

## Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial

Travelling citizens: the “users” of the Brazilian Unified Health System and the meanings of its demand to the health care emergency services in the context of a process of assistential model reorientation

Lúcio Henrique de Oliveira<sup>1</sup>  
Ruben Araújo de Mattos<sup>2</sup>  
Auta Iselina Stephan de Souza<sup>1</sup>

**Abstract** *Despite the emphasis of the territorial logic on the first level of the public health services network, the users of this health system come demonstrating a historical preference by emergency services. In order to try to understand this behavior, a Qualitative Research was developed, by means of interviews with “Foci Groups” of public health services users, where it was searched to know their experiences, perceptions and opinions, looking for understanding how do they choose during their search for assistance. The users reject the “norm” that defines the basic health care services of their territorial reference as their “entrance door”, in favor of other parameters that were more significant for them. The arrangements of the health care organization have the meaning of barriers to the access. Moreover, the user’s image in relation to the UBS is of great limitation. On the other hand, the emergency services present for them as spaces characterized by bigger capacity. The users demonstrate a significant indifference about the public health services. Besides, the uncertainty’s images prevail in the SUS. But, according to its access necessity, the users learn social rules in the services and construct several strategies with the aim to open the doors of the health system.*  
**Key words** *Health policy, Brazilian Unified Health System, Health services organization, Health services demand*

**Resumo** *Apesar da ênfase dada à lógica territorial no processo de reorientação do modelo assistencial e da definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, os usuários do SUS, em sua busca por assistência médica, vêm demonstrando historicamente preferência por prontos-socorros e hospitais. Para tentar entender esse comportamento, realizou-se pesquisa com grupos focais de usuários, em que se verificou que a imagem que o usuário faz dos serviços de saúde se relaciona com a acessibilidade, a confiabilidade e a resolubilidade do serviço buscado. Os usuários se referem à organização dos serviços básicos de saúde com o significado de barreiras ao acesso e demonstram ter em relação às UBS uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam para eles, por várias razões, como espaços de maior resolubilidade. A partir de sua necessidade de acesso, os usuários apreendem determinadas “regras sociais” vigentes nos serviços de saúde e constroem diversas estratégias que visam a abrir as portas do sistema.*

**Palavras-chave** *Política de saúde, Sistema Único de Saúde, Organização de serviços de saúde, Demanda aos serviços de saúde*

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora. Campus Universitário, Bairro Martelos. 36037-000 Juiz de Fora MG. lucioho@terra.com.br

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## Introdução

O contexto atual de construção do SUS tem se caracterizado, entre outros, por um processo de reorientação de modelo assistencial. Os “modelos assistenciais tradicionais” – médico-assistencial privatista e sanitário – que se mostraram historicamente incapazes de transformar a realidade de saúde de toda a população vêm cedendo espaço aos chamados “modelos alternativos”, constituídos por novas experiências que têm tentado superar dificuldades anteriores e alcançar, na prática, as conquistas constitucionais do final da década de oitenta<sup>1-6</sup>.

De um modo geral, essas novas experiências com “modelos assistenciais alternativos” – incluindo a Estratégia de Saúde da Família – têm se pautado em três pilares comuns: lógica territorial, porta de entrada pela atenção básica e hierarquização da assistência<sup>3, 4, 7, 8-12</sup>. A questão que se coloca aqui é como os usuários do SUS têm visto esse processo? Como esses pilares têm se inserido em seu cotidiano? Ao buscarmos respostas para essas questões, temos razões para crer que, do ponto de vista do usuário, esses pilares têm se mostrado inadequados à sua realidade de busca e obtenção de assistência de saúde, se configurando, nesse sentido, como uma racionalidade normativa tecnocrática distanciada de seu cotidiano. Isso se verifica particularmente em centros urbanos maiores<sup>13, 14</sup>.

Partiremos da seguinte premissa: o fluxo da “demanda espontânea” de usuários aos serviços de saúde do SUS vem indicando historicamente uma nítida e persistente preferência por formas de pronto atendimento médico em prontos-socorros e hospitais. Essa foi a motivação inicial que nos levou a esse trabalho. Ou seja, apesar de todo o processo em andamento de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, apesar da expansão da rede ambulatorial e apesar da implantação e expansão do PSF, os usuários, em sua busca espontânea por assistência de saúde, vêm mantendo sua preferência por atendimentos médicos em prontos-socorros e hospitais. Essa afirmação se respalda, em primeiro lugar, na observação empírica que um dos autores do presente artigo tem feito em sua prática profissional como médico, atuando no Pronto-Socorro Municipal de Juiz de Fora há cerca de dezessete anos. Sempre chamou a atenção o fato de tantos usuários deixarem os seus bairros com unidades de saúde mais próximas para se deslocarem até o centro da cidade em busca de assistência básica em um pronto-socorro. Esse fato assume maior destaque se considerarmos o maior esforço e o gasto financeiro envolvidos no deslocamento e principalmente o tumulto e a demanda aparentemente sem-

pre excessiva que habitualmente caracteriza prontos-socorros e hospitais. Em segundo lugar, nossa afirmação se fundamenta no Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora, o qual, já em 1997, e posteriormente em 2002, apontava essa questão, considerando-a uma “distorção” na organização dos serviços de assistência à saúde<sup>15, 16</sup>. Ainda reforçando a premissa de nosso trabalho, temos observado por meio de vários relatórios de prontos-socorros, notícias veiculadas na mídia<sup>17, 18</sup> e na própria literatura, aspectos que demonstram ser essa uma questão recorrente em vários centros urbanos brasileiros<sup>3, 8, 19-23</sup>.

A partir de 1995, a progressiva expansão da rede básica e a crescente implantação do Programa de Saúde da Família<sup>24, 25</sup>, fatos que também ocorreram no município de Juiz de Fora, trouxeram a expectativa de que essa distribuição da demanda por serviços de saúde se modificaria, no sentido da atenção básica, que passaria a absorver e a resolver grande parte dos problemas de saúde da população, contribuindo para esvaziar, em consequência, os prontos-socorros e hospitais. No entanto, observou-se que isso não só não ocorreu, como também tem se observado nos últimos anos uma crescente demanda às unidades de urgência e emergência.

Dentro desse contexto, a utilização de prontos-socorros e hospitais por usuários com demanda de atenção básica vem sendo criticada por diversos atores direta ou indiretamente envolvidos na assistência de saúde e apontada como sendo um comportamento não desejado do usuário em relação ao modelo assistencial territorializado, hierarquizado, no qual a atenção básica deve ser porta de entrada do sistema. Ou seja, por um lado, pela lógica normativa do sistema de saúde, o fluxo da “demanda espontânea” de usuários a prontos-socorros e hospitais vem sendo apontado como indesejado. Mas, por outro lado, a realidade expressa pela população usuária do SUS vem demonstrando que esse comportamento tem persistido ao longo do tempo e se mantido resistente às tentativas de reorientação do modelo assistencial.

Como explicar esse comportamento do usuário, tido como ilógico aos olhos de muitos atores do sistema? Ou talvez seria melhor perguntar, qual seria a real lógica subjacente? Para tentar compreender isso, optamos por desenvolver nosso trabalho a partir do ponto de vista do usuário, entrevistando-o em grupos focais, procurando conhecer suas experiências cotidianas junto aos serviços de saúde. Para tanto, tomamos o usuário como sujeito intencional em sua busca por assistência, como cidadão que faz jus por direito aos serviços de saúde. Apresentamos, assim, a questão central desse trabalho em uma pergunta formulada de duas

maneiras: por que os usuários do SUS, apesar da expansão da rede básica de saúde, continuam recorrendo, em primeira instância, a serviços de pronto atendimento médico de prontos-socorros e hospitais, em busca de assistência, mesmo para casos não “considerados” de urgência e emergência? Por que a chamada “demanda espontânea” de usuários do SUS a serviços de pronto atendimento médico de prontos-socorros e hospitais continua sendo uma forte característica no Sistema Único de Saúde, apesar dos esforços para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica? Em nosso estudo, nos dedicamos a tentar responder a essa questão, não a partir de razões de ordem técnica, normativas, nem a partir de aspectos quantitativos da relação entre a oferta e a demanda, mas procurando, a partir da experiência cotidiana do usuário em sua busca por serviços de saúde, outros motivos menos evidentes, ou razões, quem sabe, um tanto silenciadas.

O objetivo de nossa pesquisa foi compreender, a partir de relatos das experiências de usuários que demandam serviços públicos de pronto atendimento médico em prontos-socorros e hospitais no Sistema Único de Saúde, as regras sociais que estruturam essa demanda e seus determinantes, incluindo as estratégias utilizadas na busca e obtenção de assistência. Procuramos, então, compreender as razões, motivações e necessidades que instigam o usuário do SUS a buscar assistência básica de saúde em um pronto-socorro ou hospital, a sua percepção acerca dessa escolha como opção inicial de assistência à saúde e elucidar como constrói suas estratégias a partir de regras sociais aprendidas na interface dos serviços de saúde.

## Metodologia

Como opção conceitual, adotamos a teoria da estruturação social de Giddens<sup>26</sup>. Para o autor, o “dualismo” objetivismo/subjetivismo deve ser reconceituado como “dualidade”, que ele denominou “dualidade da estrutura”. Ou seja, nem a subjetividade pura, nem tampouco unicamente a objetividade, mas sim, as relações dinâmicas entre sujeito (agente humano) e objeto social (o todo social) é que constituem a essência da estrutura social. Giddens rejeita a concepção de estrutura social como algo externo ao agente, capaz de induzir a padronização das relações sociais para tratar a estrutura social como sendo um conjunto de regras sociais e recursos organizados que permitem a existência de práticas sociais semelhantes em um determinado tempo e espaço. “Estruturação” é entendida como sen-

do as condições que permitem a reprodução dessas práticas sociais regulares no tempo-espaço. O autor considera que a vida social pode ser representada por uma sequência de encontros em circunstâncias de co-presença, em que o conhecimento dos agentes é expresso por fenômenos discursivos ou por fenômenos não discursivos sustentados por uma consciência prática. A reciprocidade entre atores em contextos de co-presença é o que denominou “integração social”. Em nossa pesquisa, inserimos aqui o encontro entre usuário e servidor público em um serviço de saúde ou o encontro entre um usuário e outro. O autor ainda conceituou “integração de sistema” como sendo a extrapolação dessa reciprocidade além dos limites do tempo-espaço e do contexto de co-presença.

Assim, com base em Giddens, assumimos a demanda a prontos-socorros e hospitais como sendo um comportamento estruturado socialmente como resultado de um aprendizado configurado durante a interação cotidiana de usuários com outros atores no âmbito do sistema de saúde. Desse modo, assumimos a demanda de usuários a prontos-socorros e hospitais como um fenômeno social, entendendo-o como a expressão de um conjunto de práticas sociais estruturadas ao longo do tempo no cotidiano da busca por serviços de saúde.

Como técnica de coleta de dados, optamos pela entrevista com grupos focais de usuários por ser essa uma técnica que permite investigar aspectos subjetivos dos participantes, sendo particularmente útil aos propósitos dessa pesquisa, que buscou compreender significados e experiências dos usuários nas interfaces dos serviços de saúde<sup>27-30</sup>. Para a realização das entrevistas, selecionamos doze bairros do município de Juiz de Fora, a saber, um bairro de cada uma das doze regiões sanitárias existentes no município. O critério para a escolha dos bairros foi o valor quantitativo da demanda ao Pronto-Socorro Municipal verificada em um estudo prévio realizado na fase inicial de coleta de dados de nossa tese de doutoramento. Assim, foi escolhido, para cada região sanitária, o bairro que apresentou a maior demanda.

Os doze grupos focais totalizaram 93 participantes. O número de participantes por grupo variou entre quatro e quatorze, tendo havido um predomínio absoluto de mulheres (75) em relação aos homens (18). A maior parte dos entrevistados tinha entre vinte e sessenta anos, sendo que três participantes apresentavam idade inferior a vinte anos e dezoito tinham idade superior a sessenta anos. Observou-se um predomínio absoluto de pessoas com nível de escolaridade mais baixo. A

maioria – sessenta pessoas – apresentava primeiro grau incompleto. Com relação ao trabalho remunerado, a maioria das ocupações era de baixa remuneração; 34 mulheres informaram trabalhar exclusivamente em casa e dezessete participantes eram aposentados.

Todos os grupos focais tiveram as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, digitadas em meio magnético. Todo o material foi impresso e submetido à leitura, análise e interpretação, visando à compreensão dos dados coletados, investigação de conteúdos subjacentes, procurando responder às questões formuladas e atender aos objetivos da pesquisa.

A referência que utilizamos para a análise e interpretação dos resultados foi a análise de conteúdo de Bardin<sup>31</sup>. Como técnica de análise de conteúdo, utilizamos a elaboração de categorias.

## Resultados e discussão

A análise de conteúdo das entrevistas com os grupos focais de nossa pesquisa colocou em relevo um aspecto nevrálgico: a lógica territorial e a inflexível definição da porta de entrada pela atenção básica impõem ao usuário uma condição em que sua cidadania (ou seja, nesse caso, o seu direito de acesso a serviços de saúde) é dependente do seu endereço de moradia, ou seja, em alguns lugares, ele possui direito ao acesso (é visto como cidadão) e em outros lugares, não. Mas o usuário não se posiciona passivamente nesse processo. Ele é um sujeito intencional ativo na defesa de seus interesses. E, apesar de demonstrar conhecer as normas do sistema de saúde pautadas na lógica territorial, na hierarquização e o conceito de porta de entrada pela atenção básica, ele procura, em sua busca por assistência, outros aspectos da realidade que lhe proporcionem melhor possibilidade de acesso. Em sua experiência cotidiana com os serviços de saúde, ele “apreende da realidade” determinadas regras sociais (não ditas, não normatizadas) e, a partir de sua necessidade de acesso, ele reinterpreta essas regras e constrói estratégias que visam garantir a obtenção do atendimento da maneira mais adequada a ele. E essa sua experiência cotidiana frequentemente conflita com as determinações normativas do modelo assistencial. De um modo geral, poderíamos dizer que as atitudes dos usuários em sua busca por assistência buscam resgatar sua condição de sujeito e de cidadão portador de direitos. Ele irá buscar o cuidado de saúde que deseja, nem que para isso ele tenha que se deslocar... e esperar... e “lutar”...

Os usuários, no seu dia a dia, graças a uma

monitoração reflexiva de suas experiências, estabelecem juízos de valor sobre os diversos serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde, ou seja, o usuário faz, cotidianamente, uma avaliação dos serviços de saúde. Essa avaliação se dá não apenas com base em suas próprias experiências, mas também em experiências referidas por outros usuários. Naturalmente, não estamos falando aqui de uma avaliação formal ou técnica, mas de uma avaliação não percebida por ele no nível discursivo, embora o seja no nível de sua consciência prática. É a partir dessa avaliação informal feita cotidianamente e relacionada a um aprendizado cotidiano e reflexivo que as imagens sobre os diversos serviços da rede assistencial se configuram. E quando vai buscar assistência, o usuário as leva em consideração para fazer suas escolhas.

A partir dos dados das entrevistas, “dissecamos” essa imagem analiticamente em três aspectos intimamente interligados – a acessibilidade, a confiabilidade e a resolubilidade. E verificamos que ela tem sido melhor em relação a prontos-socorros e hospitais se comparada com a imagem que eles possuem em relação às unidades básicas de saúde. Não tanto porque a imagem sobre o pronto-socorro ou hospital seja ideal, mas porque a imagem sobre a atenção básica tem sido muito desfavorável.

Poderíamos dizer, utilizando as idéias de Donabedian<sup>32,33</sup>, em linhas gerais, que a imagem de acessibilidade se relaciona ao processo propriamente dito de busca e obtenção da assistência, a imagem de confiabilidade se relaciona essencialmente à estrutura dos serviços de saúde (recursos físicos e humanos) e a imagem geral de resolubilidade diz respeito ao resultado, ou seja, ao grau de satisfação que o usuário tem do serviço. Assim, organizamos nossos resultados em cinco blocos de categorias gerais, que não são exclusivos, ou seja, existem entre eles inúmeras interseções. No primeiro e segundo blocos, apresentamos respectivamente aspectos referentes à imagem dos participantes sobre a acessibilidade e a confiabilidade em relação aos serviços de saúde. No terceiro bloco, apresentamos um aspecto que foi muito marcante nas falas dos usuários participantes dos grupos focais, qual seja, o sentimento de descaso com o usuário do SUS. No quarto bloco, apresentamos um outro ponto que também ficou muito visível na pesquisa: o sentimento de contingência e de insegurança em relação à assistência. Por último, no quinto bloco, apresentamos diversas estratégias apresentadas pelos participantes dos grupos focais, nos relatos de suas experiências de busca e obtenção de assistência de saúde.

## Acessibilidade

Considerando aspectos da acessibilidade propostos por Fekete<sup>34</sup>, as imagens sobre a acessibilidade dos serviços de saúde, evocadas pelos usuários participantes dos grupos focais, foram mais marcantes em relação aos enfoques geográfico e funcional. Como pode se observar nos relatos abaixo, os usuários, apesar de demonstrarem ter conhecimento da “norma” que define a UBS de referência do bairro onde moram como sua porta de entrada, muitas vezes a rejeitam em favor de outros parâmetros que são mais significativos para eles:

***Eu sempre procurei a unidade de saúde, principalmente a unidade de R., que era o meu bairro, você sabe, é o seu bairro aonde você tem de ir. Mas sempre que eu chegava eu não era bem atendida. Então a minha opção foi o pronto-socorro. Eu fui antes na unidade de J.E. e eles não quiseram me atender por que ela não era de lá.***

***Não, às vezes a gente vai em B., porque se for lá no pronto-socorro ou na unidade L., eles falam que nós tem que consultar em B. Já me aconteceu isso, de eu ir no pronto-socorro pra consultar, e eles não quiseram me atender; falou: “A senhora tem que ser atendida, se não foi no posto do seu bairro, a senhora tem que ir em B.”***

Notem no relato abaixo que o grau de territorialização chega algumas vezes ao cúmulo de definir o acesso do usuário pela rua onde ele mora e não pelo bairro ou região sanitária.

***Eles atendem por rua. Tipo assim, você é dessa rua, então é esse médico que te atende. Às vezes, a gente vai num médico, gosta dele, a gente quer voltar nele. E não pode. Cê tem que ser atendido por um outro. É da rua tal, tal médico é que vai te atender. Aí às vezes você vai, não gosta daquele médico, mesmo se você não gosta dele tem que ir do mesmo jeito.***

A definição inflexível da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde para o usuário, considerando sua moradia como referência territorial, em vez de possibilitar sua inclusão, vem dificultando o seu acesso aos serviços de saúde.

***Eu não poderia vir aqui no posto, né? Porque eu trabalho lá no centro. Então eu vou lá na regional leste ou no pronto-socorro. Lá no pronto-socorro e na regional leste, eu só vou mesmo no último caso. Ou porque às vezes eu tô no serviço e eu começo a sentir mal, a hora que eu saio, o posto já fechou. Então, eu já tô na cidade, eu vou em um desses dois lugares***

Algumas vezes, o usuário demonstra que a sua escolha por essa ou aquela unidade de saúde não é nem mesmo uma questão de preferência, mas sim de oportunidade e de conveniência. O usuário não se prende à norma imposta a ele acerca de qual é a

sua “porta de entrada” no sistema de saúde. Ele chama para si a liberdade de optar por um serviço de saúde com base em sua experiência e em seus próprios interesses. Nesse sentido, ele deseja que, em sua demanda espontânea, a porta de entrada do sistema esteja aberta a ele em qualquer serviço da rede e não apenas na atenção básica. O usuário deseja ser livre para se dirigir a qualquer UBS, independente da referência territorial, ou mesmo se dirigir a um pronto-socorro ou hospital, independente do caráter de urgência ou não de sua demanda.

Dentro da categoria “acessibilidade”, um outro enfoque (além do geográfico) que se destacou no discurso evocado pelos usuários foi o enfoque funcional. Com grande frequência, os usuários participantes dos grupos focais se referiram aos arranjos organizativos dos serviços básicos de saúde com o significado de barreiras ao acesso. Note no próximo relato que é o próprio profissional de saúde – a enfermeira da UBS – que dificulta o acesso e direciona o usuário ao pronto-socorro, reforçando ainda mais o seu imaginário sobre sua maior resolubilidade.

***A enfermeira falou: “A gente tem médico aqui. Se você quiser trazer pode até trazer, mas o caso dela, cefaléia, dois dias, né? A gente fecha às cinco. Você sabe, na hidratação, a gente pode até colocar, mas tem o horário que o posto fecha. Então se ela precisar de mais hidratação a gente vai ter que interromper, né? Então lá no pronto-socorro ela já toma direto o soró”. Aí eu falei: “Ah, tá bem. Então eu vou lá mesmo não é?”***

Vários pontos se destacaram como barreiras ao acesso, incluindo restrição quanto ao horário de funcionamento, restrição quanto ao número de vagas para consulta, indefinição dos critérios de urgência, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora para obtenção do atendimento, desorganização do sistema “referência – contra-referência” e as filas de madrugada. A seguir, alguns trechos significativos das falas dos usuários que demonstram tais aspectos:

***Eu levo aqui. Aí, outro dia, ele tava com um probleminha de garganta, aí aqui já tava completo [não havia mais vagas]. Só que ele tava com muita febre, eu não ia ficar esperando. Aí passei a mão nele e levei lá no pronto-socorro.***

***É, uma das dificuldades é o horário. Eles fazem até um agendamento. Na UBS lá do bairro J., funciona o agendamento de cinco dias. Você marca na segunda-feira, eles já marcam as consultas pra. até sexta-feira, mas tem vagas de urgência todo dia, que eles deixam sempre duas três vagas pra você se precisar. Agora eu não sei como eles usam o critério da urgência, né?***



[A que horas o pessoal tem hábito de chegar no posto?]

**Ah, cinco horas da manhã já tem gente no posto, né? Eu já fiquei muitas vezes lá no posto, quando meu menino deu problema de reumatismo, eu chegava quatro horas da manhã! E acontecia de eu não conseguir marcar consulta pra ele.**

[Por que?]

**Eles alegavam pra gente o seguinte: que o médico especialista não tinha, simplesmente não tinha vaga. Que a gente tinha que voltar no outro dia.**

### Confiabilidade

A confiabilidade, ou seja, ou grau de confiança que o usuário deposita em um serviço de saúde, aparece muito vinculada à estrutura do serviço no que diz respeito aos seus recursos tecnológicos e à capacidade técnico-científica de seus profissionais, destacando-se os médicos. A figura do hospital se destaca de modo significativo na imagem evocada pelos usuários nesse bloco.

**O que faz a gente procurar o hospital em primeiro lugar é que, no caso de internamento, se a pessoa chegar num estado grave que precise de internamento, já tá ali mesmo no hospital, já fica internada ali mesmo.**

O usuário demonstra que o profissional que deseja para atendê-lo é o médico. E na avaliação que ele faz acerca do médico, distingue, de um lado, a competência técnico-científica do profissional – relacionando-a com sua competência em estabelecer um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz – e, de outro lado, a sua habilidade em se relacionar com o usuário em termos de empatia, de cordialidade e de estabelecer uma relação humanizada. Um outro aspecto que ficou evidente, considerando a figura do médico, foi a associação de uma imagem de maior competência à figura do especialista em contraposição ao generalista.

**Eu levei a V. lá no pronto-socorro. Eu achei assim, eu achei que lá também teria médico especializado pra criança e aí ia me atender melhor; entendeu?**

**É igual eu acho errado, nos postos, aqui, nos dois postos, tanto o J.E. como aqui, não tem pediatra. Quem atende as crianças é o clínico!**

A falta de especialistas e a baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas UBS, aliadas à percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção de alívio para o seu sofrimento, são componentes significativos da imagem de menor qualidade que o usuário tem sobre o cuidado de saúde a ser recebido no nível primário. Prevalece entre os usuários a imagem da UBS como “postinho” e como “quebra-galho”, onde sua

capacidade de resolver os problemas demandados é imensamente limitada.

**Mas aqui é assim, tipo um quebra-galho. Né, seu Zé? Porque tem dia que a pessoa chega, não tem uma agulha, não tem esparadrapo, não tem uma luva. É, tem dia que não tem nada. É porque falta mesmo.**

Os participantes dos grupos focais da pesquisa demonstraram reconhecer que o pronto-socorro e o pronto atendimento hospitalar são serviços sobrecarregados e tumultuados. Mas essa imagem não chega a significar absolutamente impedimento à sua demanda, ou nem mesmo significa má qualidade da assistência. Até pelo contrário, eles chegam mesmo a justificar esse tumulto alegando ser sua melhor resolubilidade o motivo que acaba atraindo uma grande demanda e ocasionando tumulto e problemas com relação ao acesso. E o usuário demonstra ser persistente nessa escolha pois, do seu ponto de vista, o tempo de espera não importa tanto quando existe a certeza do atendimento. Assim, a segurança em relação à obtenção do atendimento no pronto-socorro ou hospital se contrapõe à sensação de contingência ou de incerteza referida à unidade básica de saúde do bairro.

**Eu prefiro ir lá, porque tem médico de plantão. Se aqui no posto não tem mais. Acabou as vaga pra aquele horário, o plantonista tá lá sempre. A gente nunca fica sem atendimento, né? Mesmo que a gente fique numa fila que demora muito, mas a gente consegue!**

Os usuários entrevistados demonstraram que sua preferência pelos chamados serviços de urgência e emergência algumas vezes pode ser relacionada a alguns aspectos que têm se mostrado mais favoráveis a ele em seu cotidiano, destacando-se a maior disponibilidade de horário de atendimento ao público (são unidades abertas 24 horas, com médicos de plantão), a não existência de limitação no número de vagas para consultas médicas, a presença de médicos especialistas, a possibilidade de realização imediata de procedimentos de investigação diagnóstica, a existência de recursos tecnologicamente mais sofisticados e a maior facilidade de acesso à internação hospitalar. Em contraposição, a imagem da UBS é de grande limitação de recursos humanos e materiais, além de barreiras ao acesso:

**Apareceu a dor, aí ia no médico, aqui no postinho, eles falavam assim: “Isso é comum”. Realmente, parecia dor de coluna. Não parecia dor de rim. Eu sentia uma dor terrível aqui. Aí ia aqui no postinho, ele tacava, é, Voltaren, tomava Voltaren e nada de passar a dor. E assim, foi uns quinze, vinte dias direto. Aí depois eu comecei a ir lá no pronto-socorro, porque eu já não estava aguentando mais de dor. Lá eles fizeram o exame e de lá já mandaram pro hospital. Pra ser internada.**

## Contingência e insegurança

Um aspecto da imagem sobre o SUS que fica muito evidente nas falas dos usuários é que a “regra” é a dificuldade de acesso, o mau atendimento e a baixa resolubilidade. A probabilidade de que essa regra não ocorra é entendida como uma exceção atribuída ao mero acaso, referido diversas vezes como “sorte”. Prevalece a imagem de contingência e insegurança em relação aos serviços básicos de saúde do SUS, ao contrário da imagem que, segundo Farias<sup>35</sup>, os usuários demonstram possuir em relação ao sistema de saúde complementar.

***Eu acho que no SUS a gente tem que ter é sorte! Não, é sério! A gente tem que ter é sorte! Você vê: cheguei lá, não demorou muito pra me atender. Acho que aquele dia eu tava naqueles dias de sorte. Eles foram, sabe, muito atenciosos com ela. Ela tava chorando, tudo. E eles com muita paciência com ela, entendeu? Então aquele dia, ô dia de glória!***

***Pois é, isso vai muito da sorte. Cada um dá uma sorte. Eles falam que não pode internar no Hospital S. A minha mãe, toda vez que ela passa mal, ela chega lá e tem vaga pra ela.***

## Descaso com o usuário do SUS

Uma das regras mais contundentes, percebida pelo usuário no nível de sua consciência prática, embora rejeitada, muitas vezes veementemente, no nível discursivo, é a de que os serviços de saúde do SUS são tidos como uma espécie de favor à população mais pobre do país, bem longe de ser um exercício de direito de cidadania. O usuário sente isso concretamente por meio da percepção de um significativo descaso para com ele nas diversas interfaces com os serviços de saúde.

Diversos relatos apresentados deságuam em um forte sentimento de descaso manifesto pelos usuários participantes da pesquisa. Sua linguagem carrega, de certo modo, uma introjeção do olhar com o qual são vistos pelos diversos trabalhadores dos serviços de saúde com quem se relacionam, caracterizando em maior ou menor grau um certo sentimento de autodesvalia.

Desse modo, o discurso dos usuários do SUS participantes de nossa pesquisa aponta para o fato de que prevalece uma imagem de que não são vistos como cidadãos, portadores de direitos, mas como “um bando de necessitados” ao qual o sistema de saúde é prestador de uma assistência “pobre”, concedida como um favor por aqueles que detêm o “poder” àqueles despossuídos.

***Uma história que eu tenho pra relatar é que eu tava mal vestida né, do jeito que eu tava em casa eu***

***saí, cheguei pra ela [a funcionária da recepção da UBS], expliquei que eu precisava consultar porque a minha garganta tava fechada de pus, e era uma emergência. Ela olhou pra mim de cima pra baixo. Ela me discriminou pela roupa que eu tava usando. Eu acho que eles pensam que a gente ali é um bando de necessitados, que não sabe nada de como funciona, né? Tratam a gente com muito descaso.***

***A gente fica ali na fila, no tempo. Se tiver chovendo, fica ali molhando, sabe? O SUS, a gente tem que ficar ali com frio. Tem gente que fica na fila de cobertor. Eu vou falar, eu acho muito descaso. O pobre, eu vou falar, é uma tristeza!***

Esse sentimento aparece de diversas formas em seu discurso: ausência de uma atenção mínima, desinteresse do profissional pelo usuário, falta de sensibilidade à experiência de sofrimento, falta de cordialidade:

***Esse médico, eu vou falar uma coisa pro senhor, misericórdia! Eu falei: “Doutor, eu tô assim, assim” Eu estava conversando com o doutor e as minhas lágrimas descendo e eu chorando, entendeu? E ele só falou: “Toma isso aí!” Toma isso aí, é. Diazepam! Enquanto eu tava colocando os meus documentos dentro da bolsa, ele levantou e falou: “Levanta, levanta, que eu tenho muitos pacientes pra atender! Levanta que tem muita gente pra eu atender aqui”. Desse jeito! Ele não olhou no meu rosto. Não olhou.***

Outras vezes, é o longo tempo de espera e curto tempo dedicado a ele na consulta, filas de madrugada, falta de condições adequadas do espaço, falta de informações sobre o funcionamento, erros em dados ou registros, perda de seus documentos, falta de comunicação sobre assuntos de seu interesse:

***Eu também já levei o meu filho. E a gente vê, assim, aquela gente, demora a atender! E a gente vê que tem muito descaso que fazem com a gente, né? Com o ser humano. A gente espera um tempão!***

[E como é que foi a consulta?]

***Um minuto. Um minuto, mal olhou pra minha cara e “Pode ir embora!” Passou a medicação, que eu já sabia mais ou menos qual seria. O que eu já uso, mais ou menos, né?***

***Eu saí de casa cinco e meia, antes do posto abrir. Fiquei na fila. O posto abre sete horas***

[Você fica do lado de fora do posto ou fica em algum lugar coberto?]

***De fora.***

[Se tiver chovendo, tem que ficar na chuva?]

***Ficar na chuva. Eles só chegam lá pra abrir o portão pra gente passar pra dentro da varanda às sete horas. Cinco horas da manhã já começa a fazer a fila ali do lado de fora. Quatro e pouca já tem gente!***

***Se precisar de exame, exame de sangue, alguma coisa assim, não gosto de fazer aqui [na UBS], porque***

***aqui some os exames. Some tudo. Já fui aqui, fiz exame, parece que colocaram nome errado e o exame sumiu.***

### **As estratégias**

Quando o usuário decide buscar atendimento médico, ele passa a definir o tipo de busca que irá fazer, em qual instituição de saúde irá, quando e como irá. Nesse momento, entram em jogo as regras sociais vigentes nas interfaces dos serviços de saúde e sua capacidade para reinterpretá-las, agindo de modo a obter os cuidados de saúde demandados da melhor maneira, desenvolvendo, para tanto, diversas estratégias de acesso. O que se encontra em jogo nesse aspecto é o ajuste entre as ações do indivíduo, por um lado, e as forças coercitivas das estruturas sociais, por outro lado.

Uma das estratégias relatadas é a que o usuário simula um quadro de emergência, maximizando o seu próprio sofrimento de modo dramático. Nesse caso, está implícita a regra de que a emergência tem prioridade no atendimento, mas também essa é uma outra forma de sensibilizar e reverter o suposto descaso dos agentes dos serviços de saúde, de dizer que é importante, que está sofrendo, que necessita de cuidado. Essa estratégia também se constitui em uma ameaça do usuário aos agentes do serviço. A ameaça está embutida na regra também implícita de que a “morte” de um usuário na sala de espera representaria uma indesejada imagem negativa para o serviço e para os profissionais ali presentes, perante a opinião pública, agravada no caso do envolvimento da mídia. Outras vezes, no lugar de simular um quadro de emergência, o usuário ameaça diretamente acionar a mídia, informando isso abertamente no espaço da recepção dos serviços.

***Cheguei lá pra marcar, demorou também, falou que lá não tinha ginecologista, me mandou pra maternidade. Aí, até arrumar um carro, uma ambulância pra me levar pra maternidade, demorou, demorou. Então o que é que eu tive que fazer: Deus me perdoe. Eu tive que fingir que desmaiei. Por que agora, de vez em quando, você tem que fazer assim. Se tiver passando mal, cai no chão, eles te levam pra dentro.***

***Aí, lá no pronto-socorro, o meu filho ficou nervoso. O André, falou assim: “Poxa, vocês não vão atender a minha mãe aqui, não?” Tinha uma mulher do lado, ruim!. Ele ficou desesperado dele vê eu e a mulher do lado. Ele foi lá no balcão e falou assim: “Se vocês não atenderem aqui eu vou chamar a Rede Globo agora!***

Mas, outras vezes, a ameaça se faz de modo mais contundente, expresso por grande irritação e pela manifestação da possibilidade de agressão à

estrutura física do serviço ou mesmo diretamente aos profissionais de saúde. Às vezes, essa ameaça chega mesmo a se concretizar. Aqui, o desespero e a profunda indignação do usuário perante sua experiência já insuportável de sofrimento o levam a romper drasticamente com qualquer outra regra vigente e obter o acesso pelo uso da força física, nesse caso, sentida como a única que ainda lhe resta.

***A minha menina tinha passado mal. Ela tava vomitando, com um febrão terrível. Quando cheguei lá, a atendente virou pra mim e falou assim: “Ah, agora eu não posso marcar consulta, não”. Eu falei: “Olha, eu tirei a menina do colégio agora, tá vendo? Ela tá até de uniforme!” Aí eu grudei nela e puxei ela pro lado de fora do balcão. Ela chegou assim até a metade da cintura dela pra cima do balcão e falei: “Eu quero um médico agora, porque agora ela vai ser atendida”.***

***Ela foi descer a escada, tomou um tombo e quebrou o pé. Aí nós fomos pra lá. “Ah, você vai ter que esperar mais ou menos uma hora mais ou menos uma hora, uma hora e meia pra ter atendimento médico”. Eu falei com ela: “Ah não! Com certeza o médico vai me atender agora! Ela tá com dor! Eu não vou deixar a minha mãe aqui chorando de dor!” Aí, não queriam atender. Eu comecei a ter que fazer um escândalo! Eu comecei a gritar e a falar que eles iam atender; se não eu ia quebrar o hospital inteiro, até que eles nos atenderam.***

Outra estratégia utilizada pelo usuário é aquela em que ele tenta obter o acesso buscando a ajuda de terceiros, a quem julga de maior importância social do que ele. Aqui, a estratégia do usuário se baseia em sua “autodesvalia”, o que significa a percepção de si mesmo como “pobre” destituído de “poder” para obter acesso a um sistema que lhe presta um favor. Contra essa “regra”, algumas vezes o usuário até tenta, numa perspectiva mais elaborada de direito, acionar a ouvidoria do sistema de saúde, mas, na maioria das outras, recorre a conhecidos “influentes” ou até mesmo aborda diretamente o próprio médico, ultrapassando a “barreira” da recepção, quase que implorando pelo atendimento.

***Ele deu uma AIH pra internar ele. Entrei com AIH lá no SUS. Fui no nono andar. Fui procurar uma pessoa que eu conheço, que poderia liberar pra mim, liberar. Fui atrás de um conhecido meu, ele conseguiu liberar lá pra mim pra Santa Casa.***

***Eu procuro às vezes esperar que o médico atenda todo mundo, pra ver se ele pode me atender. Pra mim, poder conversar com o médico se ele pode, né, atender; né. Assim que sai alguém, a gente pergunta se pode entrar pra atender; dar uma olhadinha, pelo menos uma medicação.***

A percepção do usuário sobre a suposta relação



entre a gratuidade dos serviços de saúde do SUS e a baixa qualidade desses serviços o leva, algumas vezes, a pagar por um serviço particular, imaginando ser este de melhor qualidade do que o serviço do SUS, pelo simples fato de ser pago. A percepção de sua melhor qualidade se associa à imagem de que o serviço pago é mais confiável, mais rápido e não apresenta dificuldades quanto ao acesso.

***Tive que pagar um médico particular primeiro pra descobrir o que é que eu tinha. Aí ele pediu todos os exames. Pedi os exames normalmente. Aí fiz. Paguei. Tive que arrumar o dinheiro que eu não tinha, né, pra pagar. Paguei os exames, paguei a consulta, paguei tudo.***

Algumas vezes, para garantir o acesso a determinados serviços de saúde do SUS, principalmente aqueles que se mostram mais “concorridos” por terem uma imagem de melhor qualidade, o usuário também “opta” por pagar a terceiros para que estes se submetam, em seu lugar, a uma fila de madrugada.

***Tem alguns casos que cê tem que ficar a noite na fila pra conseguir. Aí eu tenho que pagar alguém. Igual aqui no bairro, tem algumas pessoas que, né, que recebe pra ficar na fila arrumando vaga pra gente, eles falam que tem que passar a noite na fila pra conseguir; pra alguns médicos, os médicos bons***

### Considerações finais

Não se pode discutir o processo de reorientação do modelo assistencial sem, obrigatoriamente, envolver o usuário. O usuário é sujeito intencional nesse processo, além de sua condição de cidadão portador de direitos. Possivelmente, nenhum modelo assistencial isoladamente pode se configurar *a priori* como ideal. Primeiro, porque no Brasil convivem realidades absolutamente divergentes. Segundo, porque qualquer modelo assistencial, tomado de modo externo ao cotidiano dos serviços de saúde, acaba tendo tão somente um caráter estruturador, racionalizador, normativo e técnico, distanciado do dia a dia vivido pelas pessoas reais com suas experiências concretas de sofrimento. Talvez o modelo assistencial ideal seja aquele que não se coloque de fato como um modelo, mas sim como algo capaz de se amoldar continuamente à realidade de modo crítico e reflexivo, buscando assistir ao usuário por meio da prestação de cuidado integral de saúde. É o sistema de saúde que deve se amoldar ao usuário e não o contrário.

Pelos resultados dessa pesquisa, percebemos que a inflexível definição de porta de entrada do sistema de saúde pela atenção básica amarrada à

moradia do usuário como referência territorial, em vez de promover sua inclusão, dificulta o seu acesso aos serviços de saúde. Essa perda de liberdade em relação à busca por assistência contraria princípios constitucionais e destitui o usuário de sua identidade de cidadão e de seu papel ativo como agente intencional na busca e obtenção de assistência. Assim, considerando a chamada “universalização excludente” já histórica<sup>36</sup>, talvez agora até possamos falar em uma universalização duplamente excludente. Talvez seja mais inclusiva a proposta de múltiplas portas de entrada, em que o usuário possa obter acesso em tempo e espaço adequados à ele, utilizando-se da tecnologia apropriada à sua real necessidade, seja na UBS, em um pronto-socorro ou em um hospital<sup>7</sup>. Não se trata aqui de desconsiderar a relevância da base territorial como referência para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, para o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e população e para o desenvolvimento da participação popular e controle social. O que estamos defendendo é que, com relação à chamada “demanda espontânea” de usuários por pronto atendimento médico, o sistema deva estar plenamente aberto ao seu acolhimento, seja em que nível ou em tipo de serviço for.

Mas, se os gestores do sistema desejam que o nível básico da atenção, além de realizar ações de prevenção e promoção da saúde, também receba a chamada “demanda espontânea” do “seu usuário” territorialmente referenciado e se legitime como porta de entrada principal do sistema para o pronto atendimento médico, devem fazer do usuário o centro de suas reais preocupações e se empenhar para melhorar a resolubilidade da rede básica. Devem resgatar a imagem de credibilidade do nível primário da atenção, melhorando-a no sentido de evidenciar sua confiabilidade e de tornar suas condições de acesso e acolhimento mais favoráveis. Assim, o usuário acabaria naturalmente por se aproximar da UBS de sua referência territorial. E essa aproximação é inteiramente desejável, desde que ela seja realmente espontânea, livre e não compulsória, imposta.

### Colaboradores

LH Oliveira, RA Mattos e AIS Sousa participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família – Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
3. Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para o debate. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED, organizadores. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 53-60.
4. Mendes EV. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: Mendes EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. p. 159-185.
5. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. p. 187-220.
6. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Filho NA, organizadores. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-487.
7. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 113-126.
8. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos de Saúde da Família** 1996; 1(1):10-15.
9. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Cien Saude Colet** 2001; 6(2):319-328.
10. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis** 2002; 12(1):59-75.
11. Unglert CV. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. p. 221-235.
12. Yunes J. O SUS na lógica da descentralização. **Estud. av.** 1999; 13(35):65-70.
13. Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis** 2002; 12(1):11-21.
14. Mattos RA. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis** 2002; 12(1):77-108.
15. Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde; 1997.
16. Juiz de Fora. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Plano Municipal de Saúde**. Juiz de Fora: Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental; 2002.
17. Viana C. Sobrecarga anual no PSM: Usuários excedentes ultrapassam cem mil. **Jornal Tribuna de Minas** 2000; 21 mai; p. 1-4.
18. Viana C. Atendimento de Urgência em JF supera a média nacional. **Jornal Tribuna de Minas** 2002; 15 dez; p. 3.
19. Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis** 2002; 12(1):47-58.
20. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ, Filho NA, organizadores. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 489-503.
21. Rocha JH. **A saúde e você proposta de transformação do setor saúde no Brasil**. Nova Friburgo: Imagem Virtual; 1992.
22. Silva CM. **Da condição de patinho feio ao sonho da transformação em cisne: Um estudo sobre a recepção aos pacientes ambulatoriais numa unidade de saúde do Rio de Janeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
23. Souza AIS. **As condições de acesso ao HU/UFJF: Origens das demandas e referências dos usuários sobre a qualidade do atendimento** [trabalho de pós-doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.
24. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: A Procura de um Modelo Anunciado. **Cadernos de Saúde da Família** 1996; 1(1):3-9.
25. Vianna ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** 1998; 8(2):11-48.
26. Giddens AA. **Constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes; 1984. p. 318.
27. Basch CE. Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. **Health Educ. Q.** 1987; 14(4):411-418.
28. Becker HS. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec; 1994.
29. Dias CA. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. informação sociedade** 2000; 10(2):12.
30. Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: **Anais do XIII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP**, 2002; Ouro Preto. p. 26.
31. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1994.
32. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA** 1988; 260:1743-1748.
33. Donabedian A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114:1115-1118.
34. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 300.
35. Farias LO. Estratégias individuais e proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Cien Saude Colet** 2001; 6(2):405-416.
36. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. p. 19-91.

Artigo apresentado em 02/03/2007

Aprovado em 10/09/2007