

Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros

Health care provided by SUS: the experience of foreign students

La asistencia prestada por el SUS: la experiencia de los estudiantes extranjeros

Mayara Lima Barbosa¹

Suely Deysny de Matos Celino²

Anne Gomes Carneiro³

Gabriela Maria Cavalcanti Costa⁴

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

2. Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

3. Hospital de Emergência de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

4. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a experiência de estudantes estrangeiros na assistência à saúde prestada pelos serviços do SUS. **Métodos:** Estudo com abordagem qualitativa, realizado com estudantes estrangeiros de graduação e pós-graduação que utilizaram os serviços de saúde do SUS. As entrevistas realizadas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas: conhecimento sobre o SUS; serviços de saúde utilizados e; avaliação dos usuários em relação à assistência. A (in)satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde esteve relacionada ao acolhimento, à resolutividade, ao tempo na sala de espera e às facilidades e dificuldades no acesso. **Conclusões:** O estudo revela a necessidade de esclarecimento dos estudantes estrangeiros acerca da organização do sistema e como buscar atendimento para alcançarem maior resolutividade.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Serviços de Saúde para Estudantes; Intercâmbio Educacional Internacional.

ABSTRACT

Objective: To analyze the experience of foreign students in health care provided by the SUS services. **Methods:** Qualitative approach study, with undergraduate and graduate foreign students who used the SUS health services. The interviews were submitted to the technique of content analysis. **Results:** Emerged three thematic categories: knowledge about SUS, health services used and evaluation of users regarding assistance. User (dis)satisfaction regarding to health services was related to the reception, resoluteness, the time in the waiting room and facilities and difficult access. **Conclusions:** The study shows the need to clarify the foreign students about systema organization and how to seek service to achieve better resolution.

Keywords: Health Care; Health Services for Students; International Educational Exchange.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la experiencia de los estudiantes internacionales en la atención de salud proporcionada por los servicios del Sistema Único de Salud (SUS). **Métodos:** Investigación cualitativa, realizada con estudiantes universitarios y graduados extranjeros que utilizaron los servicios de salud del SUS. Las entrevistas fueron sometidas a la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** Emergieron tres categorías temáticas: Conocimiento acerca del SUS; Utilizan los servicios de salud y; Evaluación de los usuarios con respecto a la atención. La (in)satisfacción de los usuarios en relación a los servicios relacionados con la salud fue la recepción, la seguridad, el tiempo en la sala de espera y las facilidades y dificultades de acceso. **Conclusión:** El estudio destaca la necesidad de aclarar los estudiantes extranjeros sobre el sistema y cómo buscar la organización del cuidado para lograr mayor resolución.

Palabras clave: Prestación de Atención de Salud; Servicios de Salud para Estudantes; Intercambio Educacional Internacional.

Autor correspondente:

Mayara Lima Barbosa.

E-mail: may.lb@hotmail.com

Recebido em 27/11/2015.

Aprovado em 06/07/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160092

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição em 1988, quando pela primeira vez a saúde foi garantida a toda população como dever do Estado¹, várias conquistas vêm sendo obtidas a fim de garantir o acesso igualitário aos serviços oferecidos. O novo reordenamento proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) universalizou o direito à assistência à saúde, acenando para o pleno acesso aos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação².

Depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos e, ainda que, a legislação em saúde não se refira, especificamente, ao acesso de estrangeiros ao SUS, seu acesso universal deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade. O Estatuto do Estrangeiro promulgado pela Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, já garantia ao estrangeiro residente no Brasil gozar "de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis"³.

A questão do acesso aos serviços de saúde ainda é um dos grandes entraves para que a população exerça o seu direito à saúde, e ainda um dos maiores desafios da gestão⁴. Acredita-se, então, que essa dificuldade também se estende à população estrangeira residente em nosso país e, nesse caso, torna-se ainda maior, por envolver aspectos como preconceito e desconhecimento da legislação vigente.

Ao compreender a acessibilidade de estrangeiros aos serviços de saúde prestados pelo SUS, percebeu-se que, apesar da maioria dos secretários municipais de saúde ter considerado que estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS, barreiras de acesso restritivas desse direito foram identificadas, indo de encontro a Legislação Nacional, a exemplo a implantação da Estratégia de Saúde da Família ou a necessidade do cartão SUS para o atendimento, embora tais ações tenham sido criadas para organizar o sistema, apresentam-se como entraves para a realização do atendimento aos estrangeiros, pois podem restringir o atendimento aos usuários cadastrados⁵.

A partir da garantia, por parte dos estrangeiros, do acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, despertou-se para a reflexão acerca da percepção da assistência à saúde por meio do SUS prestada a estudantes estrangeiros. Na tentativa de esclarecer essa questão, buscou-se analisar a experiência de estudantes estrangeiros na assistência à saúde prestada pelos serviços do SUS.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no período de outubro/2013 a junho/2014, com alunos de intercâmbio, regularmente matriculados na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e cadastrados na Coordenadoria de Assuntos Institucionais e Internacionais.

Os participantes foram selecionados a partir do seguinte critério de inclusão: ter utilizado em algum momento, durante a

permanência em território brasileiro e a vigência do intercâmbio, os serviços da rede de assistência do SUS. Embora, todos os estudantes estrangeiros tenham sido contatados, apenas aqueles originados do Timor Leste atenderam ao critério de inclusão e, portanto, 14 sujeitos timorenses participaram do estudo.

Foram realizadas entrevistas a partir do roteiro semiestruturado com os participantes e a gravação foi autorizada. Após a realização da entrevista, os depoimentos foram transcritos e submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁶, seguindo as etapas de transcrição das entrevistas na íntegra; constituição de um corpus; seleção das unidades de registro; codificação das temáticas identificadas e; categorização.

A pesquisa foi desenvolvida atendendo às orientações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, que era vigente durante o desenvolvimento da pesquisa e regulamentava as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁷. Dessa forma, o estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE nº 22922013.3.0000.5187. Foi assegurado o anonimato aos participantes, bem como, o sigilo de dados confidenciais que pudessem surgir durante a coleta, adotando-se as iniciais *Est.*, seguida do número sequencial da entrevista.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

Os estudantes estrangeiros oriundos do Timor Leste possuem idade entre 20 e 48 anos, sendo os graduandos (08), com idade entre 20 e 25 anos e os mestrandos (04), com idade entre 42 e 48 anos. Quanto ao sexo, 8 são do sexo masculino e 6 do feminino.

Os graduandos estão matriculados nos cursos de letras (1), odontologia (4), computação (3) e direito (2), com intercâmbio tendo duração de até 5 anos e bolsa de 750 dólares. Os mestrandos trabalhavam no Timor como professores de nível médio e fundamental e estão matriculados nos cursos de Mestrado em Saúde Pública (2) e Mestrado em Desenvolvimento Regional (2), com intercâmbio tendo duração de até 3 anos e bolsa de 850 dólares.

Grande parte dos entrevistados usou mais de uma vez os serviços de saúde, relatando variadas causas para a utilização do sistema, foram citadas as dores abdominais, sintomas como náusea e vômito, alergias e até uma cirurgia para retirada de neoplasia benigna.

Conhecimento sobre o SUS

A priori os estrangeiros foram questionados a respeito do conhecimento sobre a política de saúde no Brasil e a garantia do acesso a esses serviços, por meio do convênio firmado para o intercâmbio, os estudantes estrangeiros afirmaram saber pouco sobre o SUS, fazendo referências apenas à gratuidade dos serviços oferecidos:

[...] é um sistema de saúde oferecido pelo governo, pelo qual todo mundo tem direito a saúde. Pelo o que sei é para os brasileiros, mas os estrangeiros também podem ter acesso se tiverem a carteirinha do SUS [...] (Est. 5).

[...] não vou falar do SUS do Brasil, parece ser diferentes nos lugares, se for em Campina Grande me parece muito ruim, mas se for para outra cidade parece melhor, então o SUS para mim depende de cada lugar. O SUS atende as pessoas, é público e gratuito, não precisa pagar, e só explicam assim pra gente [...] (Est. 6).

[...] não tivemos informação sobre o SUS, só que nós teríamos que fazer o cartão de SUS para ter acesso a saúde. E o que eu sei é que o SUS é um departamento para dar assistência à saúde para todas as pessoas e gratuitamente, mas na realidade não é assim, por exemplo eu já fiz vacinação, mas se você tiver uma doença não resolve imediatamente [...] (Est. 12)

[...] é um sistema de atendimento da saúde pública. Com esse sistema todos os atendimentos são de graça, segundo o meu entendimento [...] (Est. 14).

Alguns sujeitos, ainda, consideraram o SUS como sendo o Cartão Nacional de Saúde e, como uma condição indispensável para a garantia do atendimento:

[...] quando já se tem o cartão do SUS é para passar esse cartão no hospital e poder ir ao médico para falar sobre a doença [...] (Est. 2).

[...] eu ouvi que o cartão do SUS é pra pagar metade, então a gente usa esse cartão pra consultar e paga metade para os doutores [...] (Est. 10).

[...] o tratamento é mais rápido quando se tem o cartão do SUS, então devemos usar. Usa-se esse cartão para melhorar esse o atendimento. (Est. 11)

Serviços de saúde utilizados

Quando questionados sobre quais serviços procuram para atender suas necessidades de saúde, os estudantes estrangeiros, quase que em sua totalidade, citaram a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), para tratamento dos sintomas referidos, como gastrite, cefaleia, virose e pico de hipertensão arterial.

[...] toda a vez que eu estava doente eu fui lá na UPA [...] (Est. 1).

[...] eu fui lá no UPA, quando senti dor na barriga e o doutor solicitou para fazer exame [...] (Est. 4).

[...] eu acho que eu vou voltar para a UPA, quando eu tiver febre ou tosse [...] (Est. 5).

[...] desde quando a gente chegou os colegas informaram que nós somos timorenses, estrangeiros, e nós fomos a esse hospital UPA [...] (Est. 11).

Observou-se, ainda, que alguns alunos estrangeiros procuraram o serviço privado em busca de assistência médica e exames:

[...] eu fui na UPA primeiro e depois fui a um médico pago [...] (Est. 1).

[...] muitas vezes, eu paguei, sendo de graça. Demora muito! Um exame demora de 2 a 3 meses, por isso é que eu paguei [...] (Est. 14).

Os alunos não tiveram nenhum tipo de informação sobre como seria a assistência à saúde no Brasil, e por desconhecerem a rede de atenção do SUS, os estrangeiros não seguem a hierarquia proposta pelo sistema e ainda compreendem que o dinheiro que recebem por meio da bolsa de estudos pode ser destinado para o pagamento da assistência médica.

[...] eu não sei muito bem essa informação, pois, segundo a informação que eu tive desde lá de Timor, o dinheiro que nós recebemos aqui é pra tratar a saúde [...] (Est. 1).

[...] disseram que temos médico, clínicos, mas eles não disseram onde tinha [...] (Est. 5).

[...] antes não, quando a gente ainda estava em Timor não, só aqui [...] E agora a universidade também ajuda quando a gente precisa de alguma coisa [...] (Est. 4).

Avaliação dos usuários em relação à assistência

A avaliação dos estrangeiros sobre o atendimento de saúde no SUS divergiu entre eles e eles ainda fizeram comparações da assistência médica entre o Brasil e outros países, conforme os trechos a seguir:

[...] Acho que não tem nada ruim, eu gostei de tudo [...] (Est. 3).

[...] Eu preciso sempre e já me acostumei e sei que aquele lugar pra mim é bom [...] (Est. 9).

[...] Eu já fui em vários países, eu já fui na indonésia, já fui para Singapura, mas no Brasil, algumas pessoas vão para o hospital com dor e vão morrer por que ainda não chegou o doutor [...] (Est. 6).

[...] O atendimento é ruim, quer dizer, o sistema é complicado, não vou dizer ruim, mas é o sistema do país, aqui demora porque tem muita gente [...] (Est. 14).

[...] tem muitos pacientes, mas tem poucos médicos. [...] Deveriam aumentar os médicos e os enfermeiros, porque precisamos ser atendidos, pois estamos sofrendo. A saúde é prioritária para tudo [...] (Est. 11).

Sobre o processo de acolhimento e escuta, essas atividades não se constituem atividades exclusivas de uma categoria profissional. Todos os profissionais que atuam no serviço de

saúde e têm contato com o usuário devem estar comprometidos e capacitados para acolher, e como aconteceu na fala do estrangeiro, foi muito importante para ele sentir-se acolhido pelos profissionais:

[...] para mim, esse é um atendimento melhor por causa dos profissionais de lá, que são todos acolhedores. É um atendimento melhor e eu consegui 'atravessar' melhor esse momento [...]. (Est. 11).

É importante ressaltar que, embora o aluno apresente uma visão positiva do acolhimento, essa ação do profissional não deve estar relacionada à ações de bondade ou favor, mas deve estar pautada em escuta qualificada e resolutividade, o que não aconteceu em alguns casos:

[...] eles não têm o foco nos [...]. Os pacientes estão sofrendo ali e eles estão conversando. Aí, é uma coisa ruim. Nas vezes em que eu fiquei nervoso, eu falei pra eles que não pode ser assim [...]. (Est. 1).

[...] uma coisa que aconteceu é que fui ao hospital [...] com meu colega. Eram 7 horas da manhã e quem trabalha lá, disse assim: "Não tem vaga para vocês!". Uma coisa que eu estranho é que não tem vaga. Se você está doente [...]. (Est. 12).

Além da ausência de um acolhimento qualificado, a demora no atendimento também foi referida pelos usuários estrangeiros como um entrave para o acesso à assistência à saúde:

[...] eu senti que para atender na UPA é bem complicado, porque a gente chegou, por volta das 8 horas e, às vezes, eu voltei para casa 3 ou 4 horas depois. Demora muito sabe?! Para chamar os nomes dos pacientes. É bem complicado, demora muito [...]. (Est. 5).

[...] Nunca vi na minha vida! É um tratamento, uma burocracia, que EU nunca vi na minha vida. Eu fico com dor de cabeça às 9 horas da manhã e vou tratar ÀS 3 horas da tarde. É por isso que eu não gosto da UPA [...]. (Est. 6).

[...] a dor não passou, aí isso não facilita nada. Dificulta, é difícil, burocrático, muito burocrático. A dor já está aqui, mas tem que passar por ali e por ali, vai ali... Assim eu não quero [...]. (Est. 1).

[...] teve um enfermeiro que disse que a minha doença não era muito grave: "Você não tem que estar aqui! Você tem que ir na assistência médica do teu bairro. Não fica aqui não. Se quiser esperar, pode esperar, mas vai demorar muito, por que tem muita gente que está sofrendo". Aí eu fiquei insatisfeito com essas palavras [...]. (Est. 8).

Por outro lado, a classificação de risco foi relatada como um aspecto positivo para a utilização dos serviços de urgência

e emergência do sistema de saúde, pois é capaz de garantir o atendimento de maneira justa.

[...] eu acho que cada um tem um nível de doença. Com uma doença mais grave é atendido. Eu acho muito interessante esse sistema, pois não tem ninguém que entra e vai direto (ser atendido). Ruim!! [...] Se a gente tem uma doença menos grave a gente não vai ser atendido. Até vai ser atendido, só demora mais [...]. (Est. 8).

[...] e o meu caso também. Eu fui quando necessitei. Até fui diretamente e quando cheguei lá eles tem um critério: eles dão uma carteira com verde, vermelha ou amarela, para atender rápido. Eles me deram vermelho porque era grave [...]. (Est. 9)

Em se tratando de resolutividade das necessidades elencadas pelos estrangeiros, uma parte deles apontou que os serviços utilizados foram resolutivos, entretanto, os demais se mostraram insatisfeitos quanto à solução de seu agravo à saúde:

[...] tem burocracia. Em geral o sistema já é assim, mas no fim resolve. A queixa que eu tive no fim resolveu [...]. (Est. 13).

[...] eu não tenho mais sentido para voltar lá no UPA, porque não consigo resolver. Tem muita demora e burocracia [...]. (Est. 12).

[...] eu fui durante 6 meses, várias vezes, para tentar resolver meu problema e não consegui. Só depois que a universidade entrevi, foi eles contataram o hospital e os médicos e resolveram. Da universidade eles me encaminharam para o Hospital de Trauma [...]. (Est. 14).

Mesmo em face dos problemas detectados pelos estrangeiros, eles voltariam a esses serviços, caso necessitassem, conforme as falas a seguir:

[...] sim, voltaria, quando continuar a doença [...]. (Est. 2).

[...] voltaria, se estivesse doente [...] na UPA, porque é gratuito, mesmo que demore [...]. (Est. 7).

[...] se eu estivesse doente voltaria, porque quando se precisa para situação de emergência eu voltaria, porque no caso o hospital privado tem que pagar [...]. (Est. 10).

DISCUSSÃO

Tendo em vista a participação do Brasil no cenário internacional, apresentando-se com destaque crescente na economia mundial, o aumento de intercâmbios para nosso país tornou-se uma realidade. Entretanto, a política pública de saúde demonstra estar despreparada para receber essa demanda, uma vez que são muitos os relatos de estrangeiros sobre barreiras enfrentadas diariamente no acesso à rede de saúde, como

discriminação, desinformação, desrespeito à diversidade cultural e despreparo dos profissionais para o atendimento⁵.

A respeito da gratuidade da assistência, conquistada a partir da criação do Sistema Único de Saúde, como condição do princípio da universalidade, é de fato claramente reconhecido pelos usuários estrangeiros, mas há de se considerar que o SUS também abriga os princípios doutrinários da equidade e da integralidade para o conjunto das ações em saúde que abrangem um ciclo completo e integrado entre a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além de englobar o acolhimento e encaminhamento para serviços de referência⁸.

Esses princípios regem as ações de saúde em todo o território nacional pelas três esferas de governo, que o torna um sistema único. Apesar disso, pode existir divergência de organização dos serviços entre os municípios, observada na fala do sujeito Est. 6, que pode ser explicada pelo princípio da descentralização que norteia o SUS. Esse princípio transfere à gestão municipal a responsabilidade desde o planejamento, passando a organização, controle, avaliação das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, além de geri-los e executá-los⁹.

Apesar dos avanços já constatados a partir dos princípios que formam o SUS, e a evolução do próprio sistema, é salutar reconhecer a necessidade de olhá-lo criticamente, na perspectiva de encontrar caminhos para ir ao encontro de seus grandes desafios, tais como: a assimetria social criada a partir das grandes diferenças na oferta de serviços, as desigualdades regionais da capacidade instalada, as limitações nos processos sistemáticos de qualificação de recursos humanos e de educação permanente em saúde, o fortalecimento do desenvolvimento científico e tecnológico em todas as áreas, a qualificação da participação social, a definição de prioridades baseadas em critérios epidemiológicos, e a garantia de mecanismos de financiamento que permitam minimizar a crescente exclusão social e promover o acesso efetivamente universal à saúde^{9,10}.

Acerca do Cartão Nacional de Saúde, apesar de o compreenderem como um instrumento importante no acesso à assistência, apresentam também uma percepção distorcida de sua verdadeira finalidade, uns o veem como forma de agilizar o atendimento, outros como forma de reduzir os custos das consultas (Est. 10), o que contradiz com falas do entendimento de que o SUS é um sistema gratuito.

O Cartão Nacional de Saúde constitui-se de um instrumento de identificação único dos usuários do SUS, que busca viabilizar a utilização adequada de informações para a garantia de um atendimento de qualidade, além de contribuir para organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, organizando o sistema de referência e contrarreferência, na medida em que vincula procedimentos executados ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados¹¹.

É verdade que a falta de informação disponibilizada pelo poder público em seus sites e material informativo oficial se constitui como uma barreira para a ampla compreensão do nosso sistema de saúde, além do despreparo dos profissionais

de saúde nesse sentido, as cartilhas são insuficientes e não se referem aos direitos da população imigrante. Por exemplo, a expressão "cidadão brasileiro" é repetida diversas vezes, e nada se diz sobre os estrangeiros residentes em nosso país⁵.

Esses alunos não recebem nenhum tipo de informação no país de origem quando se propõem a estudar em outros países e a desinformação é mantida no Brasil, esse aspecto fomenta o uso inadequado do sistema de saúde, desde a inscrição a partir do cartão do SUS até a incompreensão sobre a rede de atenção.

Sabe-se que os serviços de saúde no Brasil formam uma rede regionalizada e hierarquizada, estabelecida pela Lei 8080/1990, sendo organizada segundo o grau de complexidade tecnológica e utilizando, para tanto, um sistema de referência e contra referência de usuários no SUS⁸.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS, sejam elas: os serviços de atenção primária, de atenção à urgência e emergência, de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto, que correspondem aos "serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial"¹².

Em se tratando da atenção primária, esta objetiva proporcionar à população uma assistência integral que impacte na sua situação de saúde, sendo caracterizada por um compêndio de ações de saúde desde promoção da saúde até a redução de danos e a manutenção da saúde e desenvolvidas de maneira individual e coletiva. Nesse sentido, deve se constituir como o contato preferencial dos usuários, ou seja, a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde¹³.

A UPA, instituída pela Portaria 1601/2011, compõe um dos serviços da rede de atenção às urgências, sendo um estabelecimento de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar¹⁴. Dessa forma, não seria o serviço adequado para o atendimento dos problemas de saúde referidos pelos usuários estrangeiros, que buscaram esses serviços em uma média de 2 a 5 vezes, em sua maioria.

A lógica do imediatismo que conduz a concepção de saúde no modelo biomédico, além do desconhecimento das especificidades de cada serviço, resulta em uma busca maior dos usuários pela UPA em detrimento dos serviços de atenção primária, o que representa um grande problema para a organização da rede de atenção à saúde¹⁵.

Contudo, é condição essencial a ampliação da discussão sobre os serviços de saúde entre os estrangeiros e brasileiros, visto que não podemos explicar a lógica do imediatismo apenas a partir do desconhecimento das especificidades dos serviços de saúde, pois esta se relaciona a capacidade resolutiva dos mesmos.

No caso dos sujeitos do estudo, a busca pela UPA talvez tenha sido motivada pela falta de conhecimento dos serviços de atenção básica e para muitos usuários mesmo enfrentando horas num atendimento na UPA, é preferível sair com uma solução parcial do que nenhuma, embora há de se considerar que esse problema não se restringe a esses pacientes, por se tratarem

de estrangeiros. Em estudo realizado no Município de Belo Horizonte, os profissionais da rede também se queixam que os usuários procuram atendimento básico em serviços de maior complexidade por não terem informações adequadas sobre a organização da rede assistencial¹⁶.

Também em pesquisa realizada¹⁷, comprovou-se que mais da metade das crianças levadas ao pronto-socorro pediátrico de um Hospital Universitário não eram referidas de unidades de atenção básica, sugerindo que a população daquele município não usava, predominantemente, esses serviços como porta de entrada do sistema.

A falta de conhecimento sobre a rede de atenção não é aspecto relacionado apenas aos estrangeiros, mas também para pessoas brasileiras, é fundamental que as entidades públicas lancem mão de instrumentos e ações para garantir a compressão da rede assistencial de saúde tanto pelos estrangeiros, quanto pelos brasileiros. Ademais, a forma errada de entrar no sistema onera o SUS, entrava a resolutividade e reduz a satisfação dos usuários quanto aos atendimentos.

Outro aspecto que reduziu a satisfação dos sujeitos foi a recorrência na demora para o atendimento. Esse aspecto relaciona-se, segundo eles, à falta de médico proporcional ao número elevado de pacientes. Também em estudo realizado em municípios do estado de São Paulo, os usuários brasileiros do sistema público de saúde, apesar de mostrarem-se satisfeitos com o atendimento, queixaram-se também da necessidade de aumentar o número de profissionais, especialmente médicos¹⁸.

Essa visão dos usuários acerca da necessidade de aumentar o número de médicos para que o atendimento seja eficaz representa os resquícios do modelo médico hegemônico, que ainda influencia na atenção à saúde. Entretanto, esse modelo é incompleto, e vai de encontro às propostas do SUS, mas não há ainda, na maioria da população atendida, essa visão, o que dificulta ainda mais o acesso¹⁹.

Os estudantes estrangeiros observaram ainda outros aspectos relacionados à assistência à saúde no SUS, como o acolhimento e acesso aos serviços, bem como resolutividade de suas necessidades.

Apesar do usuário mostrar-se satisfeito com o atendimento é importante deixar claro que o acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde não tem relação com atitudes de bondade e favor, mas com a consolidação de um atendimento com resolutividade e responsabilização, garantindo, quando necessário, a continuidade da assistência²⁰. O acolhimento como uma atitude de inclusão do usuário aos serviços de saúde se constitui como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS, apresentando-se como ferramenta tecnológica de intervenção na escuta qualificada, na construção de vínculo e, conseqüentemente, garantia do acesso aos serviços²⁰.

O acolhimento também pressupõe a intenção de resolver os problemas de saúde de todos os usuários que buscam o serviço, implicando que todos eles sejam acolhidos por profissionais de saúde que irão realizar a escuta, identificando riscos e vulnerabilidade, e responsabilizando-se em dar uma resposta

ao problema²¹, o que não foi observado pela fala dos sujeitos, quando o acolhimento foi dificultado antes mesmo que o usuário pudesse expressar suas necessidades.

Ressalta-se, portanto, a importância de qualificar o momento que o usuário encontra-se nos estabelecimentos de saúde, é necessário formar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho e modificar a clínica. Para um acolhimento de resolutividade se faz necessário qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar e orientar os usuários²².

A queixa relatada nas falas dos estrangeiros também foi referida em outros estudos com usuários brasileiros^{18,23}. O tempo de espera e as longas filas nos serviços de saúde dificultam o acesso ao atendimento, grande barreira para que este se concretize, "na qual a espera (dimensão temporal), a demanda a ser resolvida (dimensão existencial) e a solução - ou não - do problema (dimensão resolutiva) se misturam na representação do próprio sistema, com resultados nem sempre garantidos"^{24:502}.

A classificação de risco compreendida pelos estrangeiros propõe uma estratégia de organização do atendimento que não seja a ordem de chegada e sim, a prioridade da assistência de acordo com a necessidade de cada indivíduo. É realizada nos serviços de urgência por enfermeiro que, baseado em protocolo e consensos estabelecidos pela equipe médica, avaliam a gravidade de cada caso, garantindo atendimento imediato àqueles mais graves²⁵.

Em estudo realizado em uma Unidade de Pronto-Atendimento do Município de Belo Horizonte, foi possível constatar que o acolhimento com classificação de risco desconstruiu a lógica da exclusão, acolhendo toda a demanda e oferecendo uma resposta positiva na percepção do usuário, além de ofertar uma assistência oportuna e pontual, e proporcionar melhor prognóstico clínico dos pacientes²⁶.

A insatisfação desses estrangeiros não difere de outros estudos encontrados na literatura com usuários brasileiros. Em estudo realizado por inquérito domiciliar na região sudoeste da Grande São Paulo, os problemas mencionados pelos usuários entrevistados não foram solucionados, apesar da capacidade resolutiva dos serviços tenham mostrado que estes eram capazes de atender à demanda²⁷.

Em pesquisa conduzida, apesar dos usuários mostrarem-se satisfeitos com a resolutividade dos seus problemas de saúde, evidenciou-se uma longa trajetória percorrida pelos pesquisados, visto que em poucos casos houve resolução no primeiro nível de atendimento²⁸.

Já em estudo, em se tratando da queixa principal do paciente, os serviços de saúde têm se mostrado resolutivos, embora os usuários nem sempre saiam satisfeitos, pois a demanda, muitas vezes, não condiz com o nível de assistência a que o serviço se destina¹⁶.

A gratuidade observada pelos usuários estrangeiros como fator facilitador para o retorno destes aos serviços de saúde do SUS apresenta como base a Constituição Federal, que afirma que a saúde é responsabilidade do Estado¹. De fato, esta é uma

característica bastante importante e verificada na literatura, pois auxilia no acesso dos usuários aos serviços clínicos, mesmo que haja demora na efetivação do atendimento²⁹.

CONCLUSÃO

Percebe-se que os estudantes do programa de intercâmbio da Universidade Estadual da Paraíba desconhecem a política do sistema de saúde no Brasil, apesar de já o terem utilizado, compreendendo o SUS apenas como a prestação de serviços gratuitos e o vinculando ao Cartão Nacional de Saúde - CNS, muitas vezes, até o entendendo como sendo o próprio sistema ou ainda vinculando o acesso às ações de saúde à aquisição do CNS.

Os estrangeiros também não reconhecem, na prática, a organização dos serviços de atenção à saúde, como uma rede hierarquizada e, portanto, procuram a UPA para atender suas diversas necessidades de saúde, que poderiam ser resolvidas na atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família.

A insatisfação ou satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde esteve relacionada ao acolhimento, à resolutividade, ao tempo na sala de espera e às facilidades e dificuldades no acesso. Sobre esses aspectos, os estrangeiros compreendem o acolhimento através da classificação de risco, embora reclamem da demora no atendimento e da pouca resolutividade do serviço. A gratuidade é destacada como a grande facilidade encontrada para a garantia da assistência à saúde, já a burocracia é apontada como uma grande falha no sistema.

O estudo tem como limitações a ausência de literatura sobre a avaliação dos serviços de saúde por estrangeiros, não utilização dos participantes da pesquisa de outros estabelecimentos da rede de assistência do SUS, ficando a percepção destes, limitada ao atendimento na UPA e o fato dos sujeitos procederem de um único país, representada por apenas uma realidade sociopolítica que poderia apresentar desvantagens frente ao conhecimento do nosso sistema em comparação a outros países.

Apesar disso, o estudo revela a necessidade de esclarecimento dos estudantes estrangeiros ao chegarem ao Brasil, para compreenderem a organização do sistema e como buscar atendimento para alcançarem maior resolutividade. Há de se destacar, também, que pode auxiliar gestores e profissionais de saúde para o investimento na educação em saúde, além de melhoria no processo de acolhimento e escuta qualificada, como também aponta para a contribuição do estudo para os processos migratórios em curso no país.

REFERÊNCIAS

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Agustini J; Nogueira VMR. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. *Serv. Soc. Soc.* [Internet]. 2010 [citado 2016 jan. 20] (102):222-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a03n102.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200003>
3. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. *Diário Oficial da União*, 19 ago 1980.
4. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2016 jan. 20] 15(4):2145-54. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400028>
5. Giovanela L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado 2016 jan. 20]; 23(Sup 2):251-66. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23s2/13.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 12 dez. 2012.
8. Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
9. Lucchesi TRP. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2003 [citado 2016 jan. 20]; 8(2): 439-48. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009>
10. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2001 [citado 2016 jan. 20] 6(2):445-50. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7014.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
12. Decreto 7508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 jun 2011.
13. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Portaria 1601, de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, 08 jul 2011.
15. Randow RMV, Brito MJM, Silva KL, Andrade AM, Caçador BS, Siman AG. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [citado 2016 jan. 20]; 12 (n. esp.):904-12. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf
16. Torres LM, Marques LMF, Tannure MC, Penna CMM. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2016 jan. 20]; 65(5):822-28. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/reben/v65n5/16.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500016>
17. Batistela S, Guerreiro NP, Rossetto EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciênc. Biol. Saúde* [Internet]. 2008 [citado 2016 jan. 20]; 29(2):121-30. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/3460/2815><http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2008v29n2p121>

18. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba N. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [citado 2016 jan. 20]; 20(4):1419-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>
19. De Marco, MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev. Bras. Educ. Med.* [Internet]. 2006 [citado 2016 jan. 20]; 30(1): 60-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf><https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>
20. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde 2ª ed.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
21. Araújo MFF. Implementar o acolhimento na unidade de saúde da família sede II em Aquiraz-CE [monografia]. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2009.
22. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2016 jan. 20]; 24(Sup 1): 100-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
23. Oliveira DC, Sá CP, Santo CCE, Gonçalves TC, Gomes AMT. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 [citado 2016 jan. 20]; 13(1):30-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a04.htm>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8981>
24. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2009 [citado 2016 jan. 20]; 13(3):500-07. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>
25. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
26. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev. Min. Enferm.* [Internet] 2008 [citado 2016 jan. 20]; 12(4): 581-6. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304><http://www.dx.doi.org/S1415-27622008000400018>
27. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Mar [citado 2016 jan. 20]; 24(3):663-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/20.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>
28. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet]. June [citado 2016 jan. 20]; 32(2):345-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a19v32n2.pdf><http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>
29. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2016 jan. 20]; 18(11): 3321-31. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>