

A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuários

The universalization and access to health: consensus and disagreement between professionals and users

Denize Cristina de Oliveira¹, Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio¹,
Antonio Marcos Tosoli Gomes¹, Sérgio Corrêa Marques¹, Thelma Spindola¹,
Ana Paula Munhen de Pontes²

Resumo

Objetivo: Analisar a representação social do acesso ao sistema de saúde, antes e depois da implantação do Sistema Único de Saúde, na visão dos profissionais de saúde e dos usuários. **Métodos:** Estudo pautado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido em seis instituições de saúde no município do Rio de Janeiro. A amostra de conveniência foi composta por 102 profissionais de saúde e 104 usuários. A coleta de dados foi realizada entre 2009 e 2010, por meio de entrevistas semidirigidas e a análise do *corpus* foi realizada pela técnica de análise lexical mecanizada, no *software* Alceste. **Resultados:** As unidades de contexto elementares foram divididas em dois grandes blocos temáticos, que discutem a saúde como direito de todos e dever do Estado. Os entrevistados apontam diferenças entre o antes e o depois da implantação do novo sistema de saúde, que assegura o acesso a todos, independentemente do vínculo empregatício, porém consideram tal característica como responsável pela demanda excessiva e demora no atendimento. **Conclusão:** A dimensão das atitudes da representação mostra um posicionamento negativo frente às dificuldades de implementação do sistema e positivo diante dos direitos conquistados, além do conhecimento fragmentado dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Palavras-chave:** acesso aos serviços de saúde; equidade no acesso; acesso universal aos serviços de saúde; sistema único de saúde.

Abstract

Objective: To analyze the social representation of access to the health system, before and after the implantation of the Unified Health System, in the view of health professionals and users. **Methods:** A study based on the Theory of Social Representations, developed in six health institutions in the city of Rio de Janeiro. The convenience sample consisted of 102 health professionals and 104 users. Data collection was carried out between 2009 and 2010 through the technique of semi-directed interviews and the analysis of the corpus performed by the mechanized lexical analysis technique, by the software Alceste. **Results:** The elementary context units were divided into two major thematic blocks, which discuss health as the right of all and the duty of the state. The interviewees point out differences before and after the implementation of the new health system, which ensures access to all, regardless of the employment relationship, but consider this characteristic as responsible for excessive demand and delay in care. **Conclusion:** The dimension of the attitudes of the representation shows a negative position in front of the difficulties of implementation of the system and positive in front of the rights conquered, besides a fragmented knowledge of the principles of the Unified Health System. **Keywords:** health services accessibility; equity in access; universal access to health care services; unified health system.

¹Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Faculdade Celso Lisboa – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado no Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio – Boulevard 28 setembro, 157, sala 818 – CEP: 20551-031 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – Email: pollymantelo@gmail.com

Fonte de financiamento: FAPERJ e CNPq.

Conflito de interesses: nenhuma.



INTRODUÇÃO

Na década de 1970, a Reforma Sanitária no Brasil buscou a garantia da saúde como direito individual, compreendida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde inclusivo e solidário¹, propondo a mudança no modelo de atenção, considerando-se a Atenção Básica, o meio de obter a universalidade das ações em território nacional². Na Constituição Federal de 1988 foi incorporado o direito à saúde como direito de todos e sua garantia como dever do Estado, através de políticas econômicas e sociais direcionadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação^{3,4}. Apesar disso, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

A cobertura universal de saúde baseia-se nos princípios da equidade, integralidade dos cuidados em saúde, universalidade e empoderamento⁶. Para implementação do Acesso Universal de Saúde, uma das principais condições é a composição de recursos humanos para saúde, essencialmente enfermeiros⁷. Nesse contexto, o SUS, regulamentado em 1990 através das leis n. 8.080⁸ e n. 8.142⁹, é fundamentado nos princípios da integralidade, universalidade e participação social e tem como objetivo assegurar uma atenção universal e abrangente, curativa e preventiva, através da prestação e gestão descentralizadas de serviços de saúde, favorecendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo¹⁰.

Inserido nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar a representação social do acesso ao sistema de saúde brasileiro antes e depois da implantação do SUS, na visão dos profissionais de saúde e dos usuários.

METODOLOGIA

Adotou-se como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais¹¹, inserida no âmbito da psicologia social, que considera as representações sociais como ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real. A representação é constituída de um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes a propósito de um dado objeto social, organizado e estruturado em um sistema sociocognitivo¹².

O desenho metodológico envolveu, em seu campo amostral, seis instituições de saúde no município do Rio de Janeiro, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: cinco hospitais, sendo um federal, um municipal, um estadual, dois filantrópicos e um centro municipal de saúde. A amostra de conveniência foi composta por 206 indivíduos, sendo 102 profissionais de saúde que trabalhavam nas instituições desde o período anterior à implementação do SUS e 104 usuários, atendidos pelo sistema público desde a época do INAMPS. Os exemplos de unidades

de registro foram identificados pela letra E, seguida do número da entrevista.

A coleta de dados foi realizada entre 2009 e 2010, por meio de entrevistas semidirigidas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, organizadas em um *corpus* único. O preparo do *corpus* exige a construção de um dicionário de padronização de palavras, ou seja, uma padronização de termos considerados importantes para a análise em uma grafia única, de modo que o *software* reconheça como palavras iguais¹³. A padronização foi realizada utilizando-se o radical das palavras e o símbolo +, que indica a existência de outras palavras derivadas do mesmo radical assumindo significados similares.

A análise do *corpus* foi realizada pela técnica de análise lexical mecanizada, com o uso do *software* Alceste, versão 4.7, que permite a análise do conteúdo presente no texto por meio de técnicas quantitativas de tratamento de dados textuais, identificando os grandes eixos temáticos apontados pelos entrevistados, possibilitando uma descrição dos conteúdos discursivos coletados, evidenciando as dimensões e os conteúdos da representação¹². O *software* inicia a análise com a segmentação do *corpus* em unidades de contexto elementares (UCE), que equivalem às unidades de registro na análise manual. Cabe salientar que as UCE possuem tamanhos variados, definidos pelo *software* de acordo com o tamanho total do *corpus* e respeitando a pontuação. As formas reduzidas com maior associação estatística à classe, ou seja, com maiores valores de qui-quadrado (χ^2), e seus respectivos contextos semânticos, possibilitam uma compreensão preliminar do conteúdo da classe¹³.

Posteriormente, como parte do processo analítico, realizou-se a leitura de todas as UCE associadas a cada classe, a fim de confirmar se o tema definido na hierarquização das formas reduzidas era pertinente e distinguir se as entrevistas eram, majoritariamente, dos profissionais ou dos usuários em cada classe. A partir deste mapeamento temático, caracterizado pelas classes, foi possível identificar a representação social construída pelos profissionais de saúde e usuários sobre o acesso ao sistema de saúde brasileiro.

Em observância aos aspectos éticos e legais da resolução 196/96 do CNS, vigente à época da coleta de dados, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro e aprovado (protocolo 196/08).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das representações sociais dos usuários e profissionais de saúde acerca do acesso ao sistema de saúde brasileiro foi realizada a partir do conjunto de dados resultantes da análise das entrevistas processadas. Observa-se que o programa dividiu as UCE em dois grandes blocos temáticos, conforme a Figura 1.

O bloco 1 foi submetido a duas novas divisões e o bloco 2 permaneceu contendo apenas uma classe. Assim, as classes 1, 2 e 4

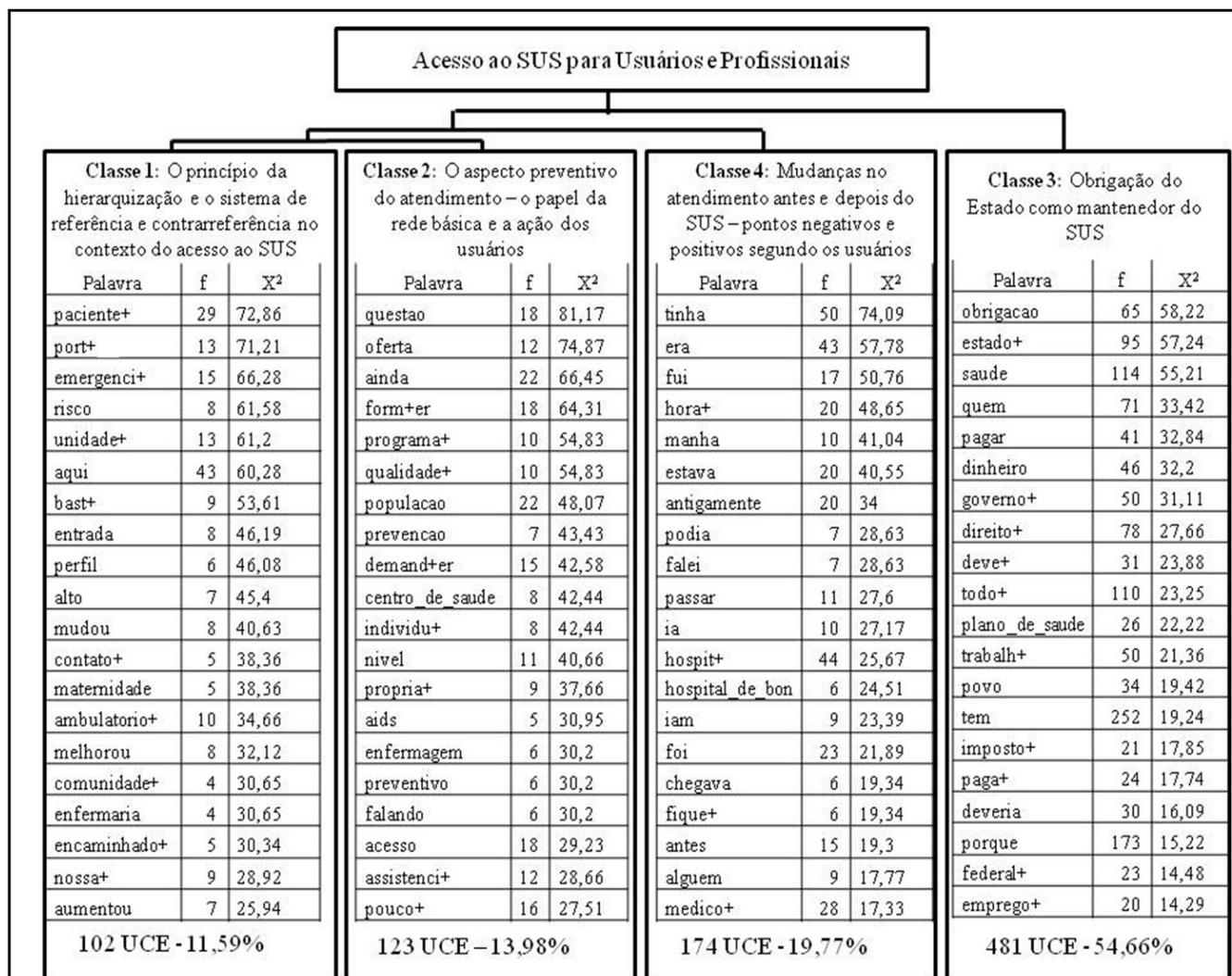


Figura 1. Dendrograma de classes estáveis relativo à análise Alceste do acesso aos serviços do Sistema de Saúde Brasileiro

(bloco temático 1) são resultantes de um bloco textual comum, o que permite inferir que possuem significados complementares; entre os subconjuntos das classes 1, 2, 4 e a classe 3, a relação existente é de oposição de conteúdos, visto que o processo de separação das UCEs busca identificar subgrupos em função do seu grau de diferenciação.

Bloco Temático 1 – A saúde como direito de todos

Classe 1: O princípio da hierarquização e o sistema de referência e contrarreferência no contexto do acesso ao SUS

Esta classe caracteriza-se pela dominância das falas dos profissionais, que fazem uma comparação acerca do acesso antes e após a implantação do SUS. Esta classe apresenta relação com o perfil das unidades em relação ao grau de complexidade e à porta de entrada, expressas por paciente+ (72,86), port+ (71,21), entrada (46,19), emergenci+ (66,28). Ao mesmo tempo, os entrevistados destacam as mudanças ocorridas, demonstradas pelos termos melhorou (32,12), mudou (40,63), comunidade+ (30,65).

Através das falas, destaca-se que houve uma mudança no acesso da população às instituições de saúde em geral, pois percebe-se que o acesso do paciente ao serviço, antes da implantação do SUS, acontecia de forma desorganizada, uma vez que o grau de complexidade não era considerado como condicionante. Sugere-se uma relação estabelecida pelos profissionais entre o princípio da hierarquização e o SUS através do enfoque dado à forma de acesso, que teria a atenção primária como porta de entrada. Nesse sentido, a emergência também recebe destaque no discurso dos profissionais quando esses se referem à forma de acesso dos usuários às unidades de saúde, enfocando novamente a questão da porta de entrada ao serviço, que acontece, na realidade, de maneira desordenada.

Nessa parte eu sinto que há uma tentativa de hierarquização, mudou. Antigamente era mais [...], qualquer um que chegasse aqui vinha parir, e tanto faz se é parto de alto, médio ou baixo risco (E123).

Na representação dos indivíduos, o SUS adquire uma imagem de sistema orgânico, especialmente em função do seu

fluxo interior, da delimitação da porta de entrada e dos níveis hierárquicos de atenção aos quais o paciente pode passar. Esta característica o distingue do sistema anterior, que era direcionado a um determinado público-alvo e, normalmente, abarcava todas as complexidades.

Esse fato possui relação com a dimensão da interligação presente na configuração do SUS, no qual cada unidade não se apresenta como início ou fim, mas ganha sua importância e sua função no contexto da inserção em uma rede, cujo planejamento deve ser o melhor atendimento à população, otimizando recursos, com distribuição geográfica das unidades e investimentos. Pode-se observar que ocorreu uma migração do paradigma individual para o coletivo, necessário para atender às demandas da pós-modernidade e fundamental para a elaboração de um sistema que pretenda dar conta das demandas de saúde em um país continental.

A hierarquização é um dos princípios organizativos do SUS que está associado ao de regionalização e preconiza que os serviços de saúde devem estar distribuídos de maneira que todas as regiões possam receber os atendimentos necessários contando com diferentes níveis de atenção, ou seja, acesso equitativo e integral, além de favorecer a participação popular⁵. O acesso universal é alcançado com a eliminação progressiva das barreiras que impedem as pessoas de utilizarem os serviços de saúde integrais, estabelecidos em nível nacional, equitativamente¹⁴. Antes da implantação do SUS não havia hierarquização, nem outros princípios que organizassem o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Ela busca o hospital e não necessita disso, esses postos de saúde poderiam estar funcionando até em três turnos com serviços de pronto atendimento nas diversas especialidades. O hospital deve ser usado realmente como uma referência que pode ser quando o médico atendeu e viu que o caso dela é uma crise hipertensiva, ela vai precisar internar, ela entra em contato com a unidade, vem referenciada diretamente (E152).

Torna-se importante destacar a demanda exacerbada em unidades de alta complexidade que, a princípio, não precisariam enfrentar esta situação. Isso gera transtornos como a superlotação das emergências, gastos desnecessários de verbas, dificuldades no fluxo de atendimento e a não concretização do sistema de referência e contrarreferência¹. Por isso, o grupo estudado destaca a necessidade de se reavaliar a hierarquização das unidades de saúde e, baseado nessa necessidade, apresenta como proposta de mudança o funcionamento das unidades de atenção básica em até três turnos, a fim de atender a demanda de pacientes reconhecida após a implantação do SUS.

O acesso ao sistema de saúde, apesar de normatizado e com fluxo determinado em seu interior, na realidade sofre com uma demanda de assistência maior que a oferta, gerando uma demanda reprimida que recorre a atendimento em que vislumbra-se a entrada, independentemente da possibilidade

de resolução¹⁵. Esse processo explicita a iniquidade social¹⁶ presente na sociedade brasileira, em que a desigualdade social, nas áreas empobrecidas, apresenta uma diminuição, quando não ausência, de instituições de saúde em meio de uma alta densidade demográfica, associada à dificuldades de transporte. Tal efeito torna-se notável quando há necessidades especiais e o não planejamento da assistência à saúde, o que termina por gerar uma superoferta de alguns serviços e carência em outros.

É evidente que a hierarquização e o uso do sistema de referência e contrarreferência é uma excelente forma de otimizar e evitar a criação de gargalos ou casos em que as pessoas que não conseguem ter o atendimento efetuado. Porém, a efetiva implantação desse princípio e desse mecanismo, respectivamente, tem enfrentado muitas dificuldades de natureza política, institucionais e pessoais, o que possibilita a entrada de pessoas em seu interior em qualquer nível, ou até mesmo a não entrada, descaracterizando a universalidade do atendimento.

Classe 2: O aspecto preventivo e multiprofissional do atendimento – O papel da rede básica e dos profissionais e a ação dos usuários

Esta classe tem como características principais a dominância das falas dos profissionais, a forte relação com o perfil das unidades básicas de saúde e a importância da informação como forma de prevenção, expressas pelos termos oferta (74,87), programa+ (54,83), qualidade+ (54,83), prevenção (43,43), demand+ (42,58), centro_de_saude (42,44), preventivo (30,2) e assistenci+ (28,66). Observa-se a importância da prevenção de agravos e doenças que podem ser acompanhadas pelos programas de saúde, como aids, diabetes e hipertensão, embora os usuários ainda não reconheçam esse tipo de atendimento como forma de prevenção, já que estão acostumados com a dimensão assistencial do cuidado em saúde.

Os caminhos são muito difíceis e você vê pessoas com septicemia chegando nos grandes centros, tudo isso poderia ser evitado no tratamento preventivo, na assistência primária [...]. Nós temos o grupo de adesão de aids, grupo de diabetes, de hipertensão, mas a população está acostumada com a forma assistencial (E123).

Os programas de saúde foram criados como estratégias da rede básica, a fim de facilitar o acesso dos usuários ao SUS¹⁷. Esses programas visam uma abordagem do usuário em seu contexto individual e coletivo, baseando-se nos princípios do SUS. Um desses princípios é o da integralidade, que prioriza a realização de “ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos usuários desse sistema”¹⁸. Deste modo, percebe-se que, de fato, os sujeitos referem práticas de atendimento preventivo e de promoção à saúde no contexto das ações programáticas e da rede básica. Porém, nas representações sociais dos profissionais, os usuários do sistema estão “acostumados” a um modelo assistencial biomédico, centrado na tecnologia e na terapia medicamentosa, que desconsidera os demais determinantes

do processo saúde-doença e a subjetividade dos sujeitos, como também apontado em outros estudos^{1,19}.

Destaca-se também que a equipe de enfermagem, juntamente com os assistentes sociais e os nutricionistas, é vista pelo conjunto destes profissionais como grande responsável por garantir o aspecto preventivo aos usuários. Nesse contexto, os entrevistados resgatam que isso ocorre pelo fato de a formação acadêmica na medicina ainda não enfatizar esse aspecto.

Eu estou falando pelo que eu percebo do trabalho. E essa equipe de enfermagem supre algumas necessidades de informação a esse paciente, que o médico, não é só pelo Centro de Saúde, mas pela própria formação dele que ainda não trabalham com a coisa da informação ao paciente (E156).

É o assistente social, e a enfermagem, e a nutrição. São esses profissionais que têm uma visão mais da questão preventiva dentro da instituição. E através desses programas dentro da unidade de saúde, isso favorece a existirem esses grupos. Mas talvez não abrangendo um número como deveria abranger, até por falta dessa conscientização, dessa necessidade a não o medicamento: vou tomar e acabou (E107).

Ressaltam, porém, que essas equipes se tornam insuficientes para atender a enorme demanda existente nas unidades de saúde, e que essa demanda, em geral, não apresenta um nível de valorização adequado a respeito da prevenção. Simultaneamente, os sujeitos destacam que anteriormente à implantação do SUS não havia nenhum princípio que norteasse a integralidade no atendimento aos usuários.

Simplesmente só atendia o que chegava, era aquela visão centrada na parte médica mesmo, sem integrar serviços e profissionais. Não havia acompanhamento daquele indivíduo. Ele iria voltar de novo com a história de febre. Não havia um nível de resolutividade de forma que pudesse resolver ou intervir no processo da doença daquela pessoa (E138).

Os sujeitos fazem referência à mudança do atendimento após a implantação do SUS e admitem a necessidade de atender o paciente dentro de duas situações: o contexto individual e o coletivo. Essa forma de atendimento implica no princípio da integralidade, o qual prioriza a abordagem do indivíduo considerando as suas necessidades e acionando todos os setores sociais e sanitários para atendê-las, envolvendo e valorizando o cuidado e o acolhimento¹.

Classe 4: O ponto de vista dos usuários – Pontos negativos e positivos das mudanças no atendimento antes e depois do SUS

Esta classe retrata o atendimento antes e após a implementação do SUS, em que as palavras: era (57,78) e antigamente (34), por exemplo, destacam a existência dessa comparação na fala dos sujeitos. Na comparação entre o antes e depois da implantação do SUS, o sistema anterior é relacionado à agilidade e rapidez, enquanto o atual, à morosidade.

Eu me lembro que fui muito no hospital Souza Aguiar quando meu filho era pequeno e o atendimento era muito melhor, eu chegava e era atendida. Teve um dia que fui com meu irmão no pronto-socorro do hospital Souza Aguiar e sai de lá uma hora da manhã (E16).

Como o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) era um sistema mantido em parceria com as empresas e que funcionava através de contribuições feitas principalmente pelos trabalhadores, o acesso existia de forma seletiva, caracterizando o modelo de “cidadania regulada”²⁰, ou seja, a cidadania baseada no sistema de estratificação ocupacional. Dessa forma, entende-se que os usuários desse tipo de serviço não encontravam obstáculos como a demora em receber atendimento, uma vez que a demanda era restrita aos contribuintes e a qualidade do serviço ainda podia ser garantida, como retratado a seguir:

Eu nunca saí tão tarde, foi atendido, mas saímos de madrugada. Antes, eu podia chegar lá com ele no domingo que era atendido rapidinho, tinha médico e tudo direitinho (E56).

Por outro lado, a principal dificuldade do INAMPS, que também é a sua característica principal, era a obrigatoriedade da contribuição para o acesso aos serviços de saúde, que o burocratizava a ponto de limitar o número de familiares dependentes a que os contribuintes teriam direito.

No INAMPS tinha que trabalhar para poder ter aquela carteirinha. Tinha aquela burocracia toda, se o esposo colocasse a família como dependente, ou se alguém na casa trabalhasse não podia passar de três pessoas como dependentes, era muito difícil, muito mais difícil (E89).

Com a implantação do SUS, as portas dos serviços de saúde, que anteriormente apresentavam limites de acesso à população, abriram-se às necessidades de uma demanda universalizada, que engloba de maneira especial os indivíduos excluídos no sistema anterior^{5,17}. A representação dos sujeitos sugere que este fato ocasionou um dos principais problemas existentes hoje no acesso à saúde: a dificuldade de atender a imensa demanda que busca o SUS, o que leva a demora no acesso aos serviços e interfere na qualidade. Este processo foi exemplificado pelos sujeitos a partir do atendimento odontológico:

O serviço era feito dentro dessas coisas com atendimento, e dentista que era restrito ao atendimento escolar. Hoje em dia tem para adulto também. Quer dizer, com o SUS aumentaram-se o número de dentistas, as pessoas podem ser atendidas desde as crianças até a gestante e o resto da família, o pai, a mãe, a criança, eles podem ser atendidos (E65).

Apesar de algumas dificuldades encontradas no sistema, sugere-se que os princípios do SUS contribuem para a melhoria dos serviços de saúde e para o alcance do acesso dos usuários aos serviços de saúde, pois o indivíduo é atendido em seu contexto social sem nenhuma restrição jurídico-legal, como acontecia anteriormente.

O SUS caracteriza-se por ser um sistema que não aborda a saúde somente como acesso às unidades de saúde ou garantia

da assistência, mas contextualiza o indivíduo em suas diversas dimensões, levando em consideração o ambiente e as ações destes sobre ele e articulando-se com uma série de direitos determinantes e condicionantes da saúde, como o direito ao trabalho, à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, à educação e ao meio ambiente, entre outros. O direito à saúde, portanto, se inscreve em um sistema de proteção social no qual a modificação de um dos elementos desse sistema afeta os demais direitos sociais⁶.

Bloco Temático 2: A saúde como dever do Estado

Classe 3: Obrigação do Estado como mantenedor do SUS

Nesta classe, as palavras obrigação (58,22), estado+ (57,24), saúde (55,21) e governo+ (31,11) apresentam altas recorrências na fala dos sujeitos e se relacionam à forma como eles compreendem a saúde como obrigação do Estado. Essa compreensão do Estado como responsável pelo sistema de saúde foi construída no bojo da reforma sanitária e na busca de um país cidadão, que promovesse um processo de inclusão de todos os indivíduos, especialmente quando se tratava de um contexto de forte exclusão social e de uma crescente divisão entre pobres e ricos. Por outro lado, ainda se faz uma relação entre a saúde, a seguridade social e o pagamento de impostos ao governo, o que fica evidenciado através de léxicos como pagar (32,84), paga+ (17,74) e imposto (17,85), palavras muito presentes nas falas dos sujeitos, especialmente dos usuários.

Ao mesmo tempo, percebe-se que por Estado o grupo compreende apenas uma das esferas de governo, que seria o governo estadual. Isso se torna visível quando os profissionais afirmam ser a saúde uma obrigação unicamente do governo federal, pois este está acima dos demais. E, dessa forma, é possível notar a existência de uma visão direcionada apenas para o âmbito hierárquico governamental. A partir daí parece não haver entendimento exato do que seja o Estado responsável pela saúde e os demais direitos da população.

Do Estado, não. É do governo federal, porque acho que a prioridade toda dele é esta. Porque as verbas que o governo municipal ou estadual pagam, nada mais é do que o governo federal, que é tudo centralizado nele (E43).

No conjunto das representações sociais dos sujeitos há uma sobreposição da ideia de unidade da federação da República brasileira com o que se denomina Estado, ou seja, entidade com poder soberano para governar um povo dentro de uma área territorial delimitada. A ideia de concentração das ações de saúde unicamente no governo federal mostra-se contrária à ideia exposta no artigo 7º do Capítulo II da lei 8.080/90⁸, que preconiza que as práticas e os serviços de saúde pública e privada devem obedecer, além de aos demais princípios do SUS, à descentralização de suas ações, especialmente para os municípios.

Ao mesmo tempo, a saúde é representada como obrigação do Estado pelo fato de a sociedade em geral pagar impostos, com citação explícita do desconto do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que leva à percepção de que alguns ainda desconhecem a extinção deste órgão e sua substituição por um sistema universal e gratuito de saúde e de seguridade social.

É do Estado, porque tem arrecadação de impostos. Nós pagamos tudo direito e tem o INPS que os trabalhadores sempre pagam, que desconta todo mês de quem é autônomo e de quem trabalha de carteira assinada, esse dinheiro tem que ir para o Estado (E68).

Além da contribuição profissional compulsória que ainda se mantém viva nas representações dos entrevistados, a carga tributária do país é lembrada como um dos fatos que obriga o Estado a assumir as despesas com a saúde. O Estado como responsável pela saúde deve promover ações e investimentos a fim de garantir a universalidade do acesso e os demais princípios que regem o SUS²¹.

A história das políticas de saúde no Brasil, antes da Constituição Federal⁴, caracterizou-se por sistemas contributivos e excludentes, como as Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas pela iniciativa privada com fim estratégico de manter a saúde dos trabalhadores e nas quais só estes e seus dependentes obtinham acesso à assistência. Outras instituições foram criadas à medida que os interesses pelo investimento na indústria cresciam. Isso ocasionou enorme insatisfação popular e, por essa razão, surgiram movimentos sociais com objetivo de criar um sistema equânime e que atendesse toda a população brasileira. Então, na 8ª Conferência de Saúde²¹, propôs-se o SUS, desvinculado de qualquer forma de contribuição social que não seja a participação dos indivíduos.

A fala abaixo explicita uma representação do SUS em que os mais ricos contribuem para que os mais pobres também possam ser atendidos.

O SUS é um direito de tratar todas as pessoas, porque têm pessoas que não têm condições de pagar por prestações de serviços. Já que o SUS cobra carteira assinada, que recebe, todos nós devemos ser solidários para aquele também que não pode pagar (E42).

Essa representação vai ao encontro dos princípios do SUS, especialmente aos de universalidade e equidade, uma vez que todos têm direito à atenção à saúde. Esta atenção não está na dependência de contribuições alheias, mas apresenta-se como uma organização pública de todas as esferas governamentais, ou seja, do próprio Estado, para garantir um direito fundamental das pessoas: o de terem acesso às ações e aos serviços de saúde. Deve-se deixar claro que o SUS está intimamente ligado à justiça social e à formação de uma sociedade brasileira cidadã e que não se configura como um favor do Estado ou como um processo assistencialista para os mais pobres, subsidiado pelos que contribuem¹⁵.

Em suma, a representação social do acesso aos serviços do sistema de saúde brasileiro para profissionais de saúde e usuários se mescla em alguns pontos e difere em outros. A possibilidade de identificação das UCE que compõem cada classe permite vislumbrar cada grupo isolado dentro do contexto das entrevistas. Percebe-se que mesmo os profissionais de saúde desconhecem a totalidade dos princípios e funções do SUS. No entanto, possuem uma visão mais ampliada de como resolver os problemas da demanda excessiva, como a ampliação de horários de atendimento das unidades de atenção básica, e reconhecem a importância das atividades de promoção e prevenção, que não são consideradas importantes pelos usuários.

CONCLUSÃO

Os resultados refletem as principais características e dificuldades do sistema de saúde brasileiro, como a falta de recursos humanos, as condições do atendimento à população e o acesso da clientela ao sistema. Ao mesmo tempo, mostram um conhecimento fragmentado dos princípios que regem o SUS pelos grupos estudados. A dimensão das atitudes, presente na representação, revela dois posicionamentos distintos: um negativo, que se refere às dificuldades enfrentadas para a implantação do SUS, e outro positivo, relativo aos direitos assegurados pelo novo sistema.

O acesso universal às ações e serviços foi o princípio do SUS melhor explicitado pelos sujeitos, sendo também identificado como o aspecto diferencial mais importante em relação ao modelo assistencial anterior. Os princípios de integralidade,

regionalização e hierarquização também foram referidos, tanto no que se refere ao bom funcionamento do sistema de saúde quanto à sua presença diretamente nos atendimentos, como nos programas de prevenção a doenças e agravos e no sistema de referência e contrarreferência.

Acerca das dificuldades encontradas no acesso ao sistema, os profissionais tendem a apresentar um discurso de culpabilidade dos usuários pelo fato de buscarem os serviços de saúde de forma equivocada, ou seja, sem a observância do princípio de hierarquização. Esse princípio determina que as unidades de atenção básica são a porta de entrada no sistema de saúde, o que acarreta, segundo suas representações, a intensificação das demandas em determinadas unidades, como as de alta complexidade. Os sujeitos apresentaram, como proposta de mudança, o funcionamento das unidades de atenção básica em até três turnos.

Pelo exposto, considera-se que o estudo atingiu plenamente seu objetivo, na medida em que conseguiu traduzir, a partir dos depoimentos dos participantes, o pensamento social dos grupos acerca do acesso ao sistema de saúde. As representações aqui apresentadas, entretanto, guardam as especificidades de vida e as experiências dos grupos investigados não contemplando, plenamente, as representações dos grupos sociais de outros estados da federação brasileira, sendo esta, portanto, uma limitação do estudo. Isto se justifica pelo fato de a implantação do SUS ter se dado com características próprias nos diferentes municípios brasileiros o que, provavelmente, influencia a forma de pensar sobre o acesso ao sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(8):2071-85.
- Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(1):221-32.
- Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saude Publica*. 2013;29(5):847-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>. PMID:23702991.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2865-75.
- Singh A, Chokshi M. A realização do direito à saúde por meio da cobertura universal de saúde. *Rev Direito Sanit*. 2014;15(2):13-29.
- Cassiani SHB, Zug KE. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):673-4. PMID:25517658.
- Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 1990*.
- Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 1990*.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil. Lancet*. 2011;1:11-31.
- Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):197-206. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100020>. PMID:18209848.
- Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas*

- teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 573-603.
14. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):891-2. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2502>. PMID:25591082.
15. Prosenewicz I, Lippi UG. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saude Soc*. 2012;21(1):219-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100021>.
16. Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Rev*. 2015;17(Supl):S21-39.
17. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av*. 2013;27(78):27-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.
18. Santos L, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2876-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100003>.
19. Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. *Psicol Teor Prat*. 2004;6(3):79-90.
20. Santos WG. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus; 1979.
21. Heredia N, Asa CL, Feo O, Noronha J, Gonzáles-Guzmán R, Torres-Tovar M. El derecho a la salud: cuál es el modelo para América Latina? *MEDICC Rev*. 2015;17(Supl):S16-8.

Recebido em: Mar. 07, 2017

Aprovado em: Fev. 02, 2018