos das falas (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008), e também por sua *relevância implícita*, em que os conteúdos são destacados por sua riqueza ou relevância no estudo, conforme proposto por Campos (2004).

Os dados foram analisados e interpretados por meio de cruzamento de informações, utilizando-se o software Excel[®].

4. Resultados e discussão

4.1. Percepções dos pacientes sobre o funcionamento do SUS

Inicialmente, para análise do funcionamento do SUS, buscou-se discutir a respeito da situação de espera, caracterizando o paciente, tipos de cirurgia, tempo de espera e suas repercussões na rotina familiar.

A caracterização dos pacientes entrevistados mostrou que 91,0% não possuíam plano de saúde privado, ou seja, eram usuários exclusivos do sistema público de saúde. Dos quatro pacientes que tinham plano de saúde

privado, três relataram que não poderiam fazer a cirurgia pelo plano por este não oferecer cobertura para o procedimento. Esta situação indica que, de alguma forma, o SUS subsidia os planos de saúde, pois estes não cobrem todos os eventos de seus usuários, principalmente os de alto custo, conforme aponta Scheffer (2005).

As cirurgias prescritas aos pacientes foram agrupadas por especialidades médicas, constituindo quatro grupos: cirurgia geral (60,0%); ortopedia (27,0%); otorrinolaringologia (9,0%) e outras (4,0%), conforme mostra a Tabela 1. Por tipo de cirurgia as mais prevalentes foram: histerectomia (22,0%), cirurgia de joelho (13,0%) e colecistectomia (11,0%).

Tabela 1 – Agrupamento das cirurgias do SUS por tipo, Viçosa, MG, 2011

Grupo	Valores	
	Nº	%
Cirurgia Geral	27	60,0
Ortopedia	12	27,0
Otorrinolaringologia	4	9,0
Outras	2	4,0
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

O tempo médio de espera pela cirurgia era de 17,5 meses, com mediana de 9,0 e desvio-padrão de 18,1, com o mínimo de um e o máximo de 64 meses; sendo que 58,0% dos pacientes estavam na fila de espera há menos de um ano e 42,0% se encontravam a 12 meses ou mais na fila. Esta espera é muito superior à média espanhola, por exemplo, onde apenas 5,0% dos pacientes que aguardavam por cirurgia eletiva estavam há mais de seis meses na fila (CONILL *et al.*, 2011).

A aceitação do tempo de espera mostrou certa relação com o número de meses na fila. Dos pacientes com até 11 meses de espera, 38,0% classificaram o prazo como bom ou aceitável, enquanto dos pacientes que aguardavam há pelo menos 12 meses somente 10,0% classificaram o tempo de espera como bom ou aceitável. Foram frequentes as queixas dos pacientes em relação à desinformação sobre o prazo de sua cirurgia, principalmente por não haver uma previsão de tempo de espera. Segundo

os relatos, ao se cadastrar para fazer a cirurgia, o paciente não é informado sobre quanto tempo aguardará, nem sequer uma estimativa. Esta completa desinformação deixa as famílias em uma espera angustiante, chegando até a se esquecer da cirurgia. A Tabela 2 mostra os tempos de espera distribuídos em faixas.

Tabela 2 – Tempo de espera pela cirurgia no SUS, Viçosa, MG, 2011

<i>Tempo de espera (em meses)</i>	Valores	
	Nº	%
<i>De 1 a 3</i>	12	26,7
<i>De 4 a 6</i>	6	13,3
<i>De 7 a 11</i>	8	17,8
<i>Mais de 12</i>	19	42,2
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se que 40,0% dos pacientes informaram que tiveram que recorrer ao sistema particular para realizar consultas e exames relacionados à sua cirurgia. Esta foi a alternativa encontrada pelos pacientes para agilizar a entrada na fila de espera ou a própria cirurgia, uma vez que aguardar a realização de consultas e exames pelo SUS retardaria ainda mais o processo.

Questionados sobre qual seria o tempo de espera aceitável para o seu caso, os pacientes, em média, informaram que aceitariam um prazo de três meses. Em pesquisa realizada por Miller (2004), as famílias de pacientes pediátricos em fila de espera por cirurgia eletiva no Canadá também apontaram três meses como sendo o prazo máximo aceitável. Já Azambuja (2008), em pesquisa semelhante a de Miller, com pacientes pediátricos de Santa Catarina, apurou um tempo máximo de seis meses de aceitação da espera.

Quanto à gravidade do caso percebida pela família, pouco mais da metade (51,0%), considerou a situação do paciente como sendo de alta gravidade ou gravíssimo e o restante (49,0%) classificou o caso entre pouca e média gravidade. Ressalta-se que os dados apurados não permitiram concluir que a aceitação do tempo de espera estaria relacionada à

percepção da família sobre a gravidade do caso, conforme verificado por Miller (2004). Os pacientes que classificaram o tempo de espera como ruim ou péssimo estavam distribuídos de forma quase equitativa entre os que consideraram o caso como de pouca ou média gravidade (73,0%) e os que consideraram a situação como de alta gravidade ou gravíssima (72,0%).

A rotina familiar foi alterada em 62,0% dos casos em virtude da situação do paciente. Foram apontados 46 tipos de alterações na rotina das famílias, sendo que, na maioria dos casos, foi citada mais de uma alteração. Metade das famílias que tiveram suas rotinas alteradas apontaram que o paciente, em virtude da doença, deixou de realizar seus afazeres domésticos, que eram parte de sua “obrigação” na rotina familiar. Ressalta-se que, em sua grande maioria, estas situações foram verificadas nos casos em que o paciente era do sexo feminino, o que demonstrou, na amostra pesquisada, caber à mulher a obrigação pelos afazeres domésticos. Assim, uma situação de doença da mulher afetava substancialmente a rotina familiar. Para suprir esta deficiência, os membros da família foram obrigados a alterar seus papéis na rotina da casa cabendo, principalmente ao cônjuge e aos filhos, realizar estas tarefas. A necessidade de prestar cuidados especiais aos pacientes (alimentação diferenciada, acompanhamento das medicações, auxílio na higiene pessoal, dentre outros) foi verificada em 32,0% das famílias que tiveram suas rotinas alteradas. Outras alterações na rotina da família também foram apontadas, a saber: a) preocupação dos membros da família (21,0%); b) redução da renda familiar por ter que deixar de trabalhar para cuidar do paciente (21,0%); e c) conflitos constantes na família em virtude da situação de espera (18,0%). A Tabela 3 mostra as principais alterações da rotina familiar apontadas pelos entrevistados.

Indagada sobre as alterações na rotina da família uma paciente respondeu:

“[...] ah, mudou porque eu parei de trabalhar, né? Eu ajudava meu marido e todo mundo fica preocupado, ele fica preocupado comigo [...]” (paciente 15, histerectomia, 7 meses na fila de espera)

A fala da paciente revela a principal alteração na rotina familiar, que foi a redução da capacidade de trabalho, inclusive dos que tinham algum emprego, além do aumento da preocupação da família.

Tabela 3 – Principais alterações na rotina das famílias em situações de espera por cirurgia, Viçosa, MG, 2011

Alterações relatadas	Valores	
	Nº	%
Paciente deixou de realizar afazeres domésticos	14	50,0
Paciente necessitando de cuidados especiais	9	32,0
Preocupação na família	6	21,0
Redução da renda familiar	6	21,0
Conflitos na família	5	18,0

Fonte: dados da pesquisa.

Dos 45 pacientes entrevistados apenas um não relatou mudanças em sua rotina, sendo que a maioria citou mais de um tipo de alteração. A principal consequência apontada foi em relação ao trabalho, onde 68,0% dos pacientes foram obrigados a deixar de trabalhar ou, no mínimo, apresentaram dificuldade em realizar suas atividades laborais com normalidade, sendo que em alguns casos isso levou à demissão. Os incômodos físicos decorrentes do quadro do paciente também foram apontados com muita frequência, sendo que 66,0% dos pacientes apresentaram algum incômodo físico, principalmente dor e sangramento. A vida social destes pacientes também foi muito afetada pela situação de espera ou pelos sintomas decorrentes da doença, uma vez que 41,0% relataram que restringiram seus contatos fora do ambiente domiciliar por algum incômodo físico ou mesmo por vergonha ou desânimo. Uma paciente que aguardava por uma cirurgia de histerectomia há dois meses relatou as alterações em sua rotina:

“Mudou muito. Tem dificuldade para trabalhar por causa da barriga, tá imensa. Sinto muitas dores na perna, mesmo para calçar um calçado [...] minhas roupa não serve, eu sinto vergonha [...]”
(paciente 8)

A reação dos pacientes em relação ao tempo de espera pela cirurgia apontou que 73,0% demonstraram algum sentimento negativo ou de desaprovação. Nestes casos, foram citadas reações, como: insatisfação, revolta, incômodo, sofrimento e ansiedade, dentre outras. Por outro lado, 20,0% dos pacientes relataram aceitação ou conformismo em relação ao tempo de espera, enquanto 7,0% demonstraram certa apatia em relação ao

prazo, relatando que se esqueceram ou mesmo que desistiram da cirurgia. As situações de desaprovação podem ser verificadas em relatos como o da paciente que aguardava há 60 meses pela realização de uma cirurgia de redução de mama:

“[...] Ah, ficava nervosa, com raiva, sabe? Tinha hora que até falava uns palavrão. E aí, ah, que eu vou morrer com esses peito [...]” (paciente 17)

Ou do paciente que estava a 30 meses aguardando por uma cirurgia de hérnia de disco:

“A gente fica fazendo a pergunta pra gente mesmo: até quando? Porque é o seguinte: precisa mesmo dessa lista de espera? Ou eles não tão atendendo ninguém. Porque Viçosa tá ruim, né? Viçosa tá terrível na parte da saúde. [...] Né só Viçosa não, fora daqui também tá, né? [...]” (paciente 32)

Outra questão discutida diz respeito à visão geral sobre o SUS, sendo que 56,0% dos pacientes consideraram o sistema público de saúde como bom ou ótimo, enquanto 44,0% classificaram como ruim ou razoável. Verifica-se certa prevalência das opiniões favoráveis ao SUS em seu aspecto geral, cabendo ressaltar que a classificação mais citada foi “bom”, em 38,0% dos casos.

Entretanto, quando questionados a respeito do SUS, especificamente quanto ao seu caso, de espera por uma cirurgia, o sistema público não obteve boa avaliação, uma vez que 64,0% classificaram o SUS como ruim ou razoável, enquanto 36,0% consideraram como bom ou ótimo. Cabe ressaltar que a classificação prevalente foi de “ruim”, com 38,0% dos casos. Este resultado é compatível com os da pesquisa nacional realizada pela CNI-IBOPE, em setembro/2011, na qual 61,0% das pessoas ouvidas classificaram o SUS como ruim ou péssimo (CNI, 2012). A opinião sobre o SUS, considerando somente o caso específico do paciente, parece ser influenciada pelo tempo de espera pela cirurgia. Entre os pacientes que classificaram o SUS como ruim ou razoável o tempo de espera médio era de 22,5 meses, enquanto nos que classificaram o SUS como bom ou ótimo o tempo médio de espera era de 8,3 meses.

No que concerne à relação entre o discurso sobre o SUS e sua prática, os pacientes foram instados a responder se percebiam alguma diferença entre os anúncios sobre os serviços oferecidos pelo SUS, contidos em declarações de autoridades ou na publicidade estatal – nas três esferas de governo – e os serviços que eram efetivamente disponibilizados aos usuários. Neste quesito, 76,0% responderam que percebiam diferença entre o discurso das autoridades e os serviços efetivamente prestados aos usuários. Questionados a esse respeito, 50,0% dos pacientes apontaram que percebiam que nem tudo que era divulgado era cumprido, com relatos do tipo: “as autoridades falam uma coisa e fazem outra”; “nem metade do que é falado é cumprido”; “promete que não vai ter fila e tem”. Os dados apurados sugerem a necessidade de adequação do discurso governamental, principalmente esclarecendo os critérios para utilização dos serviços e demais limitadores, para que os usuários saibam o que vão encontrar quando forem buscar por este serviço. Neste quesito, os discursos dos pacientes foram mais enfáticos, demonstrando grande insatisfação, como foi o caso do paciente que relatou:

“Isso eu tô com 53 anos, toda vida foi isso que tá aí. É só entrar num ouvido e sair no outro. É, principalmente em época da política. Todos políticos são igual, muda só o nome deles [...]. Totalmente ao contrário. Eles fala no atendimento, fala no remédio, fala na atenção da pessoa, fala que não pode ficar mais que meia hora numa fila de espera, fica o dia inteiro, quando é atendido.[...] Quer dizer é SUS, que se tiver dinheiro não morre assim [...].”(paciente 32, hérnia de disco, 30 meses na fila de espera)

O relato desse paciente demonstra a descrença em relação ao discurso sobre o SUS, deixando transparecer a falta de confiança nos políticos e no próprio sistema.

Quanto à principal queixa que os pacientes tinham do SUS, isto é, o maior problema do sistema, alguns deles apresentaram mais de uma resposta. A principal queixa relatada foi em relação às filas de espera, consideradas muito demoradas por 58,0% dos pacientes. Outras queixas foram apontadas, com destaque para: falta de médicos (11,0%) e necessidade de marcação de datas para consultas de madrugada (11,0%). A pesquisa CNI-IBOPE também apurou que a principal queixa dos usuários

do SUS, em 55,0% dos casos, foi quanto à demora no atendimento (CNI, 2012). Os longos tempos nas filas de espera também foram apontados como a maior causa de insatisfação de pacientes em pesquisa realizada pelo CONASS (2003). Da mesma forma, pesquisa realizada por Portugal (2006) apontou a demora no atendimento como uma das maiores insatisfações em relação ao serviço público de saúde em Portugal. Muitos relatos indicaram também o que Portugal (2006) chamou de “naturalização” do conceito de que os serviços públicos, por serem gratuitos, são de qualidade ruim ou que são demorados. Se não pagam, os usuários formam a ideia de que não podem cobrar. A referida autora ressaltou, ainda, que as pessoas criam representações em relação ao direito à cidadania, como se os atendimentos recebidos fossem favores, por não haver ali uma troca mercantil, embora a gratuidade do serviço oferecido seja decorrente da aplicação dos recursos arrecadados em impostos pelo governo. Nesse quesito também apareceram na presente pesquisa muitas demonstrações de insatisfação com o SUS, com discursos enfáticos, como os apresentados a seguir:

*“No SUS você caminha, caminha e não chega a lugar nenhum”
(paciente 26, joelho, 28 meses na fila de espera)*

“A maior queixa, vergonha, vergonha desse povo. Até eu mesmo tem vergonha de ir lá. Inclusive, para mandar fazer as coisa, para resolver eu mando resolver, eu não gosto de ir não. [...] É colocar pessoas não qualificada para trabalhar lá dentro [...]” (paciente 30, joelho, 36 meses na fila de espera)

“O SUS, se você precisa de um remédio, se você precisar de um remédio do SUS indo lá, cê só consegue dipirona. Cê compra ele por R\$ 2,00 aqui na... Em momento algum eu culpo o funcionário, porque funcionário ele recebe ordem, né? Ele faz o que tá no alcance dele, num concorda comigo? [...] Se depender do SUS, morre. De verdade.” (paciente 41, colecistectomia, 10 meses na fila de espera)

As falas desses pacientes mostram que eles têm um conceito depreciativo sobre o SUS, deixando transparecer certa resignação, ou seja, os usuários não esperam muito do sistema quando recorrem a ele, situação compatível com o que foi apontado por Portugal (2006).

4.2. Percepções das lideranças institucionais sobre o SUS

As lideranças institucionais entrevistadas foram unânimes em concluir que o SUS não consegue cumprir na totalidade os princípios da universalidade e da integralidade. Os principais motivos alegados foram: que “a demanda é muito grande” (50,0%) e que “o conceito do SUS é muito amplo” (33,3%), ou seja, sua abrangência está acima de sua capacidade de atendimento. Também houve consenso entre as lideranças de que a universalidade era mais praticada que a integralidade, o que é compatível com as afirmações de Carvalho (2006) e Mattos (2004). Embora destacando a magnitude do SUS, as falas das lideranças ressaltam a incapacidade do sistema em cumprir seus princípios:

“[...] Embora ele seja o maior sistema de saúde do mundo, eu acho que não cumpre totalmente não [...] então, se a prerrogativa é a universalidade e a integralidade, tinha que ter todos os procedimentos a gente cobrir, e não é o caso.” (Liderança 1)

“[...] A universalidade ele [o SUS] pensa que faz, na verdade ele pensa, né, mas não faz porque tanto é que tem essa complementaridade do plano de saúde [...]” (Liderança 2)

Os líderes também entenderam que, embora o princípio da universalidade seja cumprido quase que integralmente, o acesso ao sistema não é igual para todos os usuários. Assim, cerca de 67,0% dos entrevistados reconheceram que influências pessoais e políticas são exercidas quando da busca pelo atendimento, privilegiando uns em detrimento de outros. Este fator também foi apontado entre os pacientes em fila de espera. Este privilégio se concretiza mais na agilização do atendimento, ou seja, quem tem contatos privilegiados dentro do sistema consegue atendimento mais rápido, fato verificado também por Portugal (2006) em sua pesquisa sobre o atendimento de saúde no país lusitano. Também foi apontado que as pessoas mais esclarecidas, cientes de seus direitos como cidadãos, tendem a obter atendimento mais ágil e que pessoas humildes tendem a ser prejudicadas, conforme o relato a seguir em resposta à pergunta se o acesso ao sistema é igual para todos:

“Não, tem não, nem todos. Oh, primeiro é igual eu já disse, primeiro é difícil por causa da grande demanda. Segundo, quando chega lá, dependendo, eu acho que muitas vezes também é questão do atendimento. Eu acho que tem que capacitar as pessoas que estão ali para atender. Porque, se chega lá um simplisinho, fica lá, humildizinho lá, muitas vezes ele fica ali a manhã inteira e ele não é atendido [...] Então, eu acho que o atendimento não é o mesmo para as pessoas [...]” (Liderança 3)

Outro fator, relatado por 33,0% dos líderes, foi a condição financeira. Uma das lideranças afirmou que quem tinha mais recursos financeiros recebia atendimento ágil, principalmente quando pagava pelas primeiras consultas médicas com especialistas, uma vez que a fila de espera do SUS para estes procedimentos era demorada.

Todos os entrevistados se posicionaram, em tese, favoravelmente aos princípios do SUS, ainda que alguns salientassem ser este apenas um “modelo ideal”, mas impraticável “na realidade atual do país”. Embora favoráveis à universalidade do SUS, todas as lideranças defenderam que quem tem maior renda deveria contribuir com o sistema público de saúde. Assim, os mais ricos teriam direito ao SUS, mas deveriam pagar algum valor pela utilização dos serviços. O principal objetivo seria aumentar a arrecadação e, com isso, melhorar o atendimento a todos. Dois dos entrevistados ponderaram, entretanto, que os mais ricos já pagam mais impostos e que, no Brasil, a carga tributária já é alta.

As lideranças tinham ciência da existência das filas de espera, principalmente na realização de cirurgias eletivas. Entretanto, não houve consenso quanto à razoabilidade dos tempos de espera, pois, 67,0% entenderam que os prazos dessas filas são razoáveis, ou seja, compatíveis com a demanda, enquanto 33,0% consideraram que estes prazos têm sido muito longos. Houve consenso entre os entrevistados de que as filas de espera causam transtornos aos usuários, tendo sido citados como os mais comuns: a ansiedade, a insegurança e a instabilidade familiar. Também foi relatado o atrito entre os usuários e os atendentes do SUS em decorrência da longa espera.

Mais de 80,0% dos líderes se posicionaram favoráveis à existência dos planos privados de saúde, por considerá-los como inevitáveis. Somente um dos respondentes se posicionou contrário aos planos privados.

As lideranças, por unanimidade, defenderam a implantação de fatores limitadores de acesso para conter a demanda e para fazer face à insuficiência de recursos financeiros do sistema público de saúde, se posicionando, portanto, neste quesito, favoravelmente à corrente liberal. Um dos líderes propôs que estes fatores fossem denominados de racionalizadores e não de limitadores.

Uma alternativa proposta por todos os entrevistados foi a implantação da coparticipação, ou seja, os usuários deveriam contribuir com parte dos custos dos procedimentos realizados. O modelo sugerido pela maioria foi o da coparticipação simbólica, onde os usuários contribuiriam com um valor irrisório em cada utilização dos serviços, tendo como objetivo principal a redução da demanda. Os entrevistados entenderam que o estabelecimento de um valor para os procedimentos inibiria o uso exagerado e, muitas vezes, desnecessário, do sistema público de saúde. Alguns salientaram também que esta contribuição simbólica levaria os usuários a valorizarem mais o serviço e até a se sentirem mais valorizados, utilizando a lógica de que “quem paga, valoriza”. Esta proposta pode ser considerada também como uma naturalização das lideranças institucionais, assim como ocorrido com os usuários, de que pelo fato de ser gratuito o SUS não é utilizado e valorizado adequadamente, conforme ressaltado também por Portugal (2006).

Outro fator restritivo proposto por mais de 80,0% dos entrevistados, com o intuito de regular a demanda, foi a adoção de protocolos, que estabeleceriam os fluxos de atendimento e as formas de tratamento indicadas a cada situação, principalmente sob o ponto de vista médico. Com isso, seriam evitados gastos com tratamentos desnecessários ou inadequados.

No que diz respeito ao financiamento do SUS, todas as lideranças apontaram que no modelo atual os municípios eram os mais sacrificados, pois arcam com a maior parte dos gastos e eram mais cobrados pela população. Foi apontado que alguns municípios chegavam a aplicar 24,0% do orçamento em saúde. A maioria das lideranças salientou a necessidade de melhorar a gestão dos recursos, ressaltando, principalmente, a pouca fiscalização exercida sobre a aplicação dessas verbas. Nenhum dos entrevistados se mostrou favorável à criação de novo imposto ou contribuição para financiar a saúde, entendendo que a tributação no país já

é elevada. Entretanto, todos se mostraram favoráveis à aprovação da regulamentação da EC-29, nos moldes como foi proposta inicialmente, sendo apontada como uma boa alternativa para a melhoria do financiamento do sistema, embora para eles não seja a solução do problema. As principais vantagens ressaltadas foram a definição do que deve ser considerado gasto com saúde e o estabelecimento das aplicações orçamentárias mínimas nas três esferas de governo. As citações preponderantes das lideranças sobre o financiamento do SUS coadunam com as opiniões de Polignano (2001) – o qual destaca que o país nunca colocou a saúde em lugar central no que se refere à destinação de recursos – e de Santos (2005), que ressalta a baixa aplicação proporcional de recursos governamentais na saúde em comparação com outros países.

Todos os entrevistados apontaram para a necessidade do governo federal, principalmente, aplicar mais recursos na saúde. Esta necessidade de aporte de mais recursos públicos no financiamento da saúde parece encontrar respaldo na pesquisa realizada pelo IBGE, relativamente à produção, consumo e comércio de bens e serviços de saúde, no período entre 2007 e 2009. A referida pesquisa apurou que, embora os gastos da administração pública com saúde tenham aumentado sua participação no PIB de 3,5% para 3,8% no período, as famílias responderam por 56,3% dos gastos totais com saúde (IBGE, 2012), o que permite concluir que a saúde no Brasil está sendo financiada, em sua maior parte, pelos recursos privados (TEMPORÃO, 2011).

Os líderes institucionais concordaram que a população percebe claramente a diferença entre o discurso governamental sobre o SUS e a utilização prática pelos usuários quando necessitam do serviço. Segundo estas lideranças, o usuário, quando vai utilizar os serviços do SUS, nem sempre encontra o que espera ou o que foi divulgado pela “mídia governamental”, considerada por alguns desses líderes como “eleitoreira”.

A maioria dos líderes institucionais, 67,0%, classificou o SUS entre bom e ótimo e 33,0% conceituaram o sistema como razoável. Foram apontados como os maiores problemas do SUS: o financiamento (50,0%), a má gestão dos recursos (33,0%) e a baixa remuneração dos profissionais e prestadores de serviços (17,0%). Prevaleceu, entretanto, o entendimento de

que conceitualmente o sistema é muito bom, mas que não consegue sair totalmente do papel em virtude da grande demanda, considerada como infinita. Os relatos a seguir demonstram algumas opiniões sobre o SUS:

“A proposta é essa, mas ainda nossa rede não tá preparada, né? Nós não temos ainda articulados para poder dar conta disso tudo” (liderança 1)

“Eu acho que não tem condição de manter este pensamento da constituição de 88 [...] não vai existir recurso capaz de prover tudo [...]” (liderança 2)

“[O SUS] Ser para todos ainda consegue ser, mas dar tudo é que é difícil” (liderança 3)

“[...] O SUS universal e integral para o Brasil é utópico [...]” (liderança 4)

“O gasto em saúde no Brasil é incompatível com um sistema público universal.” (liderança 6)

As falas das lideranças 1, 2, 3 e 4 indicam que os líderes consideram muito difícil o SUS conseguir cumprir seus princípios, em virtude da magnitude de seus propósitos, enquanto a liderança 6 aponta a incompatibilidade entre o gasto com saúde e uma proposta de atendimento universal.

5. Conclusão

No que se refere às percepções dos usuários sobre o SUS pode-se concluir que a espera pela realização da cirurgia trouxe transtornos aos pacientes e suas famílias, tendo em vista os sintomas decorrentes das doenças, principalmente dor e sangramento, além da precariedade laboral. A situação de dissonância entre o tempo real aguardado na fila de espera e o prazo considerado aceitável pelas famílias tem provocado insatisfação naquelas que tiveram suas rotinas alteradas, diante da situação de espera, levando alguns de seus membros, inclusive, a deixar o trabalho. O fato do SUS não conseguir, pelo menos, estimar o tempo de espera pela cirurgia tem gerado incertezas e insatisfação nos pacientes. Uma alternativa a isso seria, por exemplo, que os setores responsáveis pela fila de espera mantivessem contatos periódicos com os pacientes cadastrados, dando-lhes alguma satisfação sobre o andamento de seu caso. Este simples contato

reduziria a angústia e a até a insatisfação, pois foram frequentes as queixas sobre a completa desinformação acerca do andamento do processo.

Os pacientes, de forma geral, classificaram o SUS como um bom sistema de saúde, considerando a amplitude dos serviços que ele oferece; porém, quando levaram em consideração seus casos específicos de espera pela cirurgia, os pacientes classificaram o SUS como ruim, influenciados pela demora da fila de espera, que foi apontada como a maior desvantagem do sistema. A maioria dos pacientes percebeu incongruências entre os discursos e a publicidade governamentais sobre o SUS – em termos da apresentação dos serviços oferecidos aos cidadãos – e as ações efetivamente disponibilizadas aos usuários, quando estes precisam recorrer ao sistema. Ou seja, há uma dissonância entre as expectativas criadas e a realidade vivenciada pelos usuários, indicando a necessidade de se ajustar o discurso à prática, esclarecendo a população sobre direitos, deveres e limitações do SUS. Se, de um lado, os princípios fundamentais, notadamente a universalidade e a integralidade, garantem, em tese, um atendimento integral a todos – o que tranquiliza o usuário – de outro lado, a incapacidade do sistema de proporcionar a efetividade destes princípios causa indignação e revolta nas famílias, que se deparam com filas de espera demoradas e falta de médicos, tendo que recorrer, muitas vezes, ao sistema particular para agilizar o processo.

As lideranças institucionais também classificaram o SUS como conceitualmente bom, mas apontaram falhas no sistema e se enquadraram nos moldes dos discursos liberais. Entenderam os líderes que o SUS não consegue cumprir plenamente seus princípios norteadores, notadamente a universalidade e a integralidade, e que o acesso ao sistema não é igualitário, reconhecendo que usuários com contatos privilegiados dentro do sistema, com melhores condições financeiras e influências pessoais, são privilegiados em detrimento de outros, fato também apontado pelas famílias dos pacientes.

As lideranças institucionais foram favoráveis à existência dos planos de saúde privados, entendendo que sem eles a situação seria pior, mas também defenderam a adoção de fatores racionalizadores, principalmente os protocolos de acesso, as listas de procedimentos a serem cobertos,

previamente divulgadas à população, e a coparticipação nos custos, em que os usuários deveriam pagar pelo uso dos serviços – ainda que fosse somente uma contribuição simbólica –, entendendo que assim haveria a redução do uso excessivo e desnecessário do sistema e uma maior valorização por estes serviços, ao serem pagos.

Sobre o modelo de financiamento do SUS reconhece-se a insuficiência de recursos, sendo os municípios os mais sacrificados comparativamente à União e aos Estados, que deveriam aportar mais recursos à saúde, embora não deva ser criado novo imposto ou contribuição para financiamento do sistema. A liderança institucional possui uma expectativa positiva quanto à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, embora considere que o cerne do problema está na insuficiência de recursos aplicados em saúde, com transferência de gastos para as famílias.

Outro aspecto conclusivo diz respeito à defasagem entre o discurso governamental, quando aborda o SUS, e sua prática. A mídia governamental assume um caráter eleitoreiro, escamoteando a verdade e transmitindo à população a falsa impressão de que o sistema proporciona o “tudo para todos”. O sistema enfrenta diversos problemas, como o baixo financiamento, a má gestão dos recursos e a baixa remuneração dos profissionais e prestadores de serviços do SUS, que limitam seu funcionamento.

6. Referências bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D425FEC1700126057CFDC40CCD>>. Acesso em: 25. fev.2011.

AZAMBUJA, A. Z. *As perspectivas dos pais de crianças a espera de operações eletivas no Hospital Infantil Joana de Gusmão*. 2008. 44 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

BARDIN, I. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Setenta, 2009.

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

_____. *Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de Setembro de 1990.

_____. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Diário Oficial da União, Brasília, 14 de Setembro de 2000.

_____. *Projeto de Lei do Senado nº 219/2007*. Senado Federal. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/9923.pdf>>. Acesso em: 25 fev.2011.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-4, set./out. 2004.

CARVALHO, G. “Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade”. *RADIS Comunicação em Saúde*, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, n. 49, p. 16, set. 2006.

CEBES. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 71, p. 385-396, set./dez. 2005.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA – CNI. *Pesquisa CNI-IBOPE - retratos da sociedade brasileira: saúde pública*. Jan/2012. Disponível em: <<http://www.cni.org.br/portal/data/files/FF80808134CE96AF0134D22242451D75/Retratos da Sociedade Brasileira Saúde Pública Janeiro 2012.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v.16, n.6, pp. 2783-2794, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília, DF: Conass, 2003.

DEPPE, H. A situação atual e as perspectivas dos sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 71, p. 365-370, set./dez. 2005.

DESSEN, M. C.; SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Pesquisa em família: integrando métodos quantitativos e qualitativos. IN: WEBER, L. N. D.; DESSEN M. A. (Org.). *Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados*. Curitiba, PR: Juruá, 2009, p. 17-28.

ESTEBAN, M. P. S. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FORTES, P. A. C. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 6, p. 1054-8, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=31>. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. *Conta-satélite de saúde Brasil 2007-2009*. Rio de Janeiro, RJ, 2012. Acesso em: 20 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA – IBOPE. *Eleições e administração pública*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=5&proj=PortalIBOPE&pub=T&db=caldb&comp=Eleições+e+Administração+Pública&docid=E66F2BA21FB8B2D883257745004F7FC0>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

JORGE, A. E.; MESQUITA, A. C. S.; PAIVA, A. B.; MARTINS FILHO, R. F. *Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil*. Ministério da Saúde, Brasília, DF: 2007.

MACHADO, C.V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health*, v. 20, n. 1, 2006.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MAY, T.; WILLIAMS, M. Surveys sociais: do desenho à análise. In: MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2004. p. 110-143.

MENICUCCI, T. M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. 2003. 402 f. Dissertação (Doutorado em Sociologia e Política) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2003.

MILLER, G. G. Waiting for an operation: parents' perspectives. *Canadian Journal of Surgery*, v. 47, n. 3, p. 179-181, 2004.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

POLIGNANO, M. V. *Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Faculdade de Medicina/UFMG: Cadernos do Internato Rural, 2001.
PORTUGAL, S. *Novas famílias, modos antigos: as redes sociais na produção de bem-estar*. 2006, 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*: Trajectos 17. 5 ed. Lisboa: Gradiva – Publicações S.A., 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos*. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, N. R. Regulamentar a EC-29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integralidade, equidade e participação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 71, p. 339-352, set./dez. 2005.

SCHEFFER, M. A exclusão de coberturas assistenciais nos planos de saúde privados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 71, p. 231-247, set./dez. 2005.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais Agroindustriais*, Lavras, MG, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 18-27, jan./abr. 2007.

TEMPORÃO, J. G. *Saúde do Brasil vive processo de americanização, diz Temporão*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/956578-saude-do-brasil-vive-processo-de-americanizacao-diz-temporao.shtml>>. Acesso em: 9 ago. 2011. Entrevista.

VIANNA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L.D. Políticas de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, SP, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANNA, S.M.; PIOLA, S.F.; REIS, C.O.O. *Gratuidade no SUS: Controvérsia em torno do co-pagamento*. Texto para discussão nº 587. Brasília, setembro de 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_gratuidade.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.

VIÇOSA. Prefeitura Municipal de Viçosa. Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa. *Plano Municipal de Saúde de Viçosa*. Viçosa, MG, 2010. 112 p.

WEICHERT, M. A. Direito à saúde, Sistema Único de Saúde e a integralidade da assistência. In: SANTOS, L. (Org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010, p. 101-142.

ARTIGO 2

A MORFOLOGIA DAS REDES SOCIAIS ATIVADAS EM SITUAÇÕES DE ESPERA PARA ATENDIMENTO DE SAÚDE

Resumo: A situação de espera para atendimento de saúde tem propiciado a ativação das redes sociais, principalmente naqueles casos de pobreza e vulnerabilidade social. Nesse sentido, objetivou-se examinar a morfologia das redes sociais, a partir de uma amostra de 45 pacientes que se encontravam na fila de espera para a realização de uma cirurgia no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa, de natureza qualitativa, fez uso de entrevista semiestruturada, visando identificar o perfil pessoal e familiar dos pacientes, além da forma, conteúdo e normas das redes sociais ativadas. A maioria dos enfermos eram mulheres, com baixa escolaridade e baixa renda. O tempo médio de espera pela cirurgia foi 17,5 meses. Preponderaram as redes *encapsuladas*, em que os principais contatos eram com a própria família, sendo que os parentes foram os principais prestadores de ajuda durante o tempo em que o paciente aguardava a cirurgia. Prevaleceram ajudas que envolviam apoio emocional, orientações e aconselhamentos. Constatou-se também a importância de se ter conhecidos que trabalhem no sistema público de saúde para conseguir a redução do tempo de espera. Concluiu-se que o tipo de família e a situação de agravo de saúde influenciaram na morfologia das redes, na maioria *encapsuladas*, cujo nó mais ativado foi o familiar; de conteúdo expressivo em termos de apoio emocional, tendo como norma preponderante a obrigação, seja pelo laço familiar ou domiciliar.

Palavras-chave: morfologia das redes sociais; situações de espera; SUS.

1. Introdução

No Brasil são comuns os relatos de pessoas que se encontram em situação de espera para realização de algum procedimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como a maioria dos usuários exclusivos do SUS são pessoas de baixa renda, são os mais pobres que estão sujeitos às situações de espera mais demoradas. Há uma demanda muito grande pela utilização dos serviços do SUS, gerando as já conhecidas filas de espera, principalmente nas chamadas cirurgias eletivas (CONASS, 2003), ou seja, aquelas que não são consideradas urgentes.

Diante disso, as famílias, que têm algum de seus membros aguardando pela realização de uma cirurgia, estão a todo tempo buscando alternativas para resolver ou amenizar os transtornos decorrentes dessa situação de espera. Se o acesso ao tratamento for demorado, a família pode, inclusive, buscar alternativas de cuidados fora do sistema público de saúde, o que exigirá dela novas conexões em seu espaço relacional. De qualquer forma, em virtude da dificuldade de acesso ao serviço público de saúde, as famílias buscam ajuda em suas redes sociais.

Estas redes são ativadas pelas pessoas sempre que surgem necessidades não atendidas e apresentam várias conformações. Diversos trabalhos, como os de Granovetter (1983), Portugal (2006) e Marques (2010), pesquisaram a influência das redes sociais em situações de busca por emprego, cuidados com a saúde e pobreza. Estas pesquisas apontam para a importância das pessoas possuírem contatos para além do sistema familiar, como forma de suprir suas necessidades.

Segundo Granovetter (1983), as redes sociais são compostas pelos “nós” e pelos laços. Os primeiros são formados pelas pessoas ou pelo agrupamento de pessoas que exercem as ações relacionais. Os laços são relações existentes entre estes “nós” e que, ainda segundo o mesmo autor, podem ser fracos ou fortes. Os laços fracos são aqueles criados com pessoas mais distantes do sistema de origem do indivíduo, ou seja, onde as relações são de pouca frequência e de baixa intensidade. Já os laços fortes são aqueles em que as relações são mais intensas e frequentes.

O propósito deste estudo foi identificar e caracterizar as redes sociais que foram ativadas pelos pacientes e suas famílias, quando se encontravam na espera pela cirurgia. Buscou-se também identificar o perfil das pessoas que estavam na fila de espera, assim como apresentar um modelo de operacionalização das redes sociais encontradas, analisando as formas, os conteúdos e as normas presentes nestas relações.

2. Marco teórico e conceitual

2.1. O conceito de redes sociais

A utilização do conceito de redes é cada vez mais comum nas diversas áreas do conhecimento, principalmente em decorrência da globalização, do desenvolvimento das tecnologias de comunicação e da valorização das relações interpessoais, fatos característicos das mudanças sociais recentes (RADOMSKY; SCHNEIDER, 2007). A literatura científica também é bastante ampla sobre este tema. Especificamente, na Sociologia e na abordagem das relações entre as pessoas, a análise das redes colocou no centro das discussões a interação social, decorrente dos laços criados entre os atores sociais (PORTUGAL, 2006), criando-se o conceito de redes sociais. Assim, este campo tem como foco principal as interações entre os vários segmentos do espectro social, sejam eles os indivíduos, vistos isoladamente, ou mesmo, as aglomerações de pessoas nas suas diversas conformações (FAZITO; SOARES, 2001).

A partir da colocação da interação social como elemento central e da constatação de que a sociedade atual é formada por um sem fim de redes, é inerente a dedução de que as relações e as ações dentro dessa sociedade são influenciadas por estas redes. Ao mesmo tempo, os indivíduos têm liberdade relativa em suas escolhas (PORTUGAL, 2006), embora estejam presentes as influências de suas redes sociais.

Analisando a evolução do conceito de redes sociais, Portugal (2007) ressalta a dificuldade de se definir a “paternidade” conceitual deste novo elemento, pontuando, entretanto, que existe certa unanimidade em torno do nome de Barnes, como o primeiro a utilizar o conceito de “rede social”, cuja

construção analítica se desenvolveu a partir de duas correntes. A primeira, oriunda da antropologia social britânica, após a II Guerra Mundial, tinha como foco a análise de grupos específicos, vistos isoladamente; enquanto a segunda corrente, americana, se apegou ao estudo da importância da interação social, como elemento influenciador dos comportamentos individuais. Após a segunda metade do século XX, as discussões sobre redes sociais tornaram-se centrais na teoria sociológica, constituindo-se, se não em um novo paradigma, pelo menos em um campo específico e bem delimitado de estudos.

Martins (2009), em uma abordagem sobre o conceito de redes na produção científica ibero-americana, destaca dois níveis de interpretação. O primeiro considera o conceito de forma metafórica – sem se aprofundar em seus valores culturais e simbólicos – como um recurso existente para descrever os novos movimentos sociais e explicar mudanças nas relações organizacionais e do trabalho. O segundo grupo, mais pragmático e utilitarista, deixa de lado a visão metafórica do fenômeno e propõe uma análise sistematizada e sua utilização como instrumento de planejamento e intervenção social. Neste contexto, destacam-se os estudos de Granovetter.

Mas, afinal, o que são redes? O fato de ser uma categoria presente em grande número de áreas do conhecimento é um dificultador para o estabelecimento de um conceito de redes. Numa proposta bastante abrangente, Castells (1999, p. 566) define rede como “[...] um conjunto de nós interconectados”. O mesmo autor afirma que as redes são estruturas que se expandem de forma ilimitada, agregando novos “nós”. Nesta mesma linha de pensamento, Radomsky e Schneider (2007, p. 257) definem as redes como “[...] a materialização das interações empreendidas coletivamente”. Dessa forma, é possível compreender as redes como um espaço social, dotado de recursos (materiais e imateriais), de convivência e de conectividade entre os sujeitos, que permite a um grupo de pessoas, articuladamente ou não, tratar de suas necessidades e de seus problemas (GARCÍA, 2006; PORTUGAL, 2006). Esses fluxos de recursos produzidos pelos laços existentes nas redes dependem das características culturais, sociais, econômicas e políticas destas redes, o que determina também, de forma implícita, a participação de

cada membro, bem como as sanções impostas aos não participantes (MARTELETO; SILVA, 2004).

Estas definições, então, propõem a existência de dois elementos que precisam ser compreendidos: os “nós” e as interconexões ou interações entre eles. Para compreensão inicial e partindo dos estudos de Granovetter (1983) definem-se os “nós” como os elementos que compõem as redes (pessoas, organizações, dentre outros), enquanto as interconexões são as relações existentes entre estes “nós”, ou seja, os laços que unem estes elementos. Assim, as análises das redes não devem se preocupar somente com a sua estrutura, sua conformação, mas devem ter como ponto de partida o conjunto das relações existentes entre os “nós”.

As redes possuem diversas características, conformações e modelos, que se apresentam em função de seu tamanho, homogeneidade, organização e dispersão (GARCÍA, 2006). Buscando compreender suas características principais, Portugal (2006), citando Wasserman e Faust (1999), aponta quatro princípios básicos da teoria das redes sociais: a) os atores e suas ações são interdependentes, não são unidades autônomas; b) os laços ou as interações entre os atores funcionam como canais de circulação de recursos; c) as estruturas das redes criam oportunidades para os atores, mas também constroem suas ações; e d) as redes funcionam como padrões constantes nas relações entre os indivíduos. Destacam-se, assim, os elementos centrais das redes sociais: os atores (coletivos ou individuais), as interações entre estes indivíduos, as formas como estas redes estão estruturadas e os padrões estabelecidos em virtude destas relações.

2.2. Os laços e os “nós”

A partir da já citada definição de rede proposta por Castells (1999), como sendo o conjunto de “nós” interconectados, é necessário compreender melhor estas duas categorias analíticas. Todos os indivíduos, os “nós”, em maior ou menor grau, estão inseridos em algumas redes sociais (família, trabalho, vizinhança, dentre outras), mas os laços existentes em cada uma delas não são os mesmos. Os motivos, as afinidades, a frequência e a intimidade das relações entre os “nós” variam em função do tipo de laço

existente. Um dos expoentes desta conceituação é Mark Granovetter, que propõe uma classificação dos laços em “laços fortes” e “laços fracos”. Os laços fortes são compostos pelas relações com amigos, parentes ou vizinhos, dos quais os indivíduos são mais próximos ou mantêm contatos mais frequentes e relações emocionais e de troca mais intensas; enquanto os laços fracos são os estabelecidos com os conhecidos ou os amigos de amigos. São os “nós” mais distantes, com os quais as relações são episódicas (GRANOVETTER, 1983).

Considerando que as relações entre os indivíduos são diversificadas em função dos seus laços, e que estas interações influenciam o comportamento e as ações das pessoas, então, é aceitável entender que os diferentes tipos de laços implicarão diferentes influências nas relações interpessoais. Cada laço exercerá sua influência de maneira distinta. Vários estudos (GRANOVETTER, 1983; PORTUGAL, 2006; RIQUINHO; GERHARDT, 2008; MARQUES, 2009) foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar a forma como os tipos de laços influenciam as redes sociais.

Em um de seus estudos, Granovetter (1983) pesquisou a importância dos laços fracos na busca por emprego. O autor constatou que estes laços possibilitam o acesso a recursos e a informações, que estão fora do círculo social do indivíduo. Assim, na procura por emprego, por exemplo, os indivíduos que tiverem relações fora do seu meio social mais íntimo têm mais chances de obter informações sobre trabalho (GRANOVETTER, 1983), já que estas interações são com pessoas que circulam em diferentes meios (LOPES; BALDI, 2009), o que permite maior capilaridade. Granovetter (1983) destacou ainda que os indivíduos pertencentes às classes sociais mais baixas, e que possuem poucos laços fracos, são privados de informações oriundas de partes mais distantes do sistema social, o que os deixa em situação de desvantagem no mercado de trabalho; ademais, esta carência de laços fracos afeta também as pessoas das classes mais altas, que se tornam mais arrogantes. Outro resultado relevante, apontado por Granovetter (1983), refere-se às famílias maiores, as quais tendem a ter mais laços fracos.

Se os laços fracos permitem maior amplitude no acesso aos recursos do sistema social, tendo importância destacada, conforme apontado por

Granovetter, os laços fortes, estabelecidos com parentes e pessoas mais íntimas, também têm grande relevância. Estes laços, por exemplo, facilitam a articulação das ações coletivas (PRATES, 2009), são mais eficazes na geração de relações de dádiva e de troca (PORTUGAL, 2006), têm mais motivação para prestar assistência e são mais disponíveis (GRANOVETTER, 1983). Portugal (2006) apurou que os laços fortes de parentesco e de amizade são mais eficientes para quebrar barreiras no sistema econômico privado, permitindo que indivíduos consigam benefícios – como gratuidade em consultas médicas, por exemplo – mesmo em situações em que as relações são essencialmente mercantis.

A despeito de propiciar benefícios, como os já citados anteriormente, os laços fortes podem também contribuir para o encapsulamento¹ das redes, em virtude do fenômeno conhecido como homofilia. As relações homofílicas se dão entre pessoas que possuem os mesmos atributos (MARQUES, 2009), mantendo-se certa homogeneidade. Em seus estudos, Granovetter (1983) aponta que, em todos os níveis de classe social, há a indução à homofilia, definida como uma tendência a escolher como amigos os semelhantes a si mesmo, criando laços fortes. O mesmo autor ressalta que, como a distribuição das classes de renda é piramidal (poucos no topo e muitos na base), os mais pobres, que são mais numerosos, tendem a ter mais laços fortes e que os mais ricos, para compensar isso, tendem a investir em clubes privados para obter mais laços fortes. Granovetter (1983) salienta ainda que esta situação de encapsulamento das redes das pessoas mais pobres contribui para a perpetuação da pobreza. Simmel (1983), entretanto, ressalta que a homogeneidade entre os elementos aumenta os níveis de solidariedade e de coesão, além de valorizar os pontos de vista individuais.

Em relação à sua tipologia, as redes podem apresentar diversas conformações. García (2006) classifica as redes em dois tipos: aquelas em que as interações ocorrem de forma espontânea e aquelas que, mesmo mantendo interações espontâneas, apresentam um grau de formalidade, de intencionalidade, buscando interesses e objetivos comuns aos seus

¹ Redes encapsuladas são aquelas que se limitam aos laços fortes, construídos no interior da família mais próxima (PORTUGAL, 2006).

membros. Portugal (2006) identificou em sua pesquisa quatro modelos de redes sociais. Nas *redes encapsuladas*, as relações limitam-se aos laços fortes que são construídos no interior da família mais próxima. As *redes seletivas* abarcam, além dos laços de parentesco, outros laços de afinidade construídos fora da família. Nas *redes abertas*, a referência afetiva principal continua sendo o parentesco, porém existem outros laços fortes e fracos num leque mais amplo de interações. Por fim, foram encontradas aquelas caracterizadas como *redes afínicas*, que não são dominadas pelas relações de parentesco, de consanguinidade, mas sim por afeto e afinidades.

Na sociedade atual, caracterizada como do tipo relacional – que privilegia a relação e a preponderância do todo sobre as partes – a família também pode ser pensada como rede (CARVALHO *et al.*, 2006), na qual existem iniciativas de solidariedade e de ações coletivas (TAKASHIMA, 1994). As configurações familiares se alteraram, principalmente a partir do pós-guerra. As reduções nas taxas de mortalidade e de fecundidade modificaram a morfologia da família, com a ampliação do tempo de coexistência entre as gerações (PORTUGAL, 2006).

Citando Pitrou (1987), Portugal (2006) tece um histórico do “declínio da família” que se deu em três linhas. A primeira aponta que as pressões do sistema econômico e do desenvolvimento industrial afetaram a estrutura familiar, eliminando a família alargada e concentrando-se na família nuclear, condição característica das sociedades modernas. Esta afirmativa encontra respaldo em Durkheim (1999), o qual afirma que a família está perdendo sua unidade e sua indivisibilidade, uma vez que o homem passa grande parte de seu tempo fora de casa e, portanto, longe da influência doméstica. Portugal (2006) ressalta, porém, que apesar do enfraquecimento dos laços com a família alargada, estes “nós” continuam sendo referências na construção de uma identidade coletiva. A segunda linha aponta para a precariedade dos laços conjugais, o aumento do número de divórcios e recasamentos, tornando mais complexas as redes de filiação. Domingues (2001), analisando os laços familiares e a organização das famílias contemporâneas – nas quais os filhos de casamentos diferentes ocupam as mesmas unidades familiares – afirma que a família não se organiza mais de forma compacta, alterando, inclusive, os laços emocionais. A terceira linha aborda o enfra-

quecimento das ações de solidariedade na família, ocasionadas pela intervenção dos poderes econômicos e políticos na esfera familiar. Portugal (2006) pondera, entretanto, que, a despeito dessas intervenções públicas nos domínios da família, as solidariedades persistem e são importantes mecanismos de provisão das necessidades individuais.

Dentre os laços fortes, os mais ativos são os laços familiares, que são os elementos estruturadores das redes sociais (PORTUGAL, 2006). São nessas interações que os fluxos de recursos, principalmente de ajuda, são mais abundantes. A família, os parentes, constituem os laços mais fortes, que são mais permanentes e, portanto, geram mais confiança. A distinção entre os demais “nós” e os parentes é que os primeiros pressupõem uma certa liberdade de escolha do indivíduo enquanto a parentela é uma realidade dada, está ali. Enquanto “as relações com parentes são muito mais ditadas pelas circunstâncias e pelos constrangimentos sociais [...]” (PORTUGAL, 2006, p. 512), as relações com amigos e conhecidos, que pressupõem liberdade de escolha, são influenciadas pelas afinidades. Estes, entretanto, são laços menos permanentes, pois, amigos, vizinhos e colegas mudam com o tempo.

Marques (2009) destaca três tipos de ajudas observadas em sua pesquisa: a) imediatas e com baixo custo, que envolvem auxílio durante crises agudas de saúde, empréstimo de ferramentas e de mantimentos, olhar a casa durante a ausência dos donos, assim como informações para emprego e a respeito de políticas e serviços públicos; b) mais constantes e custosas, nas quais a ajuda envolve situações crônicas de saúde que demandam atenção constante, cuidados cotidianos com crianças, obras na casa e empréstimos de pequena monta; e c) as que envolvem confiança e intimidade, na concessão de empréstimos de alto valor, confidências e apoio emocional. Os vínculos que viabilizam essas ajudas dependem fortemente de confiança e de intimidade. Na maior parte das vezes, tal confiança envolve homofilia social, política ou mesmo moral.

As redes são um campo fértil para o estudo de valores, como trocas, reciprocidade e solidariedade, permitindo aos indivíduos o acesso a recursos nem sempre disponibilizado pelo Estado. Neste contexto, Portugal (2006) classifica as trocas em restritas e generalizadas. As primeiras caracterizam-

se por uma reciprocidade direta, do tipo: a um amigo que me indicou um emprego ofereço um jantar. Já, nas trocas generalizadas, a reciprocidade é difusa e varia no tempo: um irmão ajuda o outro a construir sua casa, esperando que um dia sua mãe lhe doe um terreno para construção da sua própria casa. Marques (2009) ressalta que as trocas podem envolver bens materiais, como dinheiro e comida, como também elementos imateriais, como informações e afetos, além de dimensões simbólicas, como reconhecimento e prestígio, criando uma teia de reciprocidade. Portugal (2006) ressalta também que a reciprocidade é um elemento fundamental do sistema de dádiva, que se distingue do sistema caritativo e dos sistemas de apoio estatais. Na caridade, como a esmola, por exemplo, o doador não busca qualquer retribuição, já a reciprocidade pressupõe a esperança de ser retribuída (MARQUES, 2009). Embora pressuponha uma retribuição, na dádiva isso ocorre “[...] por um código implícito de honra e generosidade que penaliza socialmente aqueles que lhe fogem” (PORTUGAL, 2006, p. 66); mas, muito mais do que uma forma de dar e aguardar uma retribuição, o sistema de dádiva constrói uma relação social.

Os indivíduos, principalmente os das classes mais pobres, recorrem a diversos mecanismos de proteção social para satisfazer suas necessidades de bens ou serviços. Portugal (2006) divide os produtores de proteção social em quatro tipos: o político, da ação estatal; o mercado, de iniciativa privada; o terceiro setor, composto por entidades sem fins lucrativos que atuam em áreas sociais; e as solidariedades primárias, compostas pelas redes informais de parentesco, amizade e vizinhança. A autora salienta que estas redes informais de proteção social foram esvaziadas nos países em que o Estado passou a ocupar papel central no atendimento às necessidades da sociedade, como na saúde, educação, segurança, dentre outros. Porém, na medida em que esta proteção estatal não consegue cumprir os objetivos a que se propõe, principalmente em virtude de crises econômicas, as redes de proteção informais – notadamente a família (PORTUGAL, 2006) – passam a ser as provedoras destes indivíduos não atendidos pelo Estado (GRANOVETTER, 1983).

Dessa forma, é necessário entender como funcionam estas redes e, principalmente, os laços familiares, por onde fluem os recursos para os que

mais necessitam. Sarti (2004) afirma que as famílias pobres configuram-se em redes e não em núcleo, como propõe a ideia corrente. A autora afirma, ainda, que analisar a família somente do ponto de vista da unidade doméstica, da casa, é impreciso, uma vez que os sujeitos da família se movem em suas redes de relações, que são provedoras de recursos materiais e afetivos. As famílias que passam por alguma situação de estresse podem se desestruturar, mas também podem sair ainda mais fortalecidas dependendo de como elas enfrentam estas situações. O bom desempenho da família na resolução de seus problemas e o consequente bem-estar de seus membros depende da coesão e da flexibilidade familiar (SILVA, 2004).

Segundo Portugal (2006), as redes ganham ainda mais importância quando o sistema público de proteção social apresenta deficiências. Em sua pesquisa sobre a influência das redes sociais em aspectos básicos do cotidiano dos portugueses, como habitação, emprego, saúde, bens materiais e cuidados, a referida autora constatou, especificamente sobre a saúde, que os laços fracos se mostraram essenciais para garantir acesso aos serviços públicos, em caso de deficiência desses. Mesmo no acesso a serviços privados de saúde, e na escolha destes, as redes sociais se mostraram relevantes, com a constatação de que, no acesso privilegiado aos serviços privados, os laços fortes se mostraram mais eficazes. Fazito e Soares (2001) e Portugal (2004) ressaltam que o fator determinante na facilitação desses acessos é o posicionamento de cada ator dentro do sistema. Já, Minayo (1991) constatou que as famílias com maior participação social – portanto, com maior número de laços – costumam obter privilégios sociais, ou seja, acessos facilitados a alguns serviços.

Nesse contexto, Portugal (2006) apurou, ainda, que os indivíduos que optaram por recorrer exclusivamente ao serviço público de saúde podem ser divididos em duas categorias: a) os que não têm capacidade econômica para arcar com os serviços particulares; e b) os que, por meio de suas redes sociais, têm acesso facilitado a serviços públicos de qualidade. Assim, a autora constatou que somente os que possuem baixos rendimentos ou os que não possuem laços que facilitem o acesso diferenciado é que permanecem exclusivamente como usuários dos serviços públicos de saúde.

3. Procedimentos metodológicos

3.1. Tipo de pesquisa, população e amostra

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo interpretativa, conforme Esteban (2010), e teve como objetivo compreender e interpretar a realidade, os significados e as percepções, com base no relato das pessoas, em resposta a questões abertas e fechadas, as quais May e Williams (2004) classificam como perguntas factuais, onde se aprofunda o questionamento.

O estudo foi realizado no município de Viçosa, MG que, segundo o IBGE (2010b), tinha uma população de 70.923 habitantes no ano 2010. A estrutura de saúde municipal contava com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 14 Unidades de Saúde da Família (USF), uma policlínica, um centro de saúde da mulher e da criança, uma unidade de atendimento especializado e um centro de atenção à saúde bucal (VIÇOSA, 2010). Em Viçosa também está localizado o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV), que possui diversos ambulatórios de consulta e exames para atendimento a pacientes de toda a microrregião. A cidade conta com dois hospitais filantrópicos que atendem em regime ambulatorial, de urgência e de internação. As informações sobre pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS foram obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, que mantém um cadastro com o nome e o endereço destes pacientes.

Foram entrevistados 45 pacientes escolhidos aleatoriamente da população de aproximadamente 200 usuários, que, em junho/2011, se encontravam em fila de espera por cirurgia eletiva, exclusivamente moradores do Município de Viçosa, MG, segundo cadastro da Secretaria Municipal de Saúde.

3.2. Instrumentos de coleta de dados

Os pacientes foram entrevistados com base em roteiros semi-estruturados. A opção pela entrevista como método de coleta de dados é recomendada por Dessen *et al.* (2009), quando se pretende saber a opinião

de indivíduos e captar as interações e relações existentes entre grupos de pessoas, principalmente em pesquisas sobre a família.

A entrevista foi realizada com o próprio paciente e, em alguns casos, com outro membro da família, que coabitava o mesmo domicílio, quando aquele apresentou dificuldade em responder alguma questão. Assim, a participação de membros do grupo familiar na entrevista não foi descartada.

3.3. Variáveis e categorias de análise

As categorias de análise foram estabelecidas previamente, definidas por Campos (2004) como *apriorísticas*, que são amplas e permitem subdivisões. Na identificação do perfil pessoal e familiar da pessoa em situação de agravo de saúde, foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, renda, trabalho e condição de ocupação. Em função destes dados foram caracterizados os arranjos familiares, o nível médio de escolaridade e a renda *per capita* familiar.

Na caracterização da morfologia (nós e laços) das redes sociais, foram adotadas algumas das variáveis propostas por Portugal (2006), com adaptações à realidade pesquisada (Quadro 1). Dessa forma, as redes sociais ativadas pelos pacientes foram analisadas e identificadas quanto à forma, o conteúdo e as normas.

Quadro 1 – Operacionalização do conceito de rede

QUEM?	O QUÊ?	COMO?
<i>A forma</i>	<i>O conteúdo</i>	<i>As normas</i>
Os nós	Instrumental	Reciprocidade
Parentes	Apoio operacional	Reciprocidade eleitoral
Amigos	Serviços de saúde	Atuação profissional
Vizinhos	Bens	Obrigação
Colegas	Cuidados	(familiar e domiciliar)
Outros	Expressivo	
Os laços	Apoio emocional	
Parentesco ou não	Orienta�o	
Fortes/fracos		

Fonte: adaptado de Portugal (2006).

3.4. Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram tratados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), que é interpretativa, para compreensão dos significados que os atores sociais exprimem em suas falas (SILVA *et al.*, 2005), sendo indicada, principalmente, em estudos sobre processos familiares (DESSEN *et al.*, 2009). O agrupamento das unidades de análise foi feito por *frequenciamento*, levando em consideração a repetição dos conteúdos das falas (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008), e também por sua *relevância implícita*, em que os conteúdos são destacados por sua riqueza ou relevância no estudo, conforme proposto por Campos (2004).

Os dados foram analisados e interpretados por meio de cruzamento de informações, utilizando-se o software Excel[®].

4. Resultados e discussão

4.1. O perfil dos pacientes e das famílias

Foram entrevistados 32 pacientes do sexo feminino (71,0%) e 13 do sexo masculino (29,0%). A ocorrência preponderante de mulheres pode ser explicada pelo grande número de cirurgias (31,0%), praticamente exclusivas do sexo feminino, como histerectomia, reconstituição de mama e redução de mama; enquanto só houve um caso de cirurgia exclusiva de homens (resseção de próstata). O tempo médio de espera pela cirurgia foi de 17,5 meses, com mediana de 9,0 e desvio padrão de 18,1, variando de um a 64 meses.

A idade média dos pacientes era de 44 anos, desvio padrão de 13,6, com a mínima de 22 e a máxima de 88 anos. A média de idade apresentou ligeira variação entre mulheres (43 anos) e homens (45 anos). As mulheres apresentaram escolaridade média de seis anos e os homens de cinco anos, ambos equivalentes ao ensino fundamental incompleto. A maior escolaridade das mulheres em relação aos homens também pode ser verificada nos censos oficiais como o PNAD 2009 (IBGE, 2010a), assim como em outros estudos como o de Ramos (2011). A Tabela 1 mostra a

maior incidência de pacientes com o ensino fundamental incompleto (60%), resultado também semelhante ao obtido por Ramos (2011). A escolaridade média das famílias era de sete anos, superior a dos pacientes, principalmente em virtude dos anos de estudo dos filhos.

Tabela 1 – Grau de escolaridade dos pacientes em fila de espera no SUS, Viçosa, MG, 2011

Grau de Escolaridade	Valores	
	Nº	%
Sem escolaridade	2	4,4
Ensino fundamental incompleto	27	60,0
Ensino fundamental	5	11,1
Ensino médio incompleto e completo	10	22,2
Ensino superior	1	2,3
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

O número médio de pessoas por domicílio era de 4,4, variando de dois a 12 membros, bem acima da média do estado de Minas Gerais, que era de 3,2 pessoas em 2009, segundo o IBGE (2010c). Esta conformação parece indicar que as famílias de menor renda – como são as usuárias do Sistema Único de Saúde – tendem a ser mais extensas do que a média de todas as famílias. Marques (2010), por exemplo, verificou numa pesquisa realizada em São Paulo que a renda das famílias está associada ao número de pessoas no domicílio, além de outras variáveis, como ocupação, escolaridade e padrões relacionais:

“Portanto, a renda dos indivíduos está associada à sua escolaridade, à quantidade de pessoas residindo no domicílio e ao fato do indivíduo ter uma condição na ocupação que lhe garante um rendimento regular. Entretanto, os padrões relacionais dos entrevistados também influenciam em seus rendimentos, que tendem a ser influenciados positivamente pelo tamanho das redes pessoais e pelo tipo de sociabilidade na qual os indivíduos se engajam.” (p. 153)

Em relação ao emprego, 47,0% dos pacientes trabalhavam, com a mesma proporção entre homens e mulheres. O número de pessoas que não trabalhavam pode ser considerado alto, principalmente se levarmos em

conta que mais de 90,0% destas tinham menos de 60 anos de idade. Ressalte-se também que dos que não trabalhavam, apenas 17,0% indicaram estar a procura de emprego. Foi frequente o relato de pacientes que declararam que os sintomas decorrentes de sua doença – dores, sangramento, indisposição e outros – os impediam de trabalhar ou limitavam a capacidade de trabalho, levando à demissão por parte do empregador.

Em função do cenário apresentado, é possível inferir que quanto maior for o tempo de espera pela cirurgia, maior será o nível de desemprego destes pacientes. Um número considerável de mulheres classificou sua ocupação como “afazeres domésticos”, em que cuidavam da casa, embora com relatos de limitações físicas, sendo auxiliadas por outras pessoas da família. Muitas delas trabalhavam antes da doença e deixaram seus empregos em decorrência dos sintomas, conforme relatado anteriormente. Entre os homens que não trabalhavam, alguns se colocaram como “procurando emprego”, embora ressaltando certa limitação na capacidade operacional. Outros relataram que iniciavam em um emprego e rapidamente eram desligados em virtude dessas limitações. Os relatos mostram estas situações:

*“[...] Eu sinto bastante dor, as menina ajuda muito ... ah, é mais o serviço doméstico, né? Porque eu não tenho aquela disposição, eu sinto bastante dor. Então, às vezes eu deixo de fazer muita coisa sim... é igual eu te falei, né? A vida da gente para, né?”
(paciente 15, histerectomia)*

“[...] Porque tem dia que eu não aguento, minha barriga fica inchada, muita dor nas perna, eu não saio no portão... mudou porque eu trabalhava fora, eu trabalhava, deixei de trabalhar e tô aí, correndo atrás, né? ... Eu tenho anemia, eu tenho anemia grave[...].” (paciente 35, histerectomia)

A renda média mensal *per capita* das famílias foi de 0,66 salário mínimo, sendo que as remunerações mensais declaradas pelos pacientes e pelos demais membros da casa que possuíam alguma renda foram, em sua grande maioria, de um salário mínimo. A renda *per capita* das famílias da amostra se mostrou abaixo da média nacional, visto que 84,5% das famílias tinham renda *per capita* inferior a um salário mínimo, contra 56,0% no nível nacional, conforme apurado pelo IBGE (2010b), no Censo 2010. A Tabela 2 mostra a distribuição por faixas de renda.

Tabela 2 – Renda *per capita* mensal das famílias em fila de espera do SUS, Viçosa, MG, 2011

Renda <i>per capita</i> (em salário mínimo-SM) (SM = R\$ 545,00)	Valores	
	Nº	%
Até 0,50 SM	16	35,6
De 0,60 a 0,90 SM	22	48,9
De 1 SM	5	11,1
Mais de 1 SM	2	4,4
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação aos arranjos familiares, estes foram classificados de acordo com os modelos propostos pelo IBGE (2010c), permitindo a comparação dos dados apurados na pesquisa com os do estado de Minas Gerais. Na amostra pesquisada a preponderância foi do modelo “casal com filhos sem parentes” (40,0%), seguido do modelo “casal com filhos com outros parentes” (28,8%). A Tabela 3 mostra um comparativo entre os arranjos familiares encontrados na amostra e os apontados na Síntese de Indicadores Sociais de 2009, pelo IBGE, no estado de Minas Gerais.

Tabela 3 – Tipificação dos arranjos familiares, segundo o IBGE e amostra pesquisada em Viçosa, MG, 2011

Arranjos Familiares	Estado de MG	População estudada
	(%)	(%)
Casal com filhos e sem parentes	41,9	40,0
Casal com filhos e com outros parentes	4,2	28,8
Mulher sem cônjuge, com filhos e sem parentes	15,2	8,9
Mulher sem cônjuge, com filhos e com parentes	3,5	6,7
Casal sem filhos e sem parentes	14,5	8,9
Unipessoal	12,3	0,0
Casal sem filhos e com outros parentes	1,8	0,0
Outros tipos	6,3	6,7

Fonte: IBGE (2010c) e dados da pesquisa.

Os resultados da amostra apresentaram algumas diferenças em relação aos dados apurados pelo IBGE, em Minas Gerais, embora, em ambos os casos, o modelo “casal com filhos sem parentes” seja o mais incidente. Em sua pesquisa na cidade mineira de Bambuí, Dominik (2010)

também apurou a prevalência deste arranjo em 40,5% das famílias. Este tipo de arranjo, classificado como família nuclear, é considerado como modelo padrão de nossa sociedade, segundo Blackwell *et al.* (2009). A amostra apresentou significativa incidência do modelo “casal com filhos com outros parentes”, bem acima da média do estado de Minas Gerais, em virtude da presença expressiva dos netos (70,0% dos casos), que, em sua maioria, era decorrente da separação conjugal de um dos filhos; ou de filhas, mães solteiras, que continuavam a morar com os pais.

4.2. A morfologia das redes

A seguir será apresentada uma caracterização das redes sociais identificadas na amostra. Cabe ressaltar que esta identificação restringiu-se, basicamente, às redes ativadas em virtude do quadro de saúde do paciente, que se encontrava na fila de espera por uma cirurgia pelo SUS. Eventualmente, outras situações foram relatadas pelas famílias, mas, em geral, estavam relacionadas ao caso do paciente. Conforme proposto, foi utilizado o modelo apresentado por Portugal (2006), com algumas adaptações adotadas em virtude do aparecimento de conformações não previstas no modelo da referida autora e que foram julgadas relevantes neste trabalho.

4.2.1. A forma, os “nós” e os laços

Granovetter (1983) ressalta que a identificação dos laços e sua classificação como forte ou fraco, fora do sistema familiar, depende de duas variáveis: a intensidade e a frequência dos contatos. Assim, nesta pesquisa foram adotadas duas perguntas específicas: uma sobre a intimidade da pessoa com a família do paciente e outra sobre a frequência destes contatos. Dessa forma, foram classificados como laços fortes todas as relações com os parentes e também os não parentes que atendessem, cumulativamente, aos requisitos: terem sido declarados como íntimos e aqueles cujos contatos com a família do paciente eram frequentes.

Constatou-se que 67,0% das famílias buscaram algum tipo de ajuda fora do atendimento que o SUS lhes proporcionava e 58,0% delas conseguiram.

ram alguma ajuda. Na amostra de 45 famílias entrevistadas, foram identificadas 134 interações decorrentes das situações dos pacientes, com uma média de três por paciente, aproximadamente. Apenas um dos pacientes não relatou algum tipo de interação com outras pessoas, relativamente à sua condição de espera pela cirurgia.

Os “nós” identificados foram distribuídos em sete grupos, conforme mostra a Tabela 4. A família, como um grupo único e indivisível, foi o “nó” mais ativado (34,3% dos casos). Outros membros da família como os parentes citados especificamente, com 25,4% e os cônjuges, citados nominalmente e isoladamente em 9,7% das situações, também tiveram destaque. Se todos os membros da família fossem aglomerados em um só grupo (família, parentes e cônjuges), este abarcaria 69,4% de todas as situações de ativação das redes.

Tabela 4 – Caracterização e frequência dos “nós” das famílias em fila de espera do SUS, Viçosa, MG, 2011

Grupo	Tipos de “nós”	Valores	
		Nº	%
Família	Todos os membros citados em conjunto, numa ação única	46	34,3
Parentes	Citados especificamente: filho, irmão, mãe, neto, primo, sobrinho, nora, sogra	34	25,4
Conhecidos	Amigo, conhecido, vizinho	18	13,4
Cônjuge	Cônjuge citado especificamente	13	9,7
Políticos	Prefeito, vereador	12	9,0
Profissionais da saúde	Médico, psicólogo	6	4,5
Outros	Madrinha, padrinho, namorado, patroa	5	3,7
Total		134	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se a preponderância dos laços fortes, com 74,0% de todas as ativações verificadas. Apurou-se também que muitas famílias (48,0%) não relataram a ativação de qualquer laço fraco. Estas situações apontam para a prevalência das *redes encapsuladas*, identificadas por Portugal (2006) e Granovetter (1983) como aquelas em que preponderam os laços

fortes, principalmente os familiares. Os resultados também são compatíveis com a citação de Granovetter (1983) de que as famílias mais pobres, mais numerosas, que necessitam dos serviços do Estado, como é o caso das situações pesquisadas neste trabalho, tendem a buscar laços fortes, de reciprocidade, e que este encapsulamento leva à situação de perpetuação da pobreza.

O fato de conhecer alguém que trabalhasse ou tivesse contato com o sistema de saúde, público ou privado, foi fator motivador para que a família ativasse esse laço. Verificou-se que pessoas que trabalhavam na área da saúde foram muito acionadas na obtenção de ajudas do tipo: agilização da cirurgia, agilização de exames e consultas, indicação de profissionais de saúde, consultas grátis ou com desconto, dentre outros. Mais de 40,0% das famílias relataram que recorreram a alguma pessoa que, de alguma forma, trabalhava ou tinha acesso ao sistema de saúde. A Tabela 5 demonstra como foi a distribuição destes “nós” por tipo de laço existente.

Tabela 5 – Ativação das redes pelos usuários do SUS, de pessoas que trabalhavam na área da saúde, Viçosa, MG, 2011

Tipo de “nó”	Tipo de Laço	Valores	
		Nº	%
Político (prefeito médico)	Laço forte = 1	7	5,5
	Laço fraco = 6		33,3
Conhecido/amigo/parente	Laço forte = 3	6	16,7
	Laço fraco = 3		16,7
Médico	Laço forte = 0	5	0,0
	Laço fraco = 5		27,8
Total	Laço forte = 4	18	22,2
	Laço fraco = 14		77,8

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir o relato de um paciente que recorreu à pessoa ligada ao sistema de saúde, buscando agilizar o processo de atendimento:

“[...] Ah, eu fui atrás de Secretário da Saúde sim. Fui muitas vezes, mas eles me ajudaram, né. Me ajudaram a agilizar, porque senão tava agarrado até hoje lá [...] não, eu conversando com as pessoa mesmo eu tomei essa decisão, né. As pessoa na fila lá, falando, comentando lá que ia atrás, eu falei assim: eu também vou e fui. É ouvindo as pessoa, né, falando que ia, eu falei já que é assim, né [...]” (paciente 24, histerectomia, cinco meses na fila de espera)

Portugal (2004) ressaltou a importância dos contatos com pessoas que trabalhem ou tenham acesso aos serviços de saúde, destacando que isso possibilita, principalmente, a redução do tempo de espera.

“Numa família em que exista alguém com uma profissão relacionada com o sector, essa pessoa passa a ser o elemento por quem passam todos os assuntos nesta área: opiniões, escolhas, caminhos a seguir, consultas e terapêuticas no caso de ser um médico. Quanto mais forte for a posição do elemento no interior do sistema maior a sua capacidade de obter privilégios para quem com ele se relaciona, por um lado, e, por outro, de influenciar e orientar essa pessoa relativamente aos seus cuidados de saúde”.
(Portugal, 2004, p.143)

Verificou-se, também, conforme Tabela 5, a preponderância dos laços fracos nos acessos ao sistema de saúde. Estes resultados são compatíveis com as citações de Granovetter (1983), que destaca a importância dos laços fracos no acesso a informações e recursos para além do próprio círculo social. Portugal (2006) também ressalta que os laços fracos são mais eficazes no sistema público e cruciais no acesso a recursos, como o emprego e os cuidados com a saúde.

4.2.2. O conteúdo

Neste tópico foram considerados todos os conteúdos que circularam nas redes, que foram classificados como instrumentais ou expressivos, conforme modelo proposto por Portugal (2006), demonstrado no Quadro 1. Foram apontados 134 conteúdos, sendo que algumas famílias relataram mais de um conteúdo ou mesmo uma ajuda que tenha sido prestada por dois “nós” diferentes. Tomemos, por exemplo, o paciente 6, que relatou ter recebido quatro ajudas expressivas classificadas como “orientação”. Estas ajudas foram prestadas por: um amigo, a patroa, um parente e um político. Cada uma delas foi computada como um conteúdo. Este é o motivo do número de conteúdos ser superior ao número de famílias pesquisadas.

A pesquisa revelou também dois outros conteúdos não previstos no modelo proposto por Portugal (2006) e que foram incorporados neste trabalho, sendo nomeados por: orientação e apoio operacional. Como orientação, classificado como conteúdo expressivo, foram consideradas as

ajudas que as famílias tiveram para encaminhar suas demandas junto ao sistema de saúde, como por exemplo, informações sobre quem procurar no sistema e qual a documentação necessária àquela reivindicação. O apoio operacional, classificado aqui como um conteúdo instrumental, engloba as ajudas no encaminhamento de papéis junto ao SUS e intermediação na marcação de exames e consultas, o que ocorreu em virtude do baixo grau de compreensão do paciente e de sua família em relação a estas tarefas, ou à incapacidade física para realizá-las. A Tabela 6 demonstra qual a incidência destes conteúdos por tipo de laço ativado.

Tabela 6 – Conteúdos das redes e seus laços ativados por pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Classificação do Conteúdo	Tipo do Conteúdo	Força dos Laços	%
Instrumental (Total = 36,5%)	Serviços de saúde	Forte	4,5
		Fraco	11,2
	Cuidados	Forte	13,4
		Fraco	0,0
	Apoio operacional	Forte	5,2
		Fraco	0,0
	Bens	Forte	1,5
		Fraco	0,7
Expressivo (Total = 63,5%)	Apoio emocional	Forte	30,0
		Fraco	2,2
	Orientação	Forte	20,1
		Fraco	11,2
Total	Instrumental	Forte	24,6
		Fraco	11,9
	Expressivo	Forte	50,1
		Fraco	13,4

Fonte: dados da pesquisa.

Verifica-se, na Tabela 6, a prevalência dos conteúdos expressivos (63,5%), ligados ao afeto, e que são aqueles mais disponíveis, tendo em vista que não exigem o dispêndio de recursos, a não ser o tempo. Ambos os conteúdos expressivos apresentaram grande incidência e, nos dois casos, preponderaram os laços fortes. O resultado, mais uma vez, aponta para a existência de um grande número de *redes encapsuladas*, onde os laços

fortes, mais notadamente os parentes próximos, são os principais prestadores de ajuda em situações de doença na família.

Entretanto, se foi nos laços fortes que se encontraram a maioria das ajudas, foram os laços fracos que proporcionam as contribuições mais efetivas, englobadas no conteúdo “serviços de saúde”. É neste conteúdo que foram prestadas as colaborações, como: agilização de exames e consultas, agilização da cirurgia e obtenção de descontos em consultas. Cerca de 48,0% das famílias que ativaram algum laço obtiveram algum tipo de ajuda nos “serviços de saúde”. No relato a seguir temos a situação de uma paciente que conseguiu uma consulta grátis com um médico que foi identificado pelo codinome doutor “X”, para preservar sua identidade:

“[...] só que aí a gente conseguiu marcar uma consulta pra ela com o doutor ‘X’ porque é a nossa preferência para fazer a cirurgia, por não conhecer o outro. Talvez pra agilizar um pouquinho mais seria com o doutor ‘X’, porque já é um médico conhecido e as outras pessoas que fez a cirurgia com ele [...]” (paciente 42, hernioplastia, dois meses na fila de espera)

Outro exemplo de conteúdo caracterizado como serviço de saúde é o da paciente que recorreu a um vereador:

“[...] Eu fui só no vereador mesmo, consegui. Ele ia conseguir para mim, só que para Belo Horizonte eu não quero ir não [...] É, mas a gente vai lá no SUS assim, pergunta os outro, mas num adianta não [...] informação foi o vereador sim [...] a intenção dele era conseguir mesmo, só que eu falei assim: fora de Viçosa eu não quero não [...]” (paciente 12, colecistectomia, dois meses na fila de espera)

Verificou-se uma diversidade de conteúdos e um grande número de ajudas diferentes, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Principais conteúdos que circularam nas redes ativadas por pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Tipo de Conteúdo	Principais Ações Realizadas
Serviços de saúde	- agilização de exames - agilização da cirurgia - descontos em consultas
Cuidados	- banho no paciente - alimentação diferenciada - medicação do paciente - cuidados com os filhos menores
Apoio operacional	- encaminhamento de papéis - intermediação de datas de consultas e exames
Bens	- dinheiro para pagamento de consultas e exames
Apoio emocional	- apoio emocional ao paciente e a outros familiares
Orientação	- indicação de pessoas a serem procuradas - orientação sobre documentação a ser preparada

Fonte: dados da pesquisa

4.2.3. As normas

Sobre as normas, Portugal (2006, p. 560) afirma que elas “[...] dizem aos indivíduos como eles se devem comportar e o que devem esperar dos outros.” Na investigação sobre as normas que regeram os conteúdos que circularam nas redes foram identificados quatro tipos. Dois destes tipos constam do modelo proposto por Portugal (2006) e adotado como padrão neste trabalho: as normas de reciprocidade e as de obrigação. Entretanto, outros dois tipos foram verificados na amostra e, para utilização neste estudo, foram classificados como: atuação profissional e reciprocidade eleitoral.

A atuação profissional foi relatada pelas famílias como sendo decorrente da ação dos profissionais de saúde (médico e psicólogo), que prestaram ajuda no decorrer do tempo de espera pela cirurgia. Estas atuações, entretanto, foram além da obrigação profissional, sendo caracterizadas pelas famílias como favores, ajudas. Já a reciprocidade eleitoral, identificada também por Marques (2009), surgiu pela atuação significativa dos agentes políticos municipais, prefeito e vereadores, que utilizaram seus acessos privilegiados ao sistema para, de alguma forma, ajudar as famílias dos pacientes. A Tabela 7 mostra a incidência das normas encontradas e sua tipificação.

Tabela 7 – Normas que regeram os conteúdos das ajudas recebidas pelos pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Normas	Valores	
	Nº	%
Obrigação familiar	39	88,7
Obrigação domiciliar	17	38,7
Reciprocidade	15	34,1
Reciprocidade eleitoral	12	27,3
Atuação profissional	6	13,6

Fonte: dados da pesquisa.

Como já citado, foram relatados 134 conteúdos pelos 44 pacientes que obtiveram alguma ajuda, ressaltando que um dos pacientes não relatou qualquer ajuda recebida.

A norma preponderante entre as famílias foi a obrigação, ou seja, aquelas situações em que os respondentes apontaram que a ajuda recebida foi decorrente da obrigatoriedade de ajudar. Estas normas estão relacionadas aos conteúdos prestados pelos familiares, incluindo moradores e não moradores no mesmo domicílio do paciente. As normas de obrigação foram relatadas de duas formas: a) pelo laço familiar, ou seja, a pessoa tinha a obrigação de ajudar pelo fato de ser da família, pelo laço de consanguinidade; e b) pelo laço domiciliar, ou seja, envolvendo normalmente os parentes mais próximos, como cônjuge e filhos, que residiam na mesma casa do paciente. Em torno de 88,7% das famílias relataram a ocorrência da obrigação pelo laço familiar, ou seja, aquelas que envolviam a família em toda a sua extensão, como, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, netos, tios e primos. A obrigação pelo laço domiciliar foi relatada por 38,7% das famílias. Cabe ressaltar que algumas famílias, em conteúdos diferentes, citaram mais de um tipo de norma.

A segunda norma mais relatada foi a de reciprocidade, citada por 34,1% das famílias que tiveram alguma ajuda. Esta reciprocidade estava relacionada aos conteúdos fornecidos pelos amigos, conhecidos ou vizinhos, íntimos ou não da família. Eram pessoas que poderiam esperar alguma retribuição em troca daquela ajuda. Embora não tenha sido essa a intenção deste trabalho, foram verificadas diversas situações em que estas pessoas já haviam ajudado e sido ajudadas em épocas anteriores. As principais

ajudas envolviam situações de doença na família, embora tenham sido relatadas também ocorrências de ajuda em casos de falecimento de parentes, indicação de emprego e empréstimo de bens de pequena monta.

A reciprocidade eleitoral foi relatada por 27,3% das famílias ajudadas. As citações não foram claras quanto à obrigatoriedade de retribuir estas ajudas. Nenhuma das famílias citou claramente que votaria naquele político por ter recebido a ajuda, porém, os relatos indicaram este sentimento de dever de retribuir, funcionando numa lógica do tipo: se ele me ajudou sendo político, é melhor que ele continue no poder para que eu possa novamente recorrer se for preciso.

Os conteúdos oriundos das atuações profissionais foram reportados por 13,6% das famílias, que recorreram a profissionais da saúde para conseguir ajuda. Para estas famílias, estes profissionais foram além de sua obrigação profissional, atendendo em horários extraordinários e prestando cuidados e atenção além do que seria esperado.

5. Conclusão

O perfil dos pacientes permitiu concluir que os usuários do SUS possuem baixa escolaridade, precariedade da condição laboral, famílias numerosas e renda *per capita* inferior a um salário mínimo, conjunto esse que caracteriza uma situação de pobreza. Essa condição das famílias, de dependência exclusiva do SUS para cuidar da saúde – o que nem sempre é obtido –, levou à ativação de redes, constituídas, majoritariamente, por laços fortes e, em sua maioria, *encapsuladas*.

A maioria das famílias em fila de espera buscava algum tipo de ajuda fora do SUS, sendo que a maior parte destas ajudas vinha do grupo familiar, onde estão os laços fortes. Os conteúdos destas ajudas do grupo familiar, entretanto, eram, em grande parte, de apoio emocional e de orientação, enquanto as ajudas obtidas fora dos laços de família, portanto derivadas de laços fracos, foram as mais efetivas, pois incluíam conteúdos instrumentais, no âmbito do sistema público de saúde, como a agilização de consultas e exames, as consultas gratuitas ou com algum desconto. As normas que regeram o conjunto das ajudas foram, na maioria, classificadas como

obrigação familiar, baseada na relação de parentesco, e a obrigação domiciliar, com base no fato de compartilhar a mesma casa de moradia. Entretanto, também tiveram grande destaque as normas de reciprocidade – quando as pessoas se ajudam mutuamente, principalmente vizinhos e conhecidos – e a reciprocidade eleitoral, advinda de agentes políticos que prestam alguma ajuda e que, em épocas de eleição, são lembrados nas votações.

No geral, pode-se concluir que as famílias quando estão em situação de dificuldade, como é o caso de agravos de saúde, recorrem às suas redes sociais, principalmente quando as políticas públicas de proteção não lhes proporcionam o que julgam adequado. Assim, possuir laços fora do âmbito familiar mostrou-se como um fator importante no acesso mais rápido e mais eficaz ao sistema público de saúde.

6. Referências bibliográficas

BARDIN, I. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Setenta, 2009.

BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W; ENGEL, JAMES F. *Comportamento do consumidor*. 9 ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC Editora, 2009.

CARVALHO, A. M. A.; BASTOS, A. C. S. B.; RABINOVICH, E. P.; SAMPAIO, S. M. R.. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 11, n. 3, p. 589-598, set./dez. 2006.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 6 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Conass. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília, DF: Conass, 2003.

DESSEN, M. C.; SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Pesquisa em família: integrando métodos quantitativos e qualitativos. IN: WEBER, L. N. D.; DESSEN M. A. (Org.). *Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados*. Curitiba: Juruá, 2009, p. 17-28.

DOMINGUES, J. M. *Sociologia e modernidade: para entender a sociedade contemporânea*. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2001.

DOMINIK, E. C. *Padrão de consumo familiar em diferentes estágios do ciclo de vida e níveis de renda, Bambuí, MG*. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2010.

DURKHEIM, E. *Da divisão do trabalho social*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999 (coleção tópicos).

ESTEBAN, M. P. S. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. Porto Alegre, RS: AMGH, 2010.

FAZITO, D.; SOARES, W. *Análise das redes de migração interna no Brasil (1986-1991): aspectos macroestruturais*. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/iussp2001/cd/GT_Migr_Fazito_Soares_Text.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.

GARCÍA, M. R. *Redes: una aproximación al concepto*. Consejo Nacional para La Cultura y las Artes. Sistema de Información Cultural. México: 2006. Disponível em: <http://sic.conaculta.gob.mx/ficha.php?table=centrodoc&table_id=81>. Acesso em: 5 jan. 2011.

GRANOVETTER, M. The strength of weak ties: a network theory revisited *Sociological Theory*, v. 1, 1983, 201-233.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009*. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2012.

_____. *Censo 2010*. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=31>. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. *Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE 2009*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2010c.

LOPES, F. D.; BALDI, M. Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 43, n. 5, set./out. 2009.

MARQUES, E. *Redes sociais, segregação e pobreza*. São Paulo, SP: Editora UNESP, 2010.

_____. As redes importam para o acesso a bens e serviços obtidos fora de mercados? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, SP, v. 24, n. 71, out. 2009.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 41-49, set./dez. 2004.

MARTINS, P. H. Redes sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico. *Cinta Moebio*, n. 35, p. 88-109, 2009. [online].

MAY, T.; WILLIAMS, M. Surveys sociais: do desenho à análise. In: MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3 ed. São Paulo, SP: Artmed, 2004, p. 110-143.

MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, SP: v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.

PORTUGAL, S. As coisas, os modos e os laços: o papel das redes informais na provisão de recursos. *Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas, Reflexividade e Acção*, Atelier: Famílias. 2004.

_____. *Novas famílias, modos antigos: as redes sociais na produção de bem-estar*. 2006, 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

_____. *Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica*. Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, n. 271, p. 2-35, 2007.

PRATES, A. A. P. Redes sociais em comunidades de baixa renda: os efeitos diferenciais dos laços fracos e dos laços fortes. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 43, n. 5, set./out. 2009.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*: Trajectos 17. 5 ed. Lisboa: Gradiva – Publicações S.A., 2008.

RADOMSKY, G.; SCHNEIDER, S. Nas teias da economia: o papel das redes sociais e da reciprocidade nos processos locais de desenvolvimento. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 249-284, maio/ago. 2007.

RAMOS, T. C. V. *Análise do processo decisório familiar concernente à saúde bucal: fatores determinantes e implicações do tratamento ortodôntico*. 2011. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2011.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Necessidades, práticas e apoio social: dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 2, p. 69-73, jul./dez. 2008.

SARTI, C. A. Algumas questões sobre família e políticas sociais. In: JACQUET, C.; COSTA, L. F. (Org.). *Família em mudança*. São Paulo, SP: Companhia Ilimitada, 2004. p. 193-213.

SILVA, C. N. Resiliência no indivíduo e na família. In: JACQUET, C.; COSTA, L. F. (Org.). *Família em mudança*. 1 ed. São Paulo, SP: Companhia Ilimitada, 2004. p. 177-192.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais Agroindustriais*, Lavras, MG, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SIMMEL, G. *Sociologia*. São Paulo, SP: Ática, 1983.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*. Brasília, DF: Cortez, 1994. p. 77-92.

VIÇOSA. Prefeitura Municipal de Viçosa. Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa. *Plano Municipal de Saúde de Viçosa*. Viçosa, MG, 2010. 112 p.

ARTIGO 3

O PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR EM SITUAÇÕES DE AGRAVOS DE SAÚDE DE PACIENTES DO SUS

Resumo: O processo de tomada de decisão é um tema estudado em diversas áreas do conhecimento. Especificamente, o processo decisório familiar envolve os parentes e outras pessoas que se relacionam com os membros da família. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de tomada de decisão das famílias que tinham algum de seus membros em situação de espera para a realização de cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS), identificando os fatores intervenientes e os diversos papéis exercidos pelas pessoas ao longo do processo. Com efeito, realizou-se uma pesquisa qualitativa, na qual foram entrevistadas 45 famílias de pacientes que se encontravam na fila de espera pela cirurgia. Os resultados apontaram que os períodos de espera variaram de um a 64 meses, sendo a decisão de permanecer aguardando a cirurgia pelo SUS decorrente da baixa condição econômica das famílias, pois a maioria assinalou que se tivessem recursos financeiros realizaria o procedimento fora do SUS. Verificou-se também a participação representativa dos familiares, amigos e conhecidos no exercício dos diversos papéis presentes em todas as etapas do processo decisório. Concluiu-se que as decisões tomadas pelas famílias em fila de espera do SUS são influenciadas preponderantemente pelos familiares mais próximos, mas que os principais papéis são exercidos pelo próprio paciente.

Palavras-chave: processo decisório familiar; situações de agravos de saúde; SUS.

1. Introdução

Por diversos motivos, o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem conseguido atender – por razões díspares – às demandas dos usuários, apesar da garantia prevista na Constituição de que a saúde é “[...] direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Essa incongruência entre o dispositivo legal – que garante o direito de todos no acesso – e a prática, na qual, em muitos casos, vive-se um tempo de espera demasiadamente longo para acessar o serviço de saúde, causa insatisfação nos cidadãos.

Essa limitação causa desassistência, provocando inúmeros transtornos na vida familiar dos indivíduos. Em muitos casos, a família é obrigada a alterar seu cotidiano para conviver com situações de doença de um de seus membros (PORTUGAL, 2006). Se o acesso ao tratamento for muito demorado, a família pode, inclusive, buscar alternativas de cuidados fora do sistema público, o que exigirá dela novas conexões em seu espaço-tempo relacional. As consequências são diversas, como: comprometimento das finanças ao buscar serviços privados de saúde, mudanças nos papéis dos membros da família para cuidar do doente, articulação com suas redes sociais – ou seja – para buscar apoio (material, psicológico, orientações), dentre outras. Dessa forma, conviver com esta situação de espera por um tratamento de saúde leva as famílias a constantes questionamentos sobre as alternativas para resolver o problema, envolvendo-as num processo decisório.

Neste contexto, pressupõe-se que o processo decisório seja influenciado por vários fatores, como a condição econômica da família, a percepção de urgência acerca da necessidade de tratamento e a opinião de pessoas externas ao grupo familiar. Dentro da própria família, as discussões sobre estas alternativas já se configuram como um conflito, que exige a busca de informações, avaliação de alternativas e decisão.

Essa temática, dentre outros assuntos, foi pesquisada por Portugal (2006), ao examinar como se dá o acesso das famílias portuguesas ao tratamento de saúde, bem como os fatores intervenientes neste acesso. O estudo mostrou que se pudessem escolher e, se tivessem renda suficiente, os cidadãos portugueses prefeririam utilizar serviços privados de saúde;

además, em sua maioria, os cidadãos consideram o serviço público de saúde como de baixa qualidade.

Assim, o que se busca neste artigo é examinar as etapas do processo decisório desenvolvido no âmbito da família que tem algum de seus membros em fila de espera para tratamento de saúde, buscando identificar os elementos influenciadores das decisões e os papéis exercidos pelas diversas pessoas envolvidas no processo.

2. Marco teórico e conceitual

Grande parte dos estudos sobre processo decisório aborda principalmente a tomada de decisão no âmbito das organizações. O objetivo destes trabalhos é, na maioria das vezes, compreender o processo decisório nas empresas, buscando o desenvolvimento de um modelo que torne este processo mais ágil e eficaz (LUPE; ÂNGELO, 2010; DACORSO *et al.*, 2010; TORRES JÚNIOR, 2010). Nestes estudos – embora a subjetividade dos indivíduos seja também considerada porque influencia diretamente o processo decisório – o foco principal são as relações organizacionais e os modelos adotados nas empresas.

Alguns autores também estudaram o processo decisório sob o ponto de vista individual, mas, preponderantemente estes trabalhos analisam situações em que existem diversas alternativas e o indivíduo pode escolher uma entre elas (RAIFFA, 1977; HAMMOND *et al.*, 1999). Outro grupo de autores, vinculado ao campo do marketing (que é uma área da administração), tem estudado o processo de tomada de decisão do consumidor, visando compreender as motivações e as influências no nível e no tipo de consumo (GADE, 1998; GIGLIO, 2005; SOLOMON, 2005; KOTLER; KELLER, 2006; KOTLER; ARMSTRONG, 2007). Poucos estudos foram encontrados sobre a tomada de decisão no âmbito da família, ou seja, em situações em que o grupo familiar é diretamente afetado pela decisão tomada e a forma como se dá este processo. Pontualmente nesta linha, pode-se citar os trabalhos de Mirapalheta (2004), Arriagada (2006), Schreiner (2007) e Ramos (2011). Nestes casos, há que se considerar a família como um

espaço relacional com características próprias, constituindo-se numa categoria de análise peculiar.

Assim, conforme afirma Torres Júnior (2010, p. 8) sobre o processo de tomada de decisão, há “[...] uma multiplicidade de abordagens sobre os mais diferentes aspectos da natureza do fenômeno”, as quais o referido autor classifica como exposições de conteúdo e de forma. As primeiras, englobam desde os estudos com foco na Sociologia e na Psicologia, investigando aspectos, como satisfação pessoal e a intimidade do indivíduo, até os considerados racionalistas, que estudam as decisões organizacionais. As abordagens da forma se concentram, principalmente, na análise das fases e das estruturas que envolvem o processo decisório.

Gade (1998) afirma que duas correntes se destacam nos estudos sobre tomada de decisão. A primeira, de influência das ciências econômicas, considera que as pessoas agem de maneira racional, visando garantir a maximização dos ganhos e a minimização das perdas; enquanto a segunda, baseada na psicologia, sustenta que os ganhos e as perdas são considerados em função do que outras pessoas pensam e do conteúdo emocional. Em suma, pode-se classificar os estudos sobre a tomada de decisão entre os racionalistas, que definem claramente as fases do processo, o exame das alternativas e suas consequências – considerados como modelos normativos – e os descritivos como aqueles que consideram o estilo e a intuição do indivíduo, por exemplo, como fatores preponderantes no processo decisório (TONETTO *et al.*, 2006; TORRES JÚNIOR, 2010).

É comum, na literatura, a proposição de modelos ou roteiros do processo decisório. Hammond *et al.* (1999) propõem um modelo com oito fases: identificar corretamente o problema, estabelecer o objetivo que se deseja alcançar, enumerar as alternativas possíveis, analisar as consequências de cada uma dessas alternativas, ponderar os objetivos concorrentes, dimensionar e avaliar as incertezas, avaliar o risco de cada alternativa e ponderar as consequências futuras da decisão. Parte dos estudiosos do comportamento do consumidor também trabalha com esquemas semelhantes a esse. Trata-se, pois, de um modelo racionalista que pressupõe o conhecimento prévio das alternativas por parte do indivíduo tomador de decisão e a sua capacidade de mensurar as consequências de cada

alternativa, bem como de avaliar as vantagens e desvantagens de cada uma delas. É um modelo em que as escolhas são feitas sob condições ideais, de modo que quem decide escolhe a opção que produz a maior utilidade (LUPPE; ÂNGELO, 2010).

Entretanto, é fato que corriqueiramente as decisões são tomadas sob incerteza, sem o conhecimento pleno das informações e onde podem incidir eventos não controláveis que podem levar a resultados, com efeitos sobre a condição final de quem decidiu (RAIFFA, 1977). Luppe e Ângelo (2010) relatam que Simon (1957) cunhou o conceito de racionalidade limitada, pontuando que o indivíduo, em situação real, constrói um modelo simplificado para cada situação, buscando a solução que o satisfaz (TONETTO *et al.*, 2006), a qual varia em função da percepção e da aprendizagem de cada um, o que contraria as premissas racionalistas que pressupõem a existência de uma solução ideal ou ótima para cada problema.

Nas decisões complexas, tomadas sob incerteza, os indivíduos também se utilizam de heurísticas, as quais são normas gerais adotadas para se chegar a uma decisão e que reduzem a complexidade das tarefas de análise das probabilidades a simples ações de julgamentos (TONETTO *et al.*, 2006); ou seja, são atalhos mentais que simplificam o processo decisório. Entretanto, esse processo simplificado “[...] pode também gerar erros sistemáticos por causa dos vieses cognitivos [...], gerando o que se reconhece como decisões enviesadas” (DACORSO *et al.*, 2010, p. 58). Bazerman (2004) também ressalta que as heurísticas, com seus modelos simplificados, podem levar os indivíduos a errar sistematicamente.

Entre os estudiosos do processo decisório, Raiffa é classificado como subjetivista, por considerar os julgamentos e as sensações intuitivas diretamente relacionados ao problema de decisão, em contraposição aos objetivistas, que preconizam que estes aspectos subjetivos sejam desconsiderados na análise formal. Raiffa (1977) propõe que, em condições de incerteza, a análise de um problema de decisão requer a observância de cinco etapas: a) listar as opções disponíveis e colher informações sobre elas; b) descrever os eventos que podem ocorrer; c) dispor, em ordem cronológica, as informações e as escolhas possíveis à medida que o tempo

passa; d) analisar as consequências resultantes das ações possíveis; e e) avaliar as chances de ocorrência de qualquer dos eventos possíveis.

Entretanto, nem sempre a situação escolhida é ótima, mas a melhor entre as que estão disponíveis. Assim, a decisão estará carregada de preferências, julgamentos e compreensão pessoal do problema, o que torna quem decidiu uma parte essencial do processo de análise. Ao considerar estes aspectos subjetivos do processo decisório, o referido autor não reconhece a figura do homem racional e econômico, com padrões coerentes de comportamento. Em vez disso, o autor propõe que o indivíduo, mesmo sob incerteza, selecione um curso de ação coerente com suas opiniões e preferências pessoais.

Dacorso *et al.* (2010) consideram que nem o método intuitivo (descritivo) e muito menos o método analítico (normativo) são eficazes isoladamente, como suporte às tomadas de decisão individuais ou coletivas, pontuando que “o ideal, aparentemente, é o uso da análise para suportar a intuição” (p. 59). Estes mesmos autores ressaltam que, comprovadamente, o ser humano utiliza-se de processos chamados de inconsciente adaptável, que não são perceptíveis nos cenários conscientes, mas que estão relacionados com a forma de julgar o mundo, estabelecer objetivos, perceber perigos e outros processos críticos de sobrevivência.

2.1. Decisões de consumo

Não existe um conjunto de conhecimentos definitivos sobre o comportamento do consumidor. Existem modelos teóricos, que partem de premissas consideradas aceitáveis, levando cada um destes modelos a consequências práticas diversas. Assim, não há que se falar em um modelo teórico mais adequado e, sim, que algumas teorias são prevalentes pelo fato de conseguirem explicar melhor um maior número de casos (GIGLIO, 2005), o que, necessariamente, não invalida as demais.

Giglio (2005) destacou cinco teorias sobre o comportamento do consumidor. A primeira corrente é das teorias racionais, que distinguem no ser humano sua capacidade de raciocínio, de utilizar soluções lógicas e de flexibilidade na busca de opções. Os racionalistas colocam as emoções e os

afetos humanos em lugar secundário nos processos decisórios. A principal teoria racional baseia-se na teoria econômica, que considera como fatores preponderantes os desejos infinitos dos homens e os recursos escassos. Assim, o fator renda é um dos mais importantes. Outro componente importante nessa abordagem é a pressuposição de que os indivíduos levam em consideração o fator risco, isto é, uma boa decisão é aquela que diminui as incertezas.

As teorias racionalistas, de cunho positivista, têm ampla aceitação entre os estudiosos por sua simplicidade teórica e pelas facilidades metodológicas (GIGLIO, 2005). Entretanto, não estão imunes às críticas. A principal delas é a pressuposição de que o ser humano é racional, consciente de suas necessidades e de como satisfazê-las, o que vai de encontro a outras teorias, como as de Freud e as de Maslow, que não admitem esta total racionalidade do indivíduo (KOTLER; ARMSTRONG, 2007). Os críticos também relatam o foco restrito às características objetivas (do produto, por exemplo), em detrimento de características subjetivas, inerentes ao ser humano. O próprio conceito de risco, presente nas teorias racionais, é criticado, pois este é tratado somente de forma objetiva, desconsiderando elementos subjetivos, como a propensão de alguns indivíduos a correr estes riscos (GIGLIO, 2005).

Outra abordagem do comportamento do consumidor e de seu processo decisório são as teorias da motivação, embasadas em conceitos da psicologia, onde se destacam as teorias de Freud e de Maslow. O primeiro afirma que as pessoas não conhecem seus verdadeiros desejos, que são guiadas pelo inconsciente, o que se contrapõe aos pressupostos racionalistas que se apoiam na razão e na consciência do ser humano (KOTLER; ARMSTRONG, 2007). Para Giglio (2005, p. 39), o comportamento do consumidor seria explicado, sob a teoria de Freud, como resultante de conteúdos inconscientes, onde o “[...] comportamento de consumo é uma das formas de satisfação dos desejos inconscientes.”

Por outro lado, a teoria das necessidades básicas de Maslow tem como tese principal que as pessoas buscam a satisfação de cinco tipos de necessidades, hierarquicamente situadas: a) fisiológicas, aquelas básicas para a sobrevivência, como sede e fome; b) de segurança, que pode ser

física ou psíquica; c) de afeto, que inclui a necessidade do indivíduo de ser amado; d) de relacionamento, pela qual o indivíduo busca o reconhecimento por outras pessoas de seu próprio valor; e e) de autorrealização, quando o indivíduo procura desenvolver suas potencialidades e seu autoconhecimento. As teorias motivacionais têm o mérito de utilizar pesquisas em profundidade, em que se procuram os verdadeiros motivos das decisões de consumo. A principal crítica que se faz às teorias da motivação é a dificuldade de sua operacionalização como instrumento de pesquisa, exigindo atenção aguçada do pesquisador, cuidado esse recomendado pelo próprio Freud (GIGLIO, 2005).

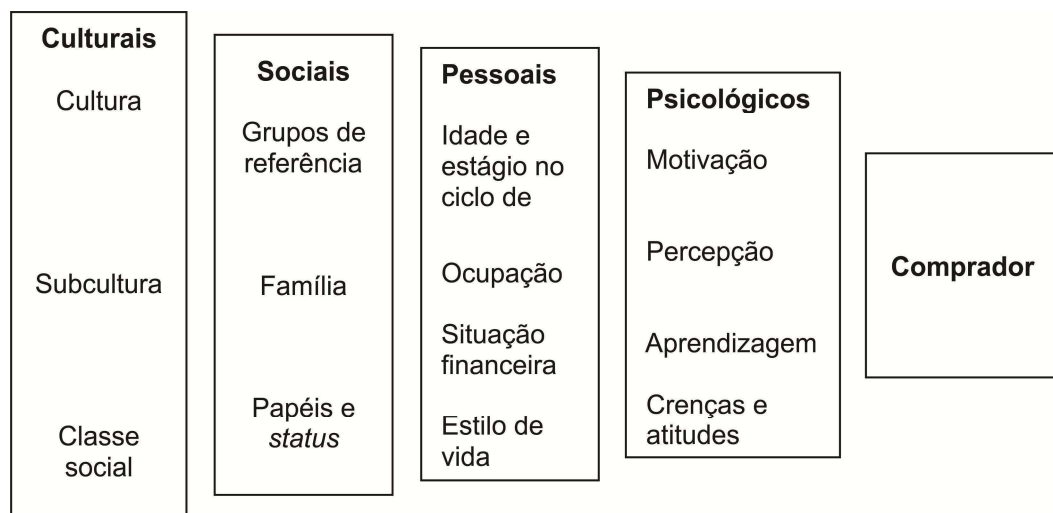
A terceira abordagem sobre as decisões de consumo, segundo Giglio (2005), são as teorias comportamentais, ou behavioristas, também de linha positivista, que colocam como objeto de estudo somente os fenômenos observáveis, excluindo as emoções, os afetos e o inconsciente, presentes nas teorias motivacionais. Ainda segundo Giglio (2005), um dos autores mais relevantes das teorias comportamentais é Skinner, com sua teoria do condicionamento. Seu princípio básico é que um comportamento pode ser incrementado se estiver vinculado a uma recompensa, um reforço positivo. Assim, uma pessoa tende a repetir seu comportamento sempre que este lhe proporcionar uma recompensa, criando um hábito difícil de ser quebrado. Os críticos às teorias comportamentais classificam-nas como reducionistas pela generalização extremada contida nelas de que tudo é comportamento.

As teorias sociais baseiam-se na “[...] ideia de que o fundamento do comportamento de consumo não está na pessoa, mas fora dela, nas regras dos grupos aos quais ela pertence ou ao qual gostaria de pertencer.” (GIGLIO, 2005, p. 51). Estas teorias destacam as influências do contexto social nos comportamentos e nas decisões de consumo do indivíduo, apontando que os grupos e as relações – familiares, sociais e culturais – têm o poder de criar e modificar comportamentos. Para Giglio (2005), os grupos sociais – cujo elemento mais importante é a família, mas também engloba a escola, o trabalho, o clube e outros – impõem normas de conduta, inclusive regras de consumo. Já, o conceito de grupo cultural é mais amplo, incluindo etnias, religiões e pátrias. O que se critica nas teorias sociais é a dificuldade de sua operacionalização, pois explicar que um determinado comportamento

foi causado pela cultura do indivíduo é tão difícil quanto sustentar que foi causado por um processo inconsciente, como se dá nas teorias da motivação.

Sobre as teorias existenciais, Giglio (2005) destaca os conceitos do Existencialismo e da Fenomenologia, para formar um arcabouço teórico sobre o comportamento do consumidor. Para esse autor, o Existencialismo consiste em “ir ao encontro dos fatos” (p. 54, aspas do autor) e não somente aplicar a teoria ao fato. Em suma, significa ver os fatos como eles se apresentam, para depois teorizar sobre eles.

Kotler e Armstrong (2007) consideram que o comportamento de compra do consumidor é influenciado por fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos, conforme se verifica na Figura 1.



Fonte: Kotler e Armstrong (2007, p. 113).

Figura 1 – Fatores que influenciam o comportamento do consumidor.

Segundo os supracitados autores, os fatores culturais são os que exercem a maior e a mais profunda influência. Destacam, ainda, que este fator é composto pela cultura, subculturas e classes sociais, sendo que a cultura – formada por valores, percepções, preferências e comportamento da família – é o principal determinante das ações e dos desejos de uma pessoa. As subculturas são elementos de identificação e socialização específicos de um grupo, destacando-se as nacionalidades, as religiões, os grupos raciais e as regiões geográficas. As classes sociais, presentes nas sociedades estrati-

ficadas, são divisões relativamente homogêneas, hierarquicamente ordenadas e cujos membros possuem valores, interesses e comportamentos similares.

Os fatores sociais são compostos pelos grupos de referência, família, papéis sociais e *status*. Os grupos de referência são os que exercem alguma influência, direta ou indireta, sobre as atitudes de uma pessoa. A família, nas suas diversas conformações, é considerada pelos autores, como um grupo de referência primário, de grande influência nas decisões de consumo. Cada papel social, que são as atividades esperadas que uma pessoa deve desempenhar, carrega um status, que vai refletir os comportamentos de consumo (KOTLER; ARMSTRONG, 2007).

Os fatores pessoais são elementos, como idade, estágio no ciclo de vida, ocupação, renda, estilo de vida e outros que também influenciam as decisões de consumo. Os padrões de consumo são moldados, de acordo com a idade e o ciclo de vida da família e refletem as transformações ao longo da vida de uma pessoa. As circunstâncias econômicas – ocupação, renda, patrimônio, crédito, dentre outras – afetam diretamente o processo decisório de consumo podendo ser um fator limitador e diferenciador entre os grupos. O estilo de vida representa a interação de uma pessoa com seu ambiente e reflete as escolhas de consumo de cada um (SOLOMON, 2005).

Por fim, os fatores psicológicos, que são: motivação, percepção, aprendizagem e memória, são elementos influenciadores do comportamento do consumidor. A motivação, em suma, pode ser abordada pelas teorias de Freud, Maslow e Herzberg. Freud concluiu que os indivíduos comportam-se de forma inconsciente sem entender completamente suas motivações. Para Maslow, os indivíduos são motivados por necessidades específicas, dispostas hierarquicamente e por ordem de importância, em termos de: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidade de estima e necessidade de autorrealização. Somente após satisfazer uma necessidade mais importante é que os indivíduos buscarão satisfazer a próxima. Já, Herzberg aponta a existência dos fatores de insatisfação e dos fatores de satisfação e que as pessoas, ao consumir, levam em conta os dois conjuntamente. Uma pessoa motivada está pronta para agir, porém esta ação é influenciada pela percepção que ela tem da situação. A percepção é

a forma como as pessoas interpretam as informações recebidas e depende de estímulos físicos e das relações destes com o ambiente, além das condições internas da pessoa. A aprendizagem, por sua vez, refere-se às mudanças no comportamento das pessoas decorrentes de suas experiências e nasce da interação entre impulsos, estímulos, sinais, respostas e reforços. A memória é a acumulação das informações e das experiências das pessoas ao longo da vida (KOTLER; ARMSTRONG, 2007).

Todos esses fatores – culturais, sociais, pessoais e psicológicos – podem influenciar o processo de decisão de consumo, que num modelo planejado, passa por quatro etapas ou estágios: reconhecimento do problema, busca de informações, avaliação de alternativas e decisão (SOLOMON, 2005). Além destas quatro etapas, alguns autores propõem mais um estágio que é o comportamento pós-decisão (GADE, 1998; KOTLER; KELLER, 2006). Dessa forma, o modelo planejado e racional do processo de decisão de consumo se comporta conforme a Figura 2.



Fonte: adaptado de Kotler e Keller (2006, p. 189)

Figura 2 – Modelo de cinco etapas do processo decisório de consumo.

O primeiro passo é o reconhecimento do problema ou de uma necessidade provocados por estímulos internos ou externos (KOTLER; KELLER, 2006) ou por uma dissonância de percepção entre a situação presente e a situação desejada (GADE, 1998). Os estímulos internos são despertados por necessidades básicas do ser humano – como fome, sede, atenção à saúde, dentre outras – e que levam, na maioria das vezes, a ações por impulso. Nos estímulos externos as necessidades são despertadas por fontes exteriores, principalmente informações.

O segundo passo é a busca de informações, que, para Kotler e Keller (2006), podem vir de quatro fontes: a) pessoais, que inclui família, amigos, vizinhos e conhecidos; b) comerciais, oriundas de publicidade e mostruários; e c) públicas, como os meios de comunicação de massa; (d) experimentais, quando há o contato direto com o bem a ser consumido.

O terceiro estágio refere-se à avaliação das alternativas, a qual se dá a partir do momento em que a pessoa processa as informações obtidas na etapa anterior. Esta avaliação pode ocorrer de forma racional e consciente, mas também pode se basear em crenças ou acontecer de forma instintiva, sendo influenciada pelo grau de engajamento ou envolvimento da pessoa com a situação (GADE, 1998).

A decisão é tomada após o processo de avaliação das alternativas, onde as pessoas estabelecem preferências e demonstram a intenção de consumir. Nesta fase, os indivíduos podem optar por despender mais tempo na análise ou por tomar a decisão utilizando atalhos mentais, conhecidos como heurísticas, que são regras simplificadoras do processo decisório. O processo de escolha da alternativa é influenciado por fatores, como características pessoais, complexidade do processo, ambiente e contexto social (KOTLER; KELLER, 2006). Outros fatores que interferem são as atitudes de outras pessoas e situações imprevistas ou urgentes (GADE, 1998).

Após a decisão, a pessoa verifica se o resultado proporcionado pelo produto ou serviço está coerente com o que se esperava dele, o que pode levar a um maior ou menor grau de satisfação em relação à decisão tomada.

Para Gade (1998), o processo decisório é o momento em que o indivíduo levará em consideração os prós e os contras de uma decisão de consumo ou se deixará se levar pelo impulso não controlado, misturando componentes racionais e emocionais. Este processo de decisão é influenciado por variáveis psicológicas, demográficas e sociais.

As decisões de consumo no nível familiar são particularmente estudadas de forma distinta. Para Solomon (2005), estas decisões são de dois tipos básicos: consensual e acomodativa. No primeiro caso, os membros da família concordam com o consumo, podendo diferir somente na maneira como isso se realizará. Neste modelo, a família se envolve na resolução do problema e considera as alternativas até chegar a uma solução que satisfaça a meta estabelecida pelo grupo. Russo e Schoemaker (2002) destacam que a participação de várias pessoas no processo decisório tem como vantagem não só a decisão de consenso, mas também o compromisso de todos no momento da ação.

Entretanto, nem sempre é possível o consenso. Na maioria dos casos, a decisão é do tipo acomodativa. Neste modelo, os membros da família não conseguem chegar a uma decisão que satisfaça as mínimas expectativas dos envolvidos. Chegando a este ponto, aparecem figuras, como a barganha, a coerção, o comprometimento e o exercício do poder, para obtenção do consenso. Os conflitos entre os membros da família ocorrem na medida da importância da decisão, de sua imprevisibilidade ou se os indivíduos têm fortes opiniões sobre as alternativas.

Solomon (2005) ressalta que alguns fatores específicos determinam o grau de conflito nas decisões familiares. A necessidade interpessoal, entendida como o nível de investimento de uma pessoa no grupo, é um destes fatores. Assim, um membro que fica mais tempo em casa, se importará mais com as decisões de consumo de bens no lar. A utilidade do bem ou serviço a ser consumido e o envolvimento de cada um dos membros com este produto também pode ser motivo de conflito. Outro fator de conflito é a responsabilidade – pela obtenção, manutenção, pagamento, cuidados e outros aspectos – que determinado membro da família tem sobre a decisão. Dessa forma, se uma determinada decisão exigir maior disponibilidade de recursos (financeiros, tempo, dentre outros) tende a ser mais conflituosa. Finalmente, destacam-se as relações de poder como incidentes no processo decisório. Estas se revelam quando um membro da família que exerce maior influência sobre os demais consegue impor suas opiniões. Em famílias de modelo tradicional, com pai, mãe e filhos, o marido – principalmente se for o provedor financeiro do grupo – tende a ter mais poder do que a mãe, esta tem mais poder do que o filho mais velho e assim por diante.

Granovetter (1983) salienta que uma tomada de decisão é mais fortemente influenciada por laços fortes. Cabe ressaltar que as mudanças ocorridas nos modelos familiares afetam diretamente o processo decisório. Portugal (2006) apurou que a escolha de um médico, por exemplo, é fortemente influenciada por conselhos e informações de familiares, amigos, colegas, vizinhos ou conhecidos, podendo até assumir forma de pressão. Arriagada (2006) indica que as significativas mudanças que vêm ocorrendo nos modelos das famílias apontam para uma “[...] transformação no papel das mulheres e a ampliação de sua autonomia, especialmente a econômica”

(p. 216). Schreiner (2007) ressalta, entretanto, que estas alterações proporcionaram mais acesso das mulheres às tomadas de decisão no aparato estatal, porém que isto não se refletiu, no mesmo grau, nas decisões familiares. Já, Mirapalheta (2004) destaca que a transformação do modelo de família elevou o status dos filhos, criando novas relações de poder, onde as decisões deixam de se concentrar nos pais, que agora são mais influenciados pelos filhos.

3. Procedimentos metodológicos

3.1. Tipo de pesquisa, população e amostra

A pesquisa, de caráter qualitativo, foi do tipo interpretativa, conforme Esteban (2010), e teve como objetivo compreender e interpretar a realidade, os significados e as percepções, com base no relato das pessoas. May e Williams (2004) classificam estas perguntas como factuais, onde se aprofunda o questionamento com questões abertas e fechadas. Foram entrevistados pacientes em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS. Como todos os pacientes entrevistados encontravam-se na fila de espera na data da entrevista – porque esta era a condição necessária para compor a amostra – será considerado neste trabalho que permanecer na fila foi a decisão tomada pelo menos até aquele instante, o que não significa afirmar que todos aguardarão indefinidamente.

O estudo foi realizado no município de Viçosa, MG que, segundo o IBGE (2010), tinha uma população de 70.923 habitantes no ano 2010. A estrutura de saúde municipal contava com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 14 Unidades de Saúde da Família (USF), uma policlínica, um centro de saúde da mulher e da criança, uma unidade de atendimento especializado e um centro de atenção à saúde bucal (VIÇOSA, 2010). Em Viçosa também está localizado o CISMIV – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa, que possui diversos ambulatórios de consulta e exames para atendimento a pacientes de toda a microrregião. A cidade conta com dois hospitais filantrópicos que atendem em regime ambulatorial, de urgência e de internação. As informações sobre pacientes

em fila de espera por cirurgia eletiva pelo SUS foram obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, que mantém um cadastro com o nome e o endereço destes pacientes.

Foram entrevistados 45 pacientes, 32 mulheres e 13 homens, escolhidos aleatoriamente da população de aproximadamente 200 usuários em fila de espera, em junho de 2011, por cirurgia eletiva, exclusivamente moradores do Município de Viçosa, MG, segundo cadastro da Secretaria Municipal de Saúde.

3.2. Instrumentos de coleta de dados

Os pacientes foram entrevistados com base em roteiros semi-estruturados. A opção pela entrevista como método de coleta de dados é recomendada por Dessen *et al.* (2009) quando se pretende saber a opinião de indivíduos e captar as interações e relações existentes entre grupos de pessoas, principalmente em pesquisas sobre a família.

A entrevista foi realizada com o próprio paciente e, em alguns casos, que este apresentou dificuldade em responder alguma questão, foi auxiliado por outro membro de sua unidade familiar, caracterizada aqui como os que coabitavam o mesmo domicílio. A participação de membros do grupo familiar na entrevista não foi descartada.

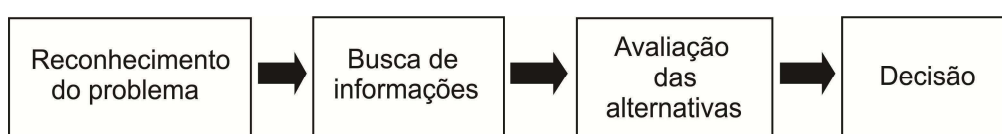
3.3. Variáveis e categorias de análise

As categorias de análise foram estabelecidas previamente, definidas por Campos (2004) como *a priori*, que são amplas e permitem subdivisões.

O processo decisório familiar será analisado sob o prisma da teoria do consumidor, uma vez que mesmo recorrendo ao SUS – pelo qual não há desembolso financeiro –, os cidadãos também têm a opção de utilizar meios dispendiosos, como um plano de saúde privado ou mesmo um tratamento particular. Para Iunes (1995), nestes casos, o usuário pode ser classificado como um consumidor que estaria substituindo um produto por outro. Da mesma forma, Alcoforado (2007, p.52) pontua que “Por si, só a existência de

duas possibilidades de sistema de saúde já coloca o cidadão-consumidor diante de uma escolha.”

Pressupondo que a decisão de permanecer na fila de espera já fora tomada por todos os pacientes, as análises se concentraram na compreensão do processo decisório, em termos de seus fatores intervenientes, bem como na verificação dos papéis exercidos pelos envolvidos durante o processo. Foram utilizadas variáveis necessárias à caracterização do processo decisório, utilizando o modelo, adaptado, proposto por Kotler e Keller (2006), conforme a Figura 3.



Fonte: adaptado de Kotler e Keller (2006).

Figura 3 – Modelo de quatro etapas do processo decisório.

Também foi utilizado o modelo proposto por Levy e Lee (2004) para identificação dos papéis assumidos pelos envolvidos durante o processo. Estes autores identificaram os papéis, que podem ser exercidos em qualquer das etapas do processo decisório: a) **Iniciador**: pessoa que reconheceu o problema dando início ao processo; b) **Influenciador**: pessoa que, de alguma forma, exerceu influência sobre o paciente ou sobre outros membros da família; c) **Produtor de informação**: pessoa que trouxe informações relativas ao problema; **Guarda**: aquele que administrava o fluxo das informações dentro da família; e e) **Tomador de decisão ou decisor**: aquele que tinha autoridade para decidir pela alternativa a ser adotada; f) **Comprador**: pessoa que concretizou a decisão.

Na etapa de reconhecimento do problema foram destacados os seguintes tópicos: tipo de cirurgia, classificação da gravidade do caso pela família, período de tempo em que o paciente se encontra na fila de espera, alterações na rotina da família e do paciente durante a espera.

Sobre a busca de informações foram apurados dados do tipo: qual o tempo de espera informado pelo SUS e as opções de atendimento fora do mesmo. Para caracterização desta fase foram consideradas as etapas

indicadas por Kotler e Keller (2006), que apontam quatro fontes de busca por informação: pessoais, comerciais, públicas e experimentais.

Na fase de avaliação das alternativas, os pacientes foram questionados sobre: qual era o prazo de espera aceitável pela família, quais as pessoas que participaram da discussão do problema e a intenção da família de aguardar o prazo previsto.

Para analisar a fase da decisão foram apurados dados sobre: se houve intenção manifesta da família em buscar atendimento fora do SUS e os motivos que levaram a família a permanecer no SUS.

3.4. Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram trabalhados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), que é interpretativa, para compreensão dos significados que os atores sociais exprimem em suas falas (SILVA et al., 2005), sendo indicada, principalmente, em estudos sobre processos familiares (DESSEN *et al.*, 2009). O agrupamento das unidades de análise foi feito por *frequenciamento*, levando em consideração a repetição dos conteúdos das falas (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008), e também por sua *relevância implícita*, em que os conteúdos são destacados por sua riqueza ou relevância no estudo, conforme proposto por Campos (2004). Dessa forma, os conteúdos foram agrupados em função de sua incidência nas falas e também foram destacados quando foram considerados relevantes dentro da temática estudada.

Os dados foram analisados e interpretados por meio de cruzamento de informações, utilizando-se o software Excel[®].

4. Resultados e discussão

A seguir são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa. Primeiramente foram analisadas cada etapa do processo decisório, de acordo com o modelo adaptado de Kotler e Keller (2006), buscando identificar os fatores intervenientes. Posteriormente, buscou-se identificar e

discutir os papéis assumidos pelos envolvidos no processo decisório, de acordo com o modelo proposto por Levy e Lee (2004)

4.1. Análise do processo decisório

As análises foram feitas a partir da identificação das quatro etapas do processo decisório (KOTLER; KELLER, 2006): reconhecimento do problema, busca de informações, avaliação das alternativas e da tomada de decisão.

4.1.1. Primeira etapa: reconhecimento do problema

Na pesquisa realizada, todos os pacientes tinham conhecimento sobre a necessidade de realização da cirurgia, inclusive sobre qual o procedimento lhe fora prescrito, sendo que 93,0% das famílias também relataram que o assunto havia sido discutido entre eles. A necessidade da cirurgia passou a ser um problema de toda a família, aí incluídos os parentes mais próximos, inclusive os que não residiam no mesmo domicílio. Em alguns casos, o assunto era discutido também com vizinhos e amigos mais íntimos.

Verificou-se, então, que neste tipo de necessidade, relacionada à saúde, o reconhecimento do problema envolveu praticamente todas as pessoas que tinham algum relacionamento mais próximo com a família do paciente. Ao tomar ciência da necessidade, as pessoas envolvidas também fizeram uma dimensão da urgência do caso, o que é um fator determinante nas etapas seguintes do processo decisório, constatando-se que 84,0% das famílias classificaram os casos dos pacientes entre média gravidade, alta gravidade e gravíssimo (urgente). Esta percepção de gravidade pode levar a tomadas de decisões menos racionais, sob pressão. Somente 16,0% das famílias entenderam os casos como sendo de pouca gravidade. A seguir, um relato da percepção da família sobre a gravidade do caso:

“[...] Eu acho que é grave, porque ela... acho que é urgente, porque o comportamento dela mudou muito depois disso. Que dá muita falta de ar, num dorme... ela ficou muito agressiva [...]” (familiar da paciente 16, tireoidectomia, tempo de espera de três meses).

Blackwell *et al.* (2009) pontuam que, no processo decisório, o reconhecimento da necessidade é decorrente da discrepância entre o estágio atual e o que se deseja chegar. Estes mesmos autores ressaltam, entretanto, que esta discrepância deve ser relevante a ponto do indivíduo reconhecer a necessidade e torná-la um problema a ser resolvido.

O período de tempo que o paciente estava aguardando pela realização da cirurgia, ou seja, o prazo em que ele se encontrava na fila de espera, também foi um fator muito considerado pelas famílias durante o processo decisório. O tempo de espera variou de um a 64 meses, com uma média de 17,5 meses, com mediana de 9,0 e desvio padrão de 18,1.

Outro aspecto considerado nesta etapa de reconhecimento do problema foram as alterações na rotina do paciente e das famílias, decorrentes, principalmente, dos sintomas e reações durante o período de espera. A principal alteração relatada pelas famílias foi que o paciente, por causa das alterações relacionadas à doença (dor, sangramento e outros), deixou de realizar alguns afazeres domésticos, que eram sua obrigação na rotina da casa. Esta alteração foi preponderante, visto que a maioria dos pacientes era mulheres. A necessidade de prestar cuidados especiais aos pacientes, como, alimentação diferenciada, controle de medicações e auxílio na locomoção, também foram relatadas como alterações na rotina das famílias.

Um dos principais impactos na rotina do paciente foi ter que deixar de trabalhar por causa dos sintomas da doença. Também foram relatados os sintomas físicos da doença, principalmente dores e sangramento e as alterações na vida social do paciente que, muitas vezes, deixava de sair de casa em virtude da moléstia. O relato a seguir mostra uma situação típica de alteração da rotina familiar – em que o cônjuge e os filhos são afetados pela situação de espera – e do paciente, principalmente em decorrência dos sintomas da doença:

[...] Pra eles, pro meu esposo afetou ele, tanto que ele preocupou em fazer um cartão pra mim, eh... ele tá vendo né? O meu filho também vai me acompanhar durante a cirurgia, aí pediu dispensa lá no trabalho, né? ... Eu tive que algumas vezes me ausentar por algumas horas é, do trabalho... meu patrão teve que, né, ceder também um pouquinho de boa vontade dele, né, minhas colegas de trabalho... Me incomoda bastante... tem dor, muita dor,

sangramento [...]” (Paciente 39, histerectomia, tempo de espera de dois meses).

4.1.2. Segunda etapa: busca de informações

Nesta etapa foram consideradas todas as formas utilizadas pelas famílias para obter informações sobre a realização da cirurgia, de acordo com as fontes propostas por Kotler e Keller (2006). Verificou-se que duas destas fontes foram muito utilizadas pelas famílias: as informações pessoais e as experimentais.

Sobre as informações pessoais, a maioria das famílias entrevistadas apontou que a necessidade da cirurgia aumentou os contatos com outros parentes e também com conhecidos para discussão sobre o assunto. As informações que mais circulavam eram sobre alternativas para agilizar a cirurgia, indicação de pessoas que pudessem ajudar e relatos de casos semelhantes. A maioria dos pacientes (93,0%) relatou que o assunto era discutido com pelo menos uma pessoa; destes, 69,0% informaram que as discussões envolviam somente os parentes, moradores ou não moradores da casa; sendo que 19,0% relataram que as conversas se restringiram aos moradores da casa e 12,0% informaram que, além dos parentes, amigos e conhecidos também participaram das discussões. Verificou-se, portanto, a preponderância dos parentes como fonte de informações sobre o caso.

Portugal (2006) também destaca a importância dos laços fortes, presentes nas relações com familiares – especialmente os mais próximos – como fonte de ajuda em casos de necessidade de cuidados com a saúde. A referida autora ressalta, ainda, que ter algum parente que trabalhe no sistema de saúde facilita o acesso a informações relevantes.

As informações experimentais, advindas de pessoas que já utilizaram aquele produto ou serviço (KOTLER; KELLER, 2006), também foram muito utilizadas. Como a maioria das famílias (91,0%) se declarou usuária exclusiva do SUS, praticamente em todas elas haviam pessoas que já tinham passado por situação semelhante na utilização do serviço público de saúde. Os entrevistados se mostraram cientes das dificuldades que enfrentariam para a realização da cirurgia. Foram frequentes os relatos do tipo: “a gente aceita (a espera)... tem mais de 60 mil na minha frente”, “é

normal, já esperava que fosse demorar”, “pelo SUS é assim mesmo”. Embora tenham sido relatadas algumas demonstrações de insatisfação com a provável demora pela realização da cirurgia, prevaleceu certo conformismo, com a percepção de que a espera era inevitável e já aguardada.

Cerca de 87% dos pacientes relataram que ao se cadastrarem para a realização da cirurgia – ou seja, no momento em que de fato entraram na fila de espera – não lhes foi informado sobre qual seria o tempo de espera, ou mesmo, uma previsão. Esta falta de informação reportada pelos pacientes, além de gerar muita incerteza, foi um dos motivos mais citados para que as famílias buscassem alguma alternativa fora da rotina normal e protocolar do SUS. As pessoas indicaram que se houvesse alguma previsão de prazo, ainda que este fosse longo, reduziria o nível de ansiedade das famílias e estas deixariam de pensar em outras formas de agilizar a cirurgia.

Embora os estudos de Miller (2004) e Azambuja (2008) não tenham pesquisado, especificamente, a incerteza dos pacientes sobre o tempo de espera pela cirurgia, os achados destes autores, indicaram que a falta de informações e o gerenciamento inadequado das filas de espera aumentam significativamente o nível de estresse das famílias dos doentes.

4.1.3. Terceira etapa: avaliação das alternativas

Partindo das informações obtidas e já apontadas na etapa anterior, as famílias passaram a formular e a avaliar as alternativas para a tomada de decisão. Uma destas avaliações partia da comparação entre o prazo de espera informado pelo SUS, o tempo de espera até aquele instante e o tempo de espera considerado aceitável pela família, conforme a Figura 4.



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 4 – Avaliação das alternativas pelos usuários do SUS, conforme o prazo de espera, Viçosa, MG, 2011.

Conforme já citado, na grande maioria das vezes, o SUS não informou o prazo previsto para a realização da cirurgia. Na prática, em suas análises as famílias levaram em consideração o prazo real até aquele instante (momento da entrevista) e o prazo considerado como aceitável para aquele tipo de cirurgia. A discrepância entre estes prazos foi grande. O tempo médio real de espera até a data da entrevista era de 17,5 meses, com mediana de 9,0 e desvio padrão de 18,1, enquanto o prazo médio aceitável pelas famílias era de 3,1 meses e desvio padrão de 3,4. A diferença entre o tempo de espera real e o prazo aceitável, calculada caso a caso, aponta que, somente em cinco pacientes (11,1%), o tempo real foi maior ou igual ao aceitável. Em quase 87,0% dos casos o prazo real foi acima do aceitável e um paciente não respondeu sobre o prazo aceitável. A Tabela 1 mostra a diferença entre estes prazos, que apresentou uma média de 14,4 meses.

Tabela 1 – Diferença entre prazo real de espera e prazo aceitável pelas famílias de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Diferença entre prazo real (PR) e prazo aceitável (PA) (PR – PA)	Valores	
	Nº	%
Dif. ≤ zero	5	11,1
Dif. de 1 a 3 meses	10	22,2
Dif. de 4 a 6 meses	6	13,3
Dif. de 7 a 9 meses	4	8,9
Dif. de 10 a 24 meses	9	20,0
Dif. acima de 24 meses	10	22,2
Não respondeu	1	2,3
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

A respeito do tempo de espera, segue o relato de uma paciente que estava a 42 meses aguardando pela cirurgia:

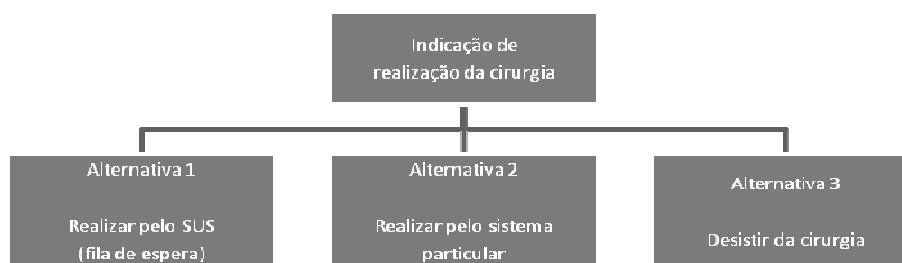
“Ah, a gente fica muito desanimada, né? Porque a gente paga imposto direitinho, né. Eles abriram estes posto de saúde, né, pra facilitar pra gente, mas num resolve, né... desânimo, é ... é praticamente desistindo, né. Porque já surgiram outros problema (varizes) e agora hepatite C. Às vezes, nem tem indicação mais, passaram tantos anos [...]” (Paciente 14, redução de mama)

Cerca de 98,0% das famílias informaram que pretendiam aguardar a realização da cirurgia pelo SUS. Perguntados sobre até quando esperariam, a maioria (80,0%) informou que aguardaria a cirurgia pelo SUS “até que ela saísse”; 9,0% responderam que aguardariam por mais uma semana ou um mês e 11,0% informaram que aguardariam “até aguentar” ou “até quando Deus quiser”. O principal motivo alegado pelos pacientes para aguardar a cirurgia foi a falta de outra opção, ou seja, não havia alternativa. Portugal (2006) também apurou situação semelhante, na qual a escassez de recursos financeiros foi o fator determinante para a permanência na espera.

4.1.4. Quarta etapa: tomada de decisão

No modelo de análise proposto, esta é a última etapa do processo decisório. Cabe ressaltar que, para fins dessa pesquisa, a decisão de permanecer aguardando a cirurgia pelo SUS, pelo menos até a data da

entrevista, foi um fator considerado na definição da amostra. Assim, somente os pacientes que ainda permaneciam na fila é que compuseram a amostra. O fato de permanecer na espera foi considerado como uma decisão já tomada pelas famílias, ainda que, posteriormente à entrevista, estas tenham optado por outra forma de tratamento, como recorrer ao sistema particular de saúde, por exemplo. O que se pretendeu investigar foram os fatores intervenientes no processo e os agentes que dele participaram. A partir do momento em que os pacientes receberam o diagnóstico de necessidade de realização da cirurgia as alternativas possíveis para o caso eram três: realizar a cirurgia pelo SUS, realizar pelo sistema particular ou desistir da cirurgia (Figura 5).



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 5 – Alternativas para a realização da cirurgia de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011.

Até o momento da entrevista todos os pacientes, de alguma forma, estavam aguardando pela realização da cirurgia pelo SUS. Entretanto, no decorrer do tempo entre a entrada do paciente na fila e a realização da entrevista, várias famílias pensaram nas duas outras alternativas. Em torno de 64,4% das famílias relataram que buscaram ajuda fora do SUS, sendo que destas, praticamente 90,0% conseguiram algum auxílio. Outras famílias (15,6%) relataram que pensaram na possibilidade de buscar ajuda fora do SUS, porém não o fizeram. Portanto, somente 20,0% das famílias se conformaram com a situação de espera e sequer pensaram em buscar ajuda fora do sistema público. Os pedidos de ajuda não visavam necessariamente a realização da cirurgia fora do SUS, mas, pelo menos, a agilização do processo para redução do tempo de espera.

Perguntados sobre o motivo pelo qual ainda estavam aguardando a cirurgia pelo SUS – condição de todos os pacientes no momento da

entrevista – 91,0% informaram que não tinham dinheiro para arcar com a cirurgia num tratamento particular. Isso demonstra que a opção pela alternativa de permanecer no SUS se deu, basicamente, pela condição econômica das famílias. Mesmo os poucos pacientes que possuíam plano de saúde privado relataram que se tivessem recursos financeiros já teriam buscado atendimento particular. Portugal (2006) obteve resultado semelhante em sua pesquisa e constatou que os que possuíam baixos rendimentos é que permaneciam exclusivamente como usuários dos serviços públicos de saúde em Portugal.

Os relatos a seguir demonstram que os pacientes permaneceram no SUS por não terem outra alternativa, seja ela um plano de saúde privado, conforme fala do paciente 32, ou recurso financeiro para realizar o procedimento no sistema particular.

“[...] porque eu não tenho outra [alternativa] mesmo, infelizmente não tenho, porque se eu tivesse acho que eu não tava esperando mais não, porque a gente aguardar uma dor sem saber quando vai curar é difícil... já teria feito.” (paciente 27, redução de mama, 58 meses na fila de espera)

4.2. Papéis exercidos no processo decisório

A pesquisa procurou também identificar e compreender os papéis exercidos pelas pessoas envolvidas com o problema. Conforme o modelo proposto, os papéis identificados e discutidos foram: iniciador, influenciador, produtor de informação, guarda, decisor e comprador.

4.2.1. Iniciador

Como a pesquisa analisou pessoas com algum problema de saúde era esperado que seria o paciente o primeiro a identificar algum incômodo. Porém, isso nem sempre leva o paciente a reconhecê-lo como um problema que precisa ser resolvido. O iniciador é a pessoa que reconheceu a necessidade como um problema a ser resolvido, dando início ao processo decisório.

A pesquisa mostrou que, em 57,9% dos casos, o papel de iniciador do processo foi exercido pelo próprio paciente. Isso pode ser explicado pelo fato de que todos os pacientes eram pessoas adultas e, em sua maioria, potencialmente capazes de identificar a necessidade da busca de uma solução. Este resultado corrobora a citação de Solomon (2008), segundo a qual há um forte envolvimento das pessoas quando os produtos ou serviços são percebidos como necessários, como é o caso dos pacientes em relação à sua saúde. Verificou-se também que as situações em que os sintomas, principalmente dores e sangramentos, eram considerados mais graves, como nas colecistectomias e nas histerectomias, apresentaram maior incidência do paciente como iniciador do processo, com 80,0% e 70,0%, respectivamente, portanto, acima da média geral. O segundo grupo mais citado como iniciador, em 26,7% dos casos, foram os parentes, com destaque para os cônjuges e irmãos. Em 11,0% dos casos foram identificados outros iniciadores, como amigos e conhecidos, e 4,4% dos pacientes não responderam sobre este assunto. A Tabela 2 mostra a distribuição dos papéis de iniciador.

Tabela 2 – Iniciadores do processo decisório de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Iniciador	Valores	
	Nº	%
Paciente	26	57,9
Família	12	26,7
Outros	5	11,0
Não responderam	2	4,4
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

4.2.2. Influenciador

Considerando que no decorrer do processo decisório são tomadas diversas subdecisões, que são decisões intermediárias tomadas antes da decisão principal (KOTLER, 2000), a figura do influenciador apareceu em diversas fases. Entretanto, uma das perguntas do questionário aplicado aos

pacientes foi solicitando a indicação das pessoas que influenciaram diretamente antes na decisão final, que foi a escolha da família em permanecer aguardando a cirurgia pelo SUS. Nesta pergunta específica, os parentes, com destaque para irmãos e filhos, foram os mais citados (35,6%), conforme mostra a Tabela 3. Posteriormente, com 28,9%, as respostas recaíram sobre o cônjuge. Em seguida foram apontadas outras pessoas, em 6,6% dos casos. Cabe destacar que 28,9% responderam que ninguém influenciou na decisão. Os resultados encontrados são compatíveis com os de Granovetter (1983), para o qual uma tomada de decisão é mais influenciada pelos laços fortes, mais presentes nas relações com parentes, principalmente os mais próximos.

Tabela 3 – Influenciadores na decisão final de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Iniciador	Valores	
	Nº	%
Parentes	16	35,6
Cônjuge	13	28,9
Ninguém	13	28,9
Outros	3	6,6
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

4.2.3. Produtor de informação

Os produtores de informação foram considerados neste trabalho como as pessoas que prestaram auxílio às famílias com informações sobre o problema, como a indicação de canais de ajuda, informações sobre profissionais da saúde e, eventualmente, até aconselhamentos. Os resultados da pesquisa, apresentados na Tabela 4, apontaram que, em 26,7% dos casos, o papel de produtor de informação foi exercido por algum parente próximo, como filhos e irmãos; 22,2% dos entrevistados informaram que este papel foi exercido pelo próprio paciente. Os amigos e conhecidos foram os produtores de informação em 20,0% dos casos; 4,4% apontaram algum parente mais distante, como os primos e 26,7% informaram que ninguém exerceu este papel.

Tabela 4 – Produtores de informação de pacientes do SUS, Viçosa, MG, 2011

Produtor de informação	Valores	
	Nº	%
Parente próximo	12	26,7
Ninguém	12	26,7
Paciente	10	22,2
Conhecido	9	20,0
Parente distante	2	4,4
Total	45	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Cabe ressaltar o papel importante exercido por pessoas ligadas, de alguma forma, ao sistema público de saúde. Vários dos parentes próximos e distantes e dos conhecidos, citados como produtores de informação, eram pessoas que tinham algum acesso privilegiado ao SUS, seja por trabalharem no sistema ou por conhecerem alguém que trabalhasse. Granovetter (1983) salientou a importância dos laços fortes na tomada de decisão, destacando também a importância dos laços fracos, presentes nas relações com conhecidos, por proporcionarem acesso a determinados canais, aos quais normalmente a família não conseguiria. Portugal (2006) também ressaltou a importância dos laços fracos nos acessos ao sistema público, para suprir suas deficiências. Esta importância se destaca não só na produção de informações, mas também reduzindo tempos de espera e proporcionando atendimentos diferenciados. A referida autora pontuou ainda que possuir contatos dentro do sistema público de saúde é fator determinante na melhoria e agilização do atendimento.

4.2.4. Guarda

O guarda é a pessoa que administra o fluxo das informações dentro da família. No caso desta pesquisa, o guarda era a pessoa que detinha as informações sobre a cirurgia, obtidas principalmente junto à Secretaria Municipal de Saúde. Na maioria das famílias, o papel de guarda era exercido pelo próprio paciente (82,2%). Era ele que mantinha os contatos com o sistema público de saúde para obter informações sobre a situação da

cirurgia. Em 11,1% das famílias, o responsável pela guarda das informações era o cônjuge, que em todas as situações eram as mulheres. Verificou-se aí uma maior presença das mulheres nos contatos com o sistema de saúde, principalmente quando os homens trabalhavam fora e elas não. Outras pessoas foram apontadas como responsáveis pela guarda de informações, por 6,7% dos entrevistados.

4.2.5. Tomador de decisão e comprador

Conforme já citado, a decisão – que foi a de permanecer na fila de espera aguardando a cirurgia pelo SUS – foi considerada neste estudo como já tomada pelas famílias. Os papéis de tomador de decisão, o que tem autoridade para decidir, e de comprador, aquele que efetivamente implementa o que foi decidido, eram exercidos cumulativamente pelo paciente, em 93,0% dos casos. Somente três famílias apontaram outras pessoas como tomadores de decisão e de comprador.

Verificou-se que as decisões tomadas foram influenciadas por componentes racionais e emocionais, conforme apontado por Gade (1998). Se, por um lado, havia a pressão emocional pela necessidade de resolver de vez o problema para eliminar o sofrimento do paciente – o que ocorreria com a realização da cirurgia – de outro lado, as famílias, agindo racionalmente, eram obrigadas a aguardar a fila de espera, principalmente por não terem recursos financeiros para arcar com o custo da cirurgia fora do SUS. As decisões também ocorreram de forma consensual, nos moldes apresentados por Solomon (2005), onde os familiares concordaram com a decisão final; embora, em alguns casos, tenham ocorrido discordâncias, principalmente entre os cônjuges, no decorrer do processo decisório.

5. Conclusão

O processo decisório das famílias que se encontravam com algum de seus membros aguardando pela realização de cirurgia eletiva pelo SUS revelou características distintas das decisões em outros âmbitos. As etapas do processo – reconhecimento do problema, busca de informações, análise

das alternativas e a tomada de decisão – embora tenham sido identificadas e analisadas, se mostraram fragmentadas, uma vez que seu funcionamento era contínuo. Se uma pessoa decide adquirir um veículo, por exemplo, assim que ela o compra, o processo decisório estará encerrado e suas etapas são facilmente perceptíveis. Nos processos decisórios analisados neste trabalho, a decisão de permanecer no SUS – considerada como a alternativa escolhida pelas famílias, pelo menos até a data da entrevista – estava a todo momento em análise, em virtude das queixas apresentadas pelo paciente e da percepção de gravidade do caso por parte dos familiares, que podiam sofrer alterações a cada dia. Assim, a qualquer instante surgiam outras alternativas e ocorriam novas pressões sobre o grupo familiar.

Outro ponto conclusivo sobre o processo decisório foi que, por se tratar de um problema de saúde, que é influenciado, inclusive, pelo instinto de sobrevivência, as decisões envolviam muitas pessoas e as ações nem sempre eram racionais, embora a falta de condição financeira para pagar pela cirurgia no sistema particular – como fator limitador de todas as famílias pesquisadas – tenha um cunho racional. Os fatores emocionais permearam todas as etapas do processo decisório e podem ser considerados como os mais influentes nas decisões e subdecisões tomadas. Os papéis exercidos durante o processo decisório também puderam ser identificados e o paciente foi apontado como o principal ator no exercício destas funções. Os papéis de iniciador, guarda de informações, tomador de decisão e comprador foram exercidos, em sua maioria, pelos próprios pacientes, o que se justifica, pelo grau de engajamento e de envolvimento deles com a situação. Já os papéis de influenciador e de produtor de informações eram exercidos pelos familiares mais próximos e também pelos amigos e conhecidos, com destaque para os que tinham alguma relação com o sistema de saúde.

6. Referências bibliográficas

- ALCOFORADO, F. A escolha de planos de saúde pelo consumidor: uma visão antropológica. IN: MIGUELES, C. (org.). *Antropologia do consumo: casos brasileiros*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2007, p. 44-82.
- ARRIAGADA, I. Transformações sociais e demográficas das famílias latino-americanas. In: DOMINGUES, J. M.; MANEIRO, M. (Org.). *América Latina hoje: conceitos e interpretações*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2006. p. 195-223.

AZAMBUJA, A. Z. *As perspectivas dos pais de crianças a espera de operações eletivas no Hospital Infantil Joana de Gusmão*. 2008. 44 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

BARDIN, I. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Setenta, 2009.

BAZERMAN, M. *Processo decisório: para cursos de administração e economia*. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2004.

BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W; ENGEL, JAMES F. *Comportamento do consumidor*. 9 ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC Editora, 2009.

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

DACORSO, A. L. R.; RUSSO, R. F. S. M.; SILVA, M. C. M.; ARAUJO, G. F. A qualidade das alternativas em decisões estratégicas: um estudo sobre criatividade e completude em decisões empresariais. *RAM, Revista de Administração Mackenzie*, São Paulo, SP, v. 11, n. 6, p. 55-80, nov./dez. 2010 (Edição especial).

DESSEN, M. C.; SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Pesquisa em família: integrando métodos quantitativos e qualitativos. In: WEBER, L. N. D.; DESSEN, M. A. (Org.). *Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados*. Curitiba: Juruá, 2009. p. 17-28.

ESTEBAN, M. P. S. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. Porto Alegre, RS: AMGH, 2010.

GADE, C. *Psicologia do consumidor e da propaganda*. São Paulo, SP: EPU, 1998.

GIGLIO, E. M. *O comportamento do consumidor*. 3 ed. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GRANOVETTER, M. The strength of weak ties: a network theory revisited *Sociological Theory*, v. 1, p. 201-233, 1983.

HAMMOND, J. S.; KEENEY, R. L.; RAIFFA, H. *Decisões inteligentes: como avaliar e tomar a melhor decisão*. Rio de Janeiro, RJ: Campus, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=31>. Acesso em: 20 jan. 2012.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. IN: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. *Economia da saúde*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 1995.

KOTLER, P. *Administração de marketing: a edição do novo milênio*. 10 ed. São Paulo, SP: Prentice Hall, 2000.

_____; ARMSTRONG, G. *Princípios de marketing*. 12 ed. São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall, 2007.

_____; KELLER, K. L. *Administração de marketing*. 12 ed. São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall, 2006.

LEVY, D. S.; LEE, C. K. The influence of family members on housing purchase decisions. *Journal of Property Investment & Finance*, v. 22, n. 4, p. 320-338, 2004.

LUPPE, M. R.; ANGELO, C.F. As decisões de consumo e a heurística da ancoragem: uma análise da racionalidade do processo de escolha. *RAM, Revista de Administração Mackenzie*, São Paulo, SP, v. 11, n. 6, p. 81-106, nov./dez. 2010 (Edição especial).

MAY, T.; WILLIAMS, M. Surveys sociais: do desenho à análise. IN: MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3 ed. São Paulo, SP: Artmed, 2004. p. 110-143.

MILLER, G. G. Waiting for an operation: parents' perspectives. *Canadian Journal of Surgery*, v. 47, n. 3, p. 179-181, 2004.

MIRAPALHETA, R. F. *Os estilos parentais e a influência relativa dos adolescentes nas decisões de consumo familiar*. 2004. 105 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, 2004.

PORTUGAL, S. *Novas famílias, modos antigos: as redes sociais na produção de bem-estar*. 2006. 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais: Trajectos 17*. 5 ed. Lisboa: Gradiva – Publicações S.A., 2008.

RAIFFA, H. *Teoria da decisão: aulas introdutórias sobre escolhas em condições de incerteza*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

RAMOS, T. C. V. *Análise do processo decisório familiar concernente à saúde bucal: fatores determinantes e implicações do tratamento ortodôntico*. 2011. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2011.

RUSSO, J. E.; SCHOEMAKER, P. J. H. *Decisões vencedoras: como tomar a melhor decisão, como acertar na primeira tentativa*. Rio de Janeiro, RJ: Campus, 2002.

SCHREINER, G. *Democracia geracional e participação. O direito das crianças e adolescentes de participar nas famílias e nas suas vidas.* Monografia apresentada no Seminário: “Infancias y Género” do Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas – da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais, FLACSO, Argentina, setembro de 2007.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações rurais agroindustriais*. Lavras, MG, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SOLOMON, M. R. *O comportamento do consumidor. comprando, possuindo e sendo.* 5 ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2005.

SOLOMON, Michael R. *O comportamento do consumidor. comprando, possuindo e sendo.* 7 ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2008. 680 p.

TONETTO, L. M.; KALIL, L. L.; MELO, W. V.; SCHNEIDER, D. G.; STEIN, L. M. O papel das heurísticas no julgamento e na tomada de decisão sob incerteza. *Estudos de Psicologia*, Campinas, SP, v. 23, n. 2, p.181-189, abr./jun. 2006.

TORRES JÚNIOR. A. S. Metadecisão no modelo de gestão Toyotista. *RAM, Revista de Administração Mackenzie*, São Paulo, SP, v. 11, n. 6, p. 6-30 nov./dez. 2010. (Edição especial).

VIÇOSA. Prefeitura Municipal de Viçosa. Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa. *Plano Municipal de Saúde de Viçosa*. Viçosa, MG, 2010.112 p.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como um modelo audacioso de política de saúde universal e integral, está constantemente em debate e sob avaliação de usuários, gestores e estudiosos do assunto. São várias as manifestações de que o SUS é um eterno reconstruir, ou seja, um sistema ainda inacabado, em decorrência, principalmente, das alterações sociais e econômicas pelas quais passa o país, criando uma realidade diferente da que existia quando de sua criação. Também não há dúvidas de que o SUS não consegue cumprir totalmente seus princípios fundamentais, notadamente a integralidade e a universalidade, o que afeta diretamente as pessoas que dele dependem, na maioria, as de baixa renda, levando-as a empreender ações que visem ao suprimento dessa deficiência do sistema público, com implicações no cotidiano de suas vidas, de suas famílias e dos demais membros de suas redes de relacionamento, com as quais possam ter alguma relação de dependência.

Os usuários reconhecem a magnitude dos propósitos do SUS e, por isso, são lenientes quanto às suas avaliações sobre o funcionamento do sistema. Entretanto, quando estão diante de uma situação fática, de necessidade de utilizar os serviços do SUS, as pessoas não deixam de demonstrar suas insatisfações. As maiores queixas dos usuários são o tempo de espera para ser atendido, considerado longo, e a qualidade dos serviços prestados, apontada como inferior em relação aos atendimentos

particulares ou de planos de saúde privados. Essa situação cria nos usuários a representação de que o SUS, por ser público e gratuito, é deficiente, levando-os a um sentimento de inferioridade.

As lideranças institucionais ligadas ao SUS também o classificam como um bom modelo, por entenderem que seus propósitos e diretrizes visam ao atendimento integral e universal. Entretanto, assim como os usuários, essas lideranças apontam inadequações no sistema, principalmente quanto ao baixo financiamento e a má gestão dos recursos.

As famílias dos usuários do SUS, quando estão diante de uma situação de demora pelo atendimento, acionam suas redes sociais na busca por algum tipo de ajuda que elimine ou minimize essa espera. Nestes casos, as ajudas vêm, na maioria das vezes, dos familiares, com os quais os laços de relação são mais fortes. Porém, as ajudas mais eficazes são obtidas junto a pessoas que têm algum tipo de acesso privilegiado ao sistema de saúde, o que é fator preponderante na redução do tempo de espera.

As filas de espera também levam as famílias a um contínuo processo decisório, em que a evolução da situação do paciente faz com que sejam consideradas outras alternativas de atendimento fora do sistema público de saúde. Este processo decisório é predominantemente influenciado pelos familiares mais próximos, que exercem diversos papéis, mas, as principais ações são exercidas pelos próprios pacientes.

Dessa forma, pode-se concluir que o SUS não deve ser pensado somente como um modelo baseado na relação saúde-doença ou usuário-sistema, mas também como um elemento cujas ações afetam toda a sociedade, influenciando nos sentimentos individuais, no cotidiano das famílias e nas interações entre os membros das redes sociais.