



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Susana Reis e Silva


A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários

Rio de Janeiro

2007

Susana Reis e Silva

A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Susana Reis e.
A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários / Susana Reis e Silva. - 2007.
93 f.

Orientador: Sonia Acioli de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Representações sociais.
3. Enfermagem em saúde pública. I. Oliveira, Sonia Acioli de.
II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem.
III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Susana Reis e Silva

A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 10 de dezembro de 2007.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Denize Cristina de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Instituto de Saúde da Comunidade (UFF)

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

À minha grande mestra e exemplo de vida: minha mãe Gracinha, à minha alma gêmea: minha irmã Luisa, ao meu grande amor: George, à minha madrinha: tia Fátima, à minha ilustre tia e grande representante da família Maranhão: Iva Maria (Mamãe Dindinha), ao meu pai Wellington e a todos os meus familiares e amigos pela força, pelo amor e apoio na realização dessa caminhada árdua, porém gratificante.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me encheu de forças nos momentos de fraqueza e desânimo; de esperança, quando os problemas pareciam não ter soluções; que me consolou nos momentos de tristezas e que agora me enche de infinita graça ao término dessa caminhada. A Ti, meu coração agradecido.

À minha amada MÃE. O que seria de mim sem você? Não sei! Apenas sei que você é meu grande exemplo de vida. O que sou hoje é reflexo da sua dedicação, esforço, educação e seu AMOR. Isso tudo é para você. Eu simplesmente AMO VOCÊ! Muito obrigada por tudo!

À minha irmã Luisa pelo seu apoio sempre e seu jeito de amar que é só seu. Irmã, muito obrigada por sua ajuda na confecção deste trabalho e por ter paciência comigo, principalmente nas horas em que recorria a você para digitar algo para mim, mesmo sabendo que você não é muito fã dessa praia. Melhor irmã que você, Deus não poderia enviar. Pode ter certeza que você é única e insubstituível em minha vida. Amo muito você. E muito obrigada!

Ao meu namorado George pelos anos de convivência, aprendizado e crescimento. Agradeço também seu incentivo e apoio, principalmente com o seu amor, carinho e muita paciência comigo. Te AMO mais que o infinito. Muito brigada!

Às tias Fátima, Iva Maria (Mamãe Dindinha), Maria Alzira, Lúcia Helena, e tios Vicente Pedro que sempre estiveram presentes em minha vida de diversas formas: para ouvir, conversar, rir, brigar e até mesmo dar uns puxões de orelha. Muito obrigada por tudo!

Ao meu pai, que, mesmo de longe, incentivou esta minha caminhada. As coisas acontecem porque simplesmente têm de acontecer. E, no meu caso, aconteceram para que a gente se encontrasse hoje para construir uma nova história. Eu simplesmente amo você.

À minha grande família por estar sempre ao meu lado, me acompanhando em todos os momentos de alegria e tristeza. Por causa de vocês que acredito que a união faz a força. Cada um de vocês está em meu coração com seu cantinho especial e reservado. Muito obrigada.

À minha queridíssima amiga e orientadora Dr^a. Sonia Acioli de Oliveira pela sua dedicação, incentivo, apoio, sabedoria, principalmente, confiança e pelas horas disponibilizadas para que este “filho pudesse nascer”. Você retirou muitas pedras de meu caminho, mas como professora que é, deixou algumas pequenas, para que eu tropeçasse, caísse e aprendesse,

tornando-me mais forte e preparada para as etapas que ainda estavam por vir. Meu muito obrigada!

À amiga e orientadora (para toda a vida) Dr^a. Denize Cristina de Oliveira por tudo o que aprendi, pois se estou aqui é simplesmente pelo seu incentivo, confiança, apoio e carinho com seu jeito singular de ser, que é só seu. Desde a graduação caminho ao seu lado, nada mais natural que ter como exemplo os seus passos. É com muito orgulho e satisfação que tenho você em minha vida e que declaro ao mundo que sou sua PUPILA! Muito obrigada, sempre!

À Dr^a. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues. Primeiramente, pela forma como me recebeu no início da minha caminhada como graduanda da FENF/UERJ, pelo incentivo, sempre, em seguir a carreira acadêmica. Meu espelho é você e a “nossa” história de tradição familiar na Enfermagem. Como você sempre diz: “NADA É POR ACASO”. Peguei seu lema emprestado para seguir com a vida. Muito obrigada!

Ao Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes por me acompanhar nesta minha trajetória desde “criança”, ou seja, desde que me entendo por pupila da Denize. Agradeço seu apoio e incentivo para seguir nesta jornada, estando sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas e me aconselhar. Muito Obrigada!

Ao Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior e à Dr^a. Lílian Koifman por disponibilizarem seu precioso tempo para participarem da minha banca de defesa da minha dissertação e por suas contribuições à realização do meu trabalho. Meu muito obrigada.

A todos os meus poucos amigos queridos: Naty, Nine, Pity, Nice, Drica, Dani, Carol, Cyntia, Vanessa, Karlinha, Márcia, Marcela, Chica, Lorena, Cris Nogueira, Cris Oliveira, Maíra, Valeska, Astrid, Fabi, Wallace, Leandro, Marcelo, Rodrigo. Muito obrigada pela torcida sempre. Não há palavras para dizer o quanto vocês são importantes em minha vida, pois cada um de vocês estiveram e ainda estarão em momentos alegres e também difíceis da minha vida.

Às amigas que fiz durante esta jornada: Ariádina, Raquel, Noraísa e Ana Paula. Muito obrigada pelo companheirismo e amizade de cada uma de vocês. Vocês são pessoas que, com certeza, mantereí em minha vida.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa Gláucia Formozo, Tadeu Lessa, Luís Phillipi, Larissa Freire, Ana Carolina Mello, Weena Costa pela amizade e pelo conhecimento construído e compartilhado ao longo desses dois anos.

Aos usuários do SUS que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, meu muito obrigada. Sem a colaboração de cada um de vocês, ele não aconteceria.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse concluir mais esta etapa em minha vida.

Quem, de três milênios,
Não é capaz de se dar conta
Vive na ignorância, na sombra,
À mercê dos dias, do tempo.

Joahnam Wolfgang von Goethe

RESUMO

SILVA, Susana Reis e. *A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários*. 2007. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido à luz da Teoria das Representações Sociais. Tem como objeto de estudo a representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo seus usuários. Apresenta como objetivo geral analisar as representações sociais acerca dos princípios do SUS pelos usuários de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro. E como objetivos específicos descrever os conteúdos das representações sociais dos princípios do SUS pelos seus usuários; caracterizar as percepções e as imagens dos usuários sobre o SUS e sua relação com os princípios; e discutir como a Enfermagem pode contribuir para dar maior visibilidade dos princípios do SUS aos seus usuários. O desenho deste estudo envolve cinco instituições de saúde localizadas na cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos deste estudo foram 104 usuários, 20 de cada um dos cinco serviços de saúde, sendo 24 apenas em uma das instituições. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado a entrevista semi-estruturada e um questionário de identificação dos sujeitos. A análise dos dados foi realizada com a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin e procedimentos propostos por Oliveira (2002). Foram detectados oitenta e seis temas, compostos por 3.088 unidades de registros, que deram origem a cinco categorias: 1- Direito à Saúde e Universalização do Acesso; 2- Hierarquização e o Sistema de Referência; 3- Imagens do SUS; 4- Princípio da Participação Social; 5- Princípio da Integralidade. Na categoria 1, há o reconhecimento da saúde como direito de todos e como responsabilidade do Estado, e também a universalização do acesso. A categoria 2 mostra que os usuários não se apropriam do sentido do princípio da hierarquização da rede, e identificam também o funcionamento do SUS através do seu sistema de referência e contra-referência entre suas ações e serviços de saúde. A categoria 3 apresentou imagens como: SUS é para pobre, o medo do SUS, é maravilhoso, mas também é ruim, desgraça, péssimo, enfim, imagens carregadas de pessimismo e negatividade, mas que dão suporte para enfrentar e até aceitar o dia-a-dia da assistência à saúde na rede pública. Na categoria 4 os usuários do SUS identificam o princípio da participação social de forma que fica explícito para eles a existência de processos de participação, assim como a sua inexistência. Há a percepção de que é necessário haver maior participação da população nos processos de políticas de saúde. A categoria 5 os usuários relatam como eles percebem o princípio da integralidade, ou deixam de percebê-lo, assim como também ressaltam o fato de não haver continuidade na assistência. Portanto, o profissional de enfermagem deve estar atento às necessidades dos usuários, uma vez que a implantação e implementação do SUS requer uma longa caminhada. Este estudo pode ainda contribuir para a prática da enfermagem no atendimento aos usuários do SUS, os quais se encontram fragilizados diante dos processos de adoecimento vivenciados e tem se apropriado pouco das formas de funcionamento e organização do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (Brasil). Representações sociais. Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

This is a qualitative and descriptive study, developed according to the Social Representation Theory. It has as object the social representation of the Single Health System principles, according to its users. The general objective is to analyze the social representation of Single Health System principles from the health unit users in Rio de Janeiro. The specific objectives are: describe the social representation contents of Single Health System principles according the users; characterize the users perceptions and images about SUS and its relationship with the principles and discuss about how Nursing can help giving a bigger sight from this principles for the users. Thus, this study involved five health institutions located in Rio de Janeiro city. The participants of the study were 104 users, being 20 from each of the five health institutions and 24 in only one. The collecting data instrument was a half-structured interview, and an identification questionnaire of the participants. The data analysis was done according Bardin's contents analysis technical and procedures proposed by Oliveira (2002). It was found eighty-six themes, composed for 3.088 register units and, from this, emerged five categories: 1- Health Rights and Universal Access; 2-Hierarchy and Reference System; 3- Single Health System's images; 4- Social Participation Principle; 5- Full Health Actions Principle. In the first category, there is knowledge about health as universal right and State responsibility, as well the right to Universal Access. The second category shows that users don't know hierarchy network principle like yours, and they also identify Single Health System working through actions and services in reference system. The third category presented images like: Single Health System is to poor people; people are afraid of Single Health System, it's wonderful but doesn't work , misfortune and so bad images, which can help facing and accepting day-by-day in public health services assistance. In the fourth category users identify the social participation assistance in the existence or not of participation proceedings. There is a perception about that is necessary to have a bigger participation from the population in health policy process. In the fifth category users say how they feel the full health actions principle, as well a not continuous assistance in public health. So, nursing professionals must know the users necessity, once that the introducing and implementing of Single Health System require a so long way. This study can still help with the users nursing assistance in Single Health System, which is fragile in face of so many illness procedures that has been lived and has a little appropriating about the organizing and working in Single Health System.

Keywords: Single Health System (Brazil). Social representations. Public Health Nursing.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

BIREME- Biblioteca Regional de Medicina

CAP-Caixa de Aposentadorias e Pensões

CIB-Comissões Bipartites

CIS-Comissões Interinstitucionais de Saúde

CIT- Comissões Tripartites

CNPq-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FAPERJ-Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

INPS-Instituto Nacional de Previdência Social.

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS-Organização Mundial de Saúde

REDE BIBLIOSUS- Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde –
Brasil

SCIELO- Scientific Eletronic Library Online

SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS-Sistema Único de Saúde

TRS-Teoria das Representações Sociais

UERJ-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

UR - Unidades de Registro.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	17
1.1	Contextualizando a História do SUS e dos Modelos Assistenciais de Saúde	17
1.2	Os Princípios do Sistema Único de Saúde	28
1.3	A Teoria das Representações Sociais	37
2	METODOLOGIA	43
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
3.1	O Conteúdo da Representação Social do SUS	54
3.1.1	<u>Categoria 1: Direito à Saúde e Universalização do Acesso</u>	56
3.1.2	<u>Categoria 2: Hierarquização e o Sistema de Referência</u>	64
3.1.3	<u>Categoria 3: Imagens do SUS pelos seus Usuários</u>	67
3.1.4	<u>Categoria 4: Princípio da Participação Social</u>	69
3.1.5	<u>Categoria 5: Princípio da Integralidade</u>	72
4	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
	APÊNDICE B – Questionário de Caracterização do Entrevistado	85
	APÊNDICE C – Roteiro Temático de Entrevista	86
	APÊNDICE D – Quadro Demonstrativo da Construção de Categorias	88

INTRODUÇÃO

Durante toda a graduação em enfermagem, realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), fui bolsista de Iniciação Científica, de setembro de 2001 a julho de 2004, de um projeto de pesquisa intitulado “As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS: Memória e Representações das Instituições e dos Profissionais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e aprovado através do processo de nº E-26/171.232/2004, em 19 de outubro de 2004. Neste projeto trabalhei junto aos profissionais de saúde, participando da realização da coleta de dados e análise dos mesmos.

A partir deste projeto, surgiu um outro destinado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) intitulado “As Políticas e Práticas de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações de Instituições, Usuários e Profissionais de Saúde”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado através do processo de nº 402373/2005-7, em 05 de dezembro de 2005. Tal projeto é desenvolvido pelo grupo de pesquisa “A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais” vinculado ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, do qual minha orientadora faz parte. O presente estudo é um desdobramento deste último projeto de pesquisa, portanto um desejo de dar continuidade à produção de conhecimento nesta área temática.

Articulando essa vivência com a realidade e os acontecimentos sociais e políticos presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), construiu-se o seguinte objeto de estudo: a representação social dos princípios do SUS pelos seus usuários, o qual surgiu em meio a questionamentos oriundos da motivação deste trabalho, devido à seguinte questão norteadora: como os usuários do SUS percebem e caracterizam os seus princípios?

Para uma maior compreensão deste objeto de estudo, sentiu-se a necessidade de abordar o contexto histórico do SUS, os modelos assistenciais de saúde existentes e os princípios do SUS, quais sejam a integralidade, a descentralização, a equidade, a universalidade, a regionalização e hierarquização da rede e a participação social.

O SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação e resulta de propostas que, ao longo de muitos anos, vêm sendo impulsionadas por um movimento social denominado de Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária Brasileira constituiu uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária. Representou, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema (PAIM, 1999).

Outros autores consideram que:

As Constituições Brasileiras anteriores não asseguravam o direito à saúde. Cabia ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde pública, da prestação de assistência médica e hospitalar ao trabalhador filiado ao regime previdenciário, sem, contudo, garantir ao cidadão o direito à saúde, em seu aspecto mais abrangente (CARVALHO, SANTOS, 2006, p. 32).

No século XX, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o SUS.

Com isso, pode-se definir que os modelos assistenciais de saúde são:

Combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde (PAIM, 1999, p. 476).

Para o processo de implantação do SUS foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o intuito de discutir essa nova proposta de estrutura e política de saúde nacional. Foi realizada em 1986, e contou com ampla participação (cerca de 5.000 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e demais lideranças sindicais e populares). Nela foi discutida a situação da saúde no país e aprovado um relatório, cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares, e que foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, onde o embate ideológico foi intenso (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001).

Sendo assim, o SUS é implantado com os seguintes princípios que o norteiam: participação social, equidade, descentralização, integralidade, regionalização e hierarquização da rede e universalização. Este último diz respeito à igualdade de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Carvalho et al (2001, p. 40), “a descentralização contém a idéia de multiplicação dos centros de poder e será realizada principalmente através da municipalização”.

Ainda segundo os mesmos autores, o princípio da integralidade:

Aponta para a superação da dicotomia entre serviços preventivos *versus* curativos e para a atuação em outras áreas além da assistência individual: a área da prevenção de doenças e a promoção da saúde, extrapolando, inclusive, o setor saúde (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001, p. 40).

Por último, os mesmos autores dizem que o princípio da participação “pressupõe a inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços”.

Segundo Demo (1996, p. 41), “participação é a alma da educação, compreendida como processo de desdobramento criativo do sujeito social. Porque educar de verdade é motivar o novo mestre, não repetir discípulos”.

Participação sem auto-sustentação é farsa, porque sucumbe a dependências. É incorreto definir cidadania como fenômeno meramente político, como se a questão se esgotasse na participação. Faz parte, na mesma relevância, a capacidade produtiva. Cidadão pleno participa e trabalha / produz (DEMO, 1996).

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominada de “Leis Orgânicas da Saúde” (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. Estas leis foram objeto de muita disputa política, e só foram concluídas em 1990 (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001).

De acordo com essa legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária,

vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A direção do SUS é única, e é exercida em cada esfera de governo: união, estado e município.

Para a realização deste estudo foi feita uma busca de artigos divulgados por periódicos brasileiros nas seguintes bases de dados: “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS), “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO), “Biblioteca Regional de Medicina” (BIREME), e na “Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde – Brasil” (Rede Bibliosus).

As buscas ocorreram durante os meses de março a junho de 2006, sendo identificados um total de apenas 34 artigos publicados sobre a temática, o que mostra uma quantidade ainda pequena de produção de conhecimento sobre o assunto.

Nesse sentido, a importância deste estudo relaciona-se a relevância social e acadêmica do assunto. Busca-se ainda colaborar para aumentar a produção de conhecimento sobre a temática no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através do trabalho realizado no grupo de pesquisa já citado.

Propõe-se como objetivo geral deste estudo analisar as representações sociais acerca dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos usuários de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro.

Os objetivos específicos definidos foram os seguintes:

- 1) Descrever os conteúdos das representações sociais dos princípios do SUS pelos seus usuários.
- 2) Caracterizar as percepções e as imagens dos usuários sobre o SUS e a sua relação com os princípios.
- 3) Discutir como a Enfermagem pode contribuir para dar maior visibilidade dos princípios do SUS aos seus usuários.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Contextualizando a História do SUS e dos Modelos Assistenciais de Saúde

Neste capítulo é feita uma contextualização histórica sobre o processo de constituição, implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e dos sistemas e serviços de saúde através das políticas de saúde implementadas no país. Nesse sentido são apresentados os modelos de saúde vigentes no Brasil e os princípios do SUS, os quais são o objeto de estudo deste trabalho.

Inicialmente, é discutido todo o contexto pelo qual o Brasil passou até o Sistema Único de Saúde ser implantado e implementado no país, tendo início com as políticas sociais e de saúde que foram norteadoras de tal acontecimento.

Entende-se política social como um instrumento de regulação política da sociedade, que deveria criar condições estruturais para reprodução da força de trabalho assalariado. Muitas vezes, as políticas sociais possuem baixa eficiência e tem um caráter clientelístico e universalizante, gerando descrédito com relação ao Estado.

Pode-se dizer que existem três horizontes na política social: políticas assistenciais, políticas sócio-econômicas, e políticas participativas. As políticas sociais, especialmente as políticas de saúde reafirmam propostas norteadoras do processo de instituição do SUS. A política social é o:

Processo por meio do qual o cidadão necessitado gesta consciência política de sua necessidade e, em conseqüência, emerge como sujeito de seu próprio destino, aparecendo como condição essencial de enfrentamento da desigualdade sua própria atuação organizada. É também um processo de caráter emancipatório, uma vez que não trabalha com manipulação, mas com a cidadania organizada dos interessados: sujeitos co-participantes e co-decisores (DEMO, 1996, p. 25).

Política é conflito, oposição e contradição de interesses. É, também, poder, transformando-se em um jogo desequilibrado, que exponencia os meios dos mais poderosos e reduz as chances dos mais fracos (ABRANCHES, 1994).

A política social é também:

Parte, precisamente, do processo estatal de alocação e distribuição de valores. Está, portanto, no centro do confronto entre interesses de grupos e classes, cujo objeto é a reapropriação de recursos extraídos dos diversos segmentos sociais, em proporção distinta, através da tributação. Ponto crítico para o qual convergem as forças vitais da sociedade de mercado, desenhando o complexo dilema político-econômico entre os objetivos de acumulação e expansão, de um lado, e as necessidades básicas de existência dos cidadãos, como de busca de equidade, de outro (ABRANCHES, 1994, p. 10).

As políticas de saúde, enquanto políticas sociais de caráter específico têm suas diretrizes voltadas para o planejamento e organização do sistema de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde. Inclui aspectos voltados à organização dos serviços, às políticas de recursos humanos e tecnológicos, instâncias de participação da população, financiamento, dentre outros.

Neste sentido, é importante discutir os modelos assistenciais que aconteceram e que acontecem no Brasil. O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Analisando sua trajetória, identificam-se quatro principais tendências nas políticas de saúde no Brasil. A primeira foi denominada de sanitarismo campanhista, porque tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até 1945. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de transição para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos 1980, o modelo médico assistencial privatista. Segue-se o modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde (MENDES, 1996). É importante ressaltar que os modelos assistenciais de saúde não foram se “sucendo” no tempo, pois temos o modelo campanhista até hoje presente em algumas práticas.

Historicamente, o Brasil convive com os problemas de saúde da população. Um fato que confirma esta afirmação é a vinda dos portugueses para o Brasil que com eles trouxeram doenças mortais para os índios, o que contribuiu para o desenvolvimento de epidemias como a da varíola. Já em 1889, com a Proclamação da República, instituiu-se a saúde pública no país, sendo que o serviço público era totalmente desorganizado, facilitando a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país.

No início do século XX, era o tempo da chamada Primeira República, cuja economia baseava-se na agricultura, tendo como principal produto o café, produzido com a finalidade de exportação. Portanto, era de fundamental importância que os espaços de circulação desta mercadoria fossem saneados (sobretudo os portos), e que as doenças que prejudicassem as

exportações (como a peste, a cólera e a varíola) fossem controladas (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001).

Neste período, o médico Oswaldo Cruz adotou o modelo das campanhas sanitárias destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. Segundo Luz apud Carvalho, Martin e Cordoni Junior (2001), “este modelo teve inspiração militar e consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, adotando ainda um estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos como na sociedade como um todo”.

Segundo Guimarães apud Carvalho, Martin e Cordoni Junior (2001), “a assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social: abrigava e isolava os portadores de psicoses, hanseníase e tuberculose”.

Nas demais áreas de atenção à saúde, a assistência aos que não podiam custeá-la, então considerados indigentes, era praticada por entidades de caridade, geralmente as Santas Casas de Misericórdia.

No período de 1920 a 1945, o sanitarismo campanhista continuava sendo a principal característica da política de saúde, sendo que começam a surgir os primeiros embriões do modelo médico assistencial, que se consolidaria somente após o início dos anos 1960.

Então, surge a assistência previdenciária no país, com a Lei Elói Chaves, em 1923, momento em que houve a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram financiadas pelos patrões e empregados garantindo, assim, algum tipo de assistência médica aos trabalhadores. É importante lembrar que o acesso aos serviços de saúde era desigual para a população.

Em maio de 1953, no governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. Neste governo algumas empresas de grande porte criaram sua própria assistência médica permitindo o surgimento da previdência privada.

Durante os anos da ditadura militar, com o esvaziamento do Ministério Público, houve um descaso e desinteresse pela saúde pública. Então, em 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual deveria tratar individualmente dos doentes, enquanto o Ministério da Saúde se preocuparia com a população como um todo através de campanhas. Neste mesmo período, com o milagre econômico houve a entrada de capital estrangeiro permitindo o surgimento de famosas seguradoras como a Golden Cross.

Como analisa Mendes (1993), “o sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por um outro modelo (...), construído concomitantemente ao crescimento e à mudança qualitativa da Previdência Social Brasileira”. Este modelo, denominado por vários autores como modelo médico-assistencial privatista, vigorará hegemônico dos anos 1960 até meados dos anos 1980.

Consolidou-se, durante a década de 70, no Brasil, um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, no privilegiamento da contratação do setor privado, através da assistência médica previdenciária e no desinteresse com as ações de saúde pública, registrando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente. Privatista, por privilegiar a contratação, pelo Instituto Nacional de Previdência Social, do setor privado para a prestação de serviços médicos principalmente hospitalares, garantindo diretamente a expansão de empresas de serviços médicos e, indiretamente, a capitalização da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Excludente, por guardar as características do modelo de seguro que condiciona o direito à assistência à contribuição prévia, excluindo do acesso milhões de brasileiros não vinculados ao mercado formal de trabalho, não contribuintes da Previdência Social. Tal modelo resultou em grandes disparidades no acesso de diferentes grupos sociais às ações de saúde com a exclusão de importante parcela da população do acesso aos vários níveis de atenção (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

As principais características desse modelo são: o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração de lucro. Este modelo tem em sua base um tripé, no qual o Estado é o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional como prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional como produtor de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos) (MENDES, 1993).

O Sistema Único de Saúde é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformações das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70 quando acontecia a ditadura militar no país.

Com isso, outro ponto que é discutido neste estudo da construção do SUS compreende as bases oferecidas por modelos de saúde implementados em outros países, que, além dos ideários

da Reforma Sanitária Brasileira, se configuraram em terreno fértil para a discussão da construção da proposta de modelo de saúde em vigência no Brasil.

A esse respeito, Berlinger (1989) e Gawryszewski (1991) dispensam especial atenção ao modelo de saúde italiano, considerando a Itália como um dos países precursores nas Reformas Sanitárias na Europa no início da segunda metade do século XX. Para Berlinger (1989), a reforma sanitária pode ser entendida como “uma longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado”. O mesmo autor entende que a sociedade é a responsável pela “institucionalização de um determinado modelo de saúde e sustenta a discussão sobre a necessidade de constituição ou reconstituição de um movimento social que defenda as políticas sociais”.

Sobre essa temática, Gawryszewski (1991) contribui apontando as proximidades do modelo de saúde italiano ao brasileiro, indicando, portanto, que a Reforma Sanitária Italiana teve forte ascendência sobre a construção das bases filosóficas do modelo de saúde brasileiro.

Na concepção de Grassi (1985), a programação enquanto proposta de organização política compreende “as ações de serviços públicos desenvolvidas para satisfazer as necessidades e os interesses coletivos e para contribuir na orientação da atividade econômica, de caráter público ou privado, para a realização de interesses gerais e grandes exigências nacionais”.

Gawryszewski (1991) enfatiza também o contexto sócio-econômico italiano à época da implementação da programação descrita anteriormente, destacando dois períodos fundamentais na concretização desse processo. O primeiro ocorreu na década de 60 e teve como determinantes o desenvolvimento de forças produtivas e uma grande aposta na política de reformas, prejudicada pelos conflitos entre o discurso reformista e a prática conservadora das forças no poder. O segundo período iniciado na década de 70 foi caracterizado por uma grave crise econômica e pela redução na capacidade de desenvolvimento das forças produtivas. Tal contexto prejudicou a implementação de uma política de reforma e da programação em nível central. A falta de tais políticas atrasou o desenvolvimento da política de programação regional, que só foi implementada em 1979 com a criação do Sistema Nacional de Saúde. Tal política de programação é constituída basicamente por dois elementos: a globalidade e a territorialidade.

Para Gawryszewski (1991, p. 20):

A globalidade envolve a pluralidade dos centros de decisão públicos e privados não somente como exigência democrática para a definição de interesses gerais, mas também como reconhecimento da

competência autônoma da programação e da possibilidade dos diversos sujeitos de elaborar e adotar programas para alcançar objetivos coerentes com as linhas gerais já dadas.

Nesse sentido todo o arcabouço metodológico que foi desenvolvido na reforma do modelo de saúde italiano perpassou basicamente por três pilares: autonomia local, descentralização e participação do cidadão, pilares tais também adotados no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, onde a descentralização dos serviços, a regionalização da assistência e a participação cidadã compreendem os princípios organizativos do sistema de saúde brasileiro.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Se a Reforma Sanitária é a expressão do desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória. Em outras palavras, expressa a correlação de forças existentes em uma conjuntura particular.

Originalmente uma idéia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta desenvolveu-se na transição democrática congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988 o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde que garante que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania.

Segundo Costa (2004, p. 4), a VIII Conferência Nacional de Saúde reafirmou o conceito ampliado de saúde que considera os seguintes fatores determinantes e condicionantes, “no campo biológico: idade, sexo, hereditariedade, etc; no meio físico: água, alimentação, moradia, etc; no meio socioeconômico e cultural: ocupação, renda, etc; na oportunidade de acesso a serviços de saúde”.

Desde meados dos anos 70 gestou-se um movimento de redemocratização no interior do setor saúde denominado Movimento Sanitário, que produziu propostas baseadas no entendimento da saúde enquanto direito social universal a ser garantido pelo Estado. Estas propostas foram

entusiasticamente defendidas e tiveram sua consagração, em 1986, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixos: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do SUS (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

Em 1987, ainda por iniciativa da Previdência Social foi proposta a unificação dos sistemas de saúde, em nível estadual, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Embora com transferência parcial de atribuições e mantidas relações convenientes entre os níveis governamentais, e estrutura de poder no interior do setor foi alterada pela mudança do papel institucional da assistência médica da Previdência Social. Suas representações estaduais passaram a ser subordinadas às Secretarias Estaduais de Saúde, iniciando-se um processo de descentralização das decisões e aprofundando a desconcentração das ações para os estados e municípios, com a transferência da gestão das unidades próprias da Previdência Social.

Neste processo de reorganização do sistema, a atenção à saúde foi progressivamente universalizada. Com a criação do SUS, toda a população, independentemente do vínculo previdenciário, formalmente passa a ser atendida pelos serviços de saúde do sistema público.

Na década de 80, com o início da democratização no país, e a promulgação da Constituição Federal em 1988, estabeleceu-se a implantação do Sistema Único de Saúde que tem como marcos o acesso igualitário, universal e integral aos serviços e ações de saúde.

De acordo com Costa (2004, p. 4), “o SUS é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada esfera do governo e sob controle dos usuários”.

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal, no cenário nacional, estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro. O que levou os constituintes a proporem essa transformação foi a construção de alguns consensos na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde caracterizado por diversos aspectos, de acordo com o contexto histórico brasileiro no que diz respeito à saúde pública brasileira.

A Constituição Federal de 1988 define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O texto constitucional expressa ainda uma clara intenção de deslocamento do poder do centro para a periferia, tendo como o eixo central a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade. O município tem a incumbência específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população e à União; e aos Estados cabe prover a cooperação técnica e financeira.

Segundo a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, “o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e completamente pela iniciativa privada”.

Assim, o Artigo 35 da Lei Orgânica nº 8.080, deve ser um ponto de partida para a construção de um sistema de financiamento que favoreça, e não dificulte, a implementação dos postulados principais do SUS.

O modelo proposto de participação societária para a saúde, o qual pode ser observado no próprio conjunto do capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal, destina-se a ser retraduzido para as demais práticas públicas. A plena regulamentação do SUS demorou, pelo menos, até 1990 (com a aprovação da leis nº 8.080 e 8.142) e sofreu vetos presidenciais importantes em diversos artigos, especialmente no que se refere aos mecanismos de transferência de recursos financeiros e participação da comunidade.

A Seguridade Social é o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Segundo a Constituição Federal de 1988, “a Seguridade Social é financiada por toda a sociedade mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios e das contribuições dos empregadores, trabalhadores e dos concursos de prognósticos” (BRASIL, 1988).

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social houve o avanço na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. Mesmo coincidindo com o governo Collor e o início da implantação das propostas neoliberais de ajuste do Estado, a construção do SUS foi realizada na contra-mão das políticas econômicas,

configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais expressivos resultados dos preceitos democráticos inscritos na Constituição Federal de 1988.

No âmbito da reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis sub-nacionais e para a participação e controle social. Como consequência ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados. Foram instituídos os Fundos de Saúde substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos Estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais.

O modelo de pacto federativo do SUS mostrou-se altamente adequado à realidade de uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais e regionais. Em um país com tais características só será democrático o poder exercido de forma pactuada e socialmente controlada que considere as desigualdades entre grupos populacionais e regiões como o principal problema a ser superado.

O êxito da descentralização pode ser medido pelo seu impacto no aumento da base técnica da gestão pública em saúde no nível local, regional e central. Também a rede de atenção básica teve grande expansão, a partir de 1998, ampliando enormemente o acesso das populações antes excluídas.

A implementação efetiva do SUS, em decorrência, encontrou obstáculo na não implementação do sistema de Seguridade Social, cujas causas principais são a fragmentação e ultrasetorialização da burocracia estatal nas áreas de saúde, previdência e assistência social, o clientelismo, o corporativismo e o fisiologismo.

Este sistema de saúde é uma nova formulação política e organizacional voltada para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988 e, posteriormente, às leis que a regulamentam. O SUS não é o sucessor do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), ou do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e sim, um novo sistema de saúde ainda em processo de implementação.

Sinal de que se mantém a pujança do movimento da Reforma Sanitária é a idéia de que o SUS é uma obra-prima inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e

ideologia. Sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contra-hegemônico ante interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental.

Como um processo em movimento, a Reforma Sanitária encontra-se ainda no seu alvorecer e não esgotou os instrumentos tradutores e comunicativos de seu ideário, de suas dificuldades, de suas nuances e de suas conquistas. Pensar sua memória, a partir das formas de participação da sociedade na sua dinâmica significa, além de tudo, instigar para manter a chama acesa dos mecanismos de democracia participativa na saúde.

Não se pode esperar que o setor saúde seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade encontra-se rompida, na qual o outro é visto como uma ameaça. As conseqüências são a perda da coesão social, expressa não apenas em milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e a justiça social.

O SUS universal convive com avaliações negativas sobre o acesso e condições indignas do atendimento efetuado pela rede de serviços de saúde. a desfiguração da seguridade social, o adiamento de direitos básicos de cidadania e o deslocamento das políticas sociais em direção a programas de transferência de rendas, cujos efeitos redistributivos não incidem especificamente sobre as condições que produzem os principais problemas de saúde dos brasileiros, retardam a melhoria dos padrões de saúde e qualidade de vida. É imprescindível ao desenvolvimento alcançar padrões de saúde compatíveis com o progresso científico-tecnológico, cultural e político.

Os impasses ao SUS universal, humanizado e de qualidade exigem a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. é essa a premissa que orienta a reinvenção de modelos e alternativas de gestão para superar a crise dos sistemas públicos. A subordinação dos problemas e necessidades de saúde da população a interesses econômicos das indústrias de equipamentos e insumos, prestadores de serviços, de burocracias governamentais ou corporativos, por vezes opostos ao da garantia da atenção oportuna e respeitosa reflete-se no cotidiano da assistência à saúde.

A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais de saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do

acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam de assistência e cuidados.

1.2 Os Princípios do Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos, e como um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É nessa segunda perspectiva que a constituição reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delineia um sistema único (o Sistema Único de Saúde), integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. O que caracteriza esse Sistema Único de Saúde é seu financiamento público. Este sistema único de saúde estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade.

O SUS há que ser entendido em seus objetivos finais, quais sejam: dar assistência à população baseada no modelo da promoção da saúde; prevenção e proteção que consiste em ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde; e recuperação da saúde que são as ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as seqüelas, pois atuam sobre os danos. É preciso buscar os meios capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia, e torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios orientados pelos princípios organizativos do SUS como a descentralização, a integralidade e a participação social devem constituir-se em estratégias que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejado para o Sistema Único de Saúde.

É possível apontar a Constituição de 1988 como um grande divisor de águas no que tange à noção de saúde no Brasil. O Congresso Constituinte catalisou as transformações que vinham ocorrendo por meio de intensas discussões inspiradas e impulsionadas a partir da base da sociedade que foram materializadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa conferência deram o mote para a configuração constitucional adotada para a saúde. Assim, a criação do SUS pode ser apontada como uma das maiores conquistas sociais da

Constituição de 1988. As regulamentações que surgiram e vêm surgindo no nível infra-constitucional procuraram e têm procurado regulamentar seus princípios (BRASIL, 2000).

O SUS é considerado um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional sob a responsabilidade das três esferas autônomas do governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

Constitucionalmente o SUS é organizado de acordo com os seguintes princípios: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde.

Porém, a Constituição de 1988 concretizou princípios, no que diz respeito à saúde, que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas, os quais serão utilizados no presente estudo: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e integralidade; os segundos, na descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social (BRASIL, 2000).

É importante observar que, na lógica adotada para o Sistema Único de Saúde, os princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos constituem um todo interdependente que deve se desenvolver em constante interação. Ou seja, para que se materializem os primeiros é necessário que os segundos estejam devidamente estruturados (BRASIL, 2000).

A seguir serão explicitados os princípios que norteiam o SUS e que serão trabalhados neste projeto, quais sejam a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede e a participação social.

O princípio da integralidade é aquele onde as ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não pode ser compartimentalizado. As unidades prestadoras de serviços com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. Este é também um princípio doutrinário do SUS.

Assim, o princípio da integralidade significa, segundo Costa (2004, p. 4) que “as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas”.

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 41).

Segundo o Ministério da Saúde (2000, p. 06), a integralidade da assistência é o “direito das pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades”. É também entendida, a partir da Lei 8.080 (7º, II), “... como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A integralidade pode ser assumida como:

Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

No entanto este é um conceito que possui vários sentidos, sendo um deles aquele que se relaciona com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. A medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude freqüentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2001).

Concluindo, segundo o mesmo autor, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente. Atitude essa que deveria ser construída nas escolas médicas.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional (MATTOS, 2001).

Outros princípios do SUS são a universalidade e a equidade. Segundo Costa (2004, p. 4), universalidade pressupõe que “todas as pessoas têm direito aos serviços do SUS (“a saúde é direito de todos e dever do Estado”. – Artigo 196 da Constituição Federal de 1988)”, e a equidade implica que:

No âmbito do SUS existe a garantia de acesso a qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema. O que determina as ações são prioridades epidemiológicas, e não o privilégio ou o favorecimento (COSTA, 2004, p. 4).

Para o Ministério da Saúde, o princípio da universalidade é o “acesso à saúde como direito público subjetivo, integrante dos direitos da cidadania”. E a equidade na prestação dos serviços diz respeito “a política pública de saúde que deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, a cada um segundo suas necessidades objetivando proporcionar uma maior uniformidade” (BRASIL, 2000, p. 06).

Segundo Giovanella e Fleury (1996, p. 177), “o dever do Estado com relação à saúde tem sido traduzido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à atenção, provendo a um maior número de pessoas um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde”.

Ainda compartilhando das idéias das mesmas autoras, a ampliação do acesso à atenção tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o SUS.

Um dos primeiros princípios concretizados para a ampliação do acesso foi a universalização da atenção, passando toda a população a ter direito ao acesso aos serviços de

saúde previdenciários (próprios ou contratados), até então restritos aos contribuintes da Previdência Social (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

Em outros termos, o acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção à saúde. Segundo Giovanella e Fleury (1996, p. 189), “acessibilidade é uma relação entre localização da oferta e a localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos”.

Outro aspecto que caracteriza a organização deste sistema é a descentralização político-administrativa, uma vez que permite o processo de municipalização possibilitando que o próprio município realize ações de saúde voltadas diretamente para os cidadãos.

Para o Ministério da Saúde, a descentralização dos serviços:

A redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e os estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como gestores do SUS (BRASIL, 2000, p. 06).

Pode-se dizer, então, que dos princípios organizacionais/operativos, a descentralização é o que mais diretamente diz respeito ao nível central de governo, pois cabe a este nível cumprir as formas encontradas para repartir seu poder, sem deixar de garantir o cumprimento de suas responsabilidades em relação à saúde. Tanto a regionalização e hierarquização da rede como a participação social, estão muito mais afetas às iniciativas, a entendimentos e à ações de estados e municípios, sem eximir, evidentemente, o apoio da União.

No Brasil, a descentralização foi introduzida como parte de processos de redemocratização, uma vez que os regimes autoritários caracterizavam-se por serem centralizados, burocráticos e excludentes e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas (MENDES, 1998).

A consolidação de um processo descentralizatório teve seu pico na Constituição de 1988 e se manifestou no incremento relativo de recursos tributários para estados e municípios. Foi em razão disso que a descentralização dos serviços de saúde transformou-se em mandato constitucional em 1988 (MENDES, 1998).

Segundo Mendes (1998, p. 32), “a forma de organizar os serviços de saúde também singulariza a descentralização. Os serviços de saúde estruturam-se de forma hierarquizada, por níveis de atenção, que variam segundo suas respectivas densidades tecnológicas”. Sendo que os

níveis de atenção constituem diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diversas naturezas.

Ainda segundo o mesmo autor, a descentralização dos sistemas de serviços de saúde permite algumas vantagens: organização mais racional dos serviços em bases geográficas e administrativas; maior envolvimento das comunidades locais com sua própria saúde; redução da duplicação de serviços e possibilidades da contenção de custos; redução de iniquidades entre regiões e entre áreas urbana e rural; maior integração entre agências governamentais e não-governamentais; fortalecimento dos organismos centrais em seus papéis regulatórios; maior controle social sobre os serviços; e melhoria nas atividades intersetoriais.

Por outro lado, a descentralização dos serviços de saúde pode vir acompanhada de efeitos negativos dentre os quais se incluem: fragmentação dos serviços, enfraquecimento das estruturas centrais, iniquidade, ineficiência, clientelismo local, privatização do Estado, aumento do emprego e do gasto público, aumento dos custos de transação, etc (MENDES, 1998).

O princípio da descentralização é entendido como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Segundo Costa (2004, p. 4), diz-se o seguinte sobre este princípio: “aos municípios cabe a execução da maioria das ações, principalmente, a responsabilidade política pela saúde de seus cidadãos”.

Mendes (1998, p. 26) afirma ainda que a descentralização “além de servir como instrumento de racionalização, é, também, forma de democratização do Estado e de construção de cidadania”.

Segundo Acioli (2005, p. 298), a descentralização é um princípio “de organização e execução das ações de saúde que pressupõe socializar o poder de decidir e a capacidade para implementar as decisões, nas várias instâncias de gestão e também horizontalmente – ou seja, com a participação de profissionais de saúde e usuários”. O que acaba por ampliar as possibilidades de participação da população no SUS. Sendo que uma das formas de operacionalização da participação da população e do controle social, é através da criação dos conselhos de saúde.

Todavia, mesmo ainda não estando completamente definida a repartição de atribuições entre os entes federados, a partir do começo de 1998, foram desencadeados programas e ações, emanadas da União, através do Ministério da Saúde, que colocaram em prática o princípio da

descentralização e provocaram um salto qualitativo sem precedentes. Por se tratar de um processo, é natural que ainda existam aperfeiçoamentos a serem feitos.

E, finalmente, o princípio da participação social onde se diz que é garantia constitucional de que a população, através de entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2000, p. 06) define a participação social como “institucionalização da democracia participativa e do conseqüente controle social na área de Saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo”.

A participação é um dos princípios do SUS que, além de incorporar aspectos de ordem organizacional, implica assumir um posicionamento ético-político de caráter democrático para a sua concretização (ACIOLI, 2005).

Acioli, em seus trabalhos, apresenta a idéia de que é necessário reafirmar a participação como princípio fundamental a ser implementado, e desnaturalizar as formas como tem sido apropriada essa expressão, ressaltando os espaços da sociedade civil organizada.

É no contexto de práticas de saúde-doença-cuidado na relação com os grupos e movimentos sociais que se revelam concepções e ações diversas no que se refere à participação, o que, segundo Acioli (2005, p. 294), “implica dizer que não existe uma única forma de pensar a participação social, mas muitas”.

Com isso, a autora discute algumas concepções de participação social, que podem ajudar a refletir sobre a participação no SUS, como: a participação associada à idéia de integração de grupos tidos como marginalizados; a participação associada ao chamado desenvolvimento comunitário e a participação entendida como participação popular.

Existe a seguinte idéia de participação popular:

Compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e / ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc) (VALLA, 1998, p. 9).

A idéia de participação como expressão de grupos marginalizados ocorre no contexto histórico do processo de urbanização junto ao processo de construção do conceito de marginalidade. Com o aumento do ritmo da urbanização, em conseqüência de uma aceleração nas

migrações internas, as populações migrantes passam a se localizar nas periferias, originando o termo “bairros marginais”. A marginalidade urbana está associada à idéia de população marginal e à precariedade habitacional de grupos residentes em áreas periféricas das cidades (ACIOLI, 2005).

Ainda segundo a mesma autora, a população marginal seria caracterizada pela ausência de participação ou por uma participação limitada nos espaços onde se dão os benefícios sociais e as decisões da sociedade.

Existe a proposta da integração dos grupos marginalizados, que parte do princípio de que a maioria da população, em razão da sua pobreza, encontra-se fora da sociedade. É como se a dificuldade de acesso aos produtos e serviços básicos fosse uma decorrência da ignorância e passividade dessas populações marginais, ou os excluídos, isto é, aqueles que estão fora, por sua própria culpa, precisando ser animados, incentivados, esclarecidos, para poderem participar dos benefícios do progresso econômico e cultural (VALLA, 1998).

Seguindo a discussão proposta por Acioli, a participação como expressão do desenvolvimento comunitário ocorre com a sua prática introduzida no Brasil nos anos 50, relacionando a pobreza como um entrave ao desenvolvimento econômico capitalista e buscando a participação direta da população em programas sociais voltados para a melhoria das condições de vida de segmentos da sociedade civil de caráter popular.

Há ainda a definição uma outra forma de participação que é aquela associada à idéia de mutirão. Trata-se de um apelo, de um convite à população, principalmente a que mora nos bairros periféricos e favelas, para que realize com seus próprios trabalhos, tempo de lazer e, às vezes, dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo (VALLA, 1998).

Valla (1998, p. 10) diz que “a participação popular diferencia-se da modernização, do mutirão, etc., por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social”.

Esta participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública (VALLA, 1998).

Por fim, a participação entendida aqui como participação popular vem “como uma forma de participação que enfatiza a expressão política de grupos representativos da sociedade civil, junto a espaços de definição de políticas públicas de cunho social” (ACIOLI, 2005, p. 296).

Segundo Costa (2004, p. 4), o princípio da participação dos cidadãos diz que “à população caberá o controle social, exercido nos Conselhos e Conferências de Saúde de forma paritária ao governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços”.

No Brasil, após a Constituição de 1988, com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamenta-se a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, através da criação das conferências e dos conselhos de saúde.

O SUS institucionaliza, através dos Conselhos de Saúde, a ação dos grupos de interesses que implicam a participação de grupos sociais organizados como sindicatos, associações de moradores, igrejas, junto a representantes diretos do executivo como secretários de saúde e técnicos graduados. Esta participação atende a uma normatização do Estado que define seus contornos, escopo de decisões, participantes, etc.

Logo os conselhos de saúde, que foram criados como instâncias de decisão na gestão pública com caráter permanente e deliberativo, colocam-se como uma das formas de operacionalização da participação da população e do controle social. Sendo que o termo controle social tem-se apresentado como controle do que é público por partes de segmentos organizados da população.

Segundo a definição dada na IX Conferência Nacional de Saúde, o termo controle social designa a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (BRASIL, 1992).

Os últimos princípios a serem tratados são a regionalização e hierarquização da rede que, segundo o Ministério da Saúde, se apresentam como “distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios” (BRASIL, 2000, p. 06).

Parece-nos que o estudo da implantação do SUS e seus princípios é de fundamental importância, uma vez que é através deste sistema de saúde que se pode tentar diminuir as desigualdades no atendimento à saúde, sendo um direito universal, igualitário e um dever do Estado permitir esta distribuição. Portanto, todo cidadão brasileiro, independente de suas condições sociais, econômicas, culturais ou políticas, devem ser recebidos e atendidos pelo Sistema Único de Saúde com dignidade e sem qualquer distinção social.

1.3 A Teoria das Representações Sociais

As abordagens qualitativas impõem-se para enfrentarem a pluralidade dos grupos e das vinculações sociais, a diversidade dos estilos e dos modos de vida, a novidade das situações e das condições de vida, a singularidade dos futuros (JODELET, 2003). Portanto, a Teoria das Representações Sociais, elaborada por Serge Moscovici em 1961, é uma das abordagens qualitativas que melhor permite responder aos questionamentos deste estudo e atingir seus objetivos.

A Teoria das Representações Sociais foi inaugurada por Serge Moscovici, na Europa, tendo como referência o seu estudo intitulado: “La Psychanalyse: Son Image et Son Public”, publicado em 1961, que lhe conferiu o título de pai da Teoria das Representações Sociais (TRS). Nesse estudo, Moscovici (1978, p. 78) define as representações sociais como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”, acreditando na interação entre sujeito e objeto como fenômeno em movimento constante.

As representações sociais têm como objetivo interpretar a realidade cotidiana da vida moderna. Elas se caracterizam por um processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica que serve de orientação ao comportamento pessoal (JODELET, 2001).

A Teoria das Representações Sociais também pode ainda ser definida como:

(...) um conjunto de conceitos, preposições e explicações, originado na vida cotidiana, no curso das comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI apud SÁ, 1996, p. 31).

Essa teoria rompe com a Psicologia Social tradicional, no qual o indivíduo é visto separado do contexto social ao qual pertence, pois Moscovici (1978) vislumbra a associação dos traços individuais com os sociais em determinado grupo.

De acordo com Sá (1998), a teoria básica de Moscovici desdobra-se mais tarde em três correntes: Denise Jodelet em Paris, com uma perspectiva mais antropológica; Willem Doise, em Genebra, com uma dimensão sociológica; e Jean Claude Abric, em Aix-en-Provence, com uma dimensão cognitivo estrutural das representações.

Vala apud Sá (1996) justifica as várias facetas do conceito de representação social, estando este conceito inserido e orientado para a interrogação do nosso tempo. Por isso, senti a necessidade de recorrer ao vernáculo como ponto de partida para uma compreensão do termo representação. Excetuando-se o sentido jurídico do termo, o Dicionário Aurélio oferece duas definições.

Num primeiro sentido, segundo o Novo Dicionário da Língua Portuguesa representação é o “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento; é a reprodução daquilo que se pensa” (FERREIRA, 1986, p. 1489). O que remete à natureza do conhecimento, da possibilidade da apreensão da realidade, que fica explícito no conceito que Jodelet apud Sá (1996, p. 32) traz de forma sintética: “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

É um conhecimento de caráter social por contribuir para definir um grupo em sua especificidade, constituindo um de seus atributos essenciais. E também, por emergir da arte da conversação de indivíduos componentes de uma sociedade pensante, não meros processadores de informações, que produzem suas próprias representações e soluções para as questões que se colocam. Como afirma Sá (1993, p. 29): “[A arte da conversação] cria gradualmente núcleos de estabilidade e maneiras habituais de fazer coisas, uma comunidade de significados entre aqueles que participam dela”.

A representação é exposta como:

(...) uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais sem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam (SPINK, 1993, p. 303).

A segunda definição trazida pelo Dicionário Aurélio é o da representação como “ato ou efeito de representar (-se)” (FERREIRA, 1986, p. 1489). São suas implicações práticas, não mais a natureza do conhecimento expresso. Nesse contexto, Spink (1993, p. 304) define que “as representações são interpretações da realidade”.

Moscovici (1978) vê a sociedade moderna dividida em duas formas de pensamento: de um lado a ciência, do outro lado o senso comum, ambas fazendo intercâmbio.

Anteriormente, o senso comum era reconhecido como uma forma de saber ingênuo e confuso. Essa distorção em relação ao significado do pensamento das massas conduziu

Moscovici (1978) a questionar o valor dessa forma de conhecimento, definindo as representações sociais como forma de conhecimento prático que se apresenta como uma modalidade de saber, que vem a ser o senso comum. De acordo com Moscovici,

(...) os indivíduos, na sua vida cotidiana, não são apenas essas máquinas passivas para obedecer a aparelhos, registrar mensagens e reagir a estímulos exteriores, em que o quis transformar uma Psicologia Social Sumária, reduzida a recolher opiniões e imagens. Pelo contrário, eles possuem o frescor da imaginação e o desejo de dar sentido à sociedade e ao universo a que pertencem (MOSCOVICI, 1978, p. 31).

Moscovici (1978, p. 41) refere que representar é a “expressão de indivíduos e grupos no agir e no comunicar dando forma à realidade social”. Os fenômenos da comunicação social encarregam-se de transmitir mensagens lingüísticas através de imagens e gestos para indivíduos ou grupos. A comunicação social é a principal responsável pela formação das representações sociais.

Através da representação social pode-se entender melhor o comportamento de um grupo específico, estudar seus valores culturais e os processos do imaginário de seus integrantes, portanto, sua produção simbólica.

A partir de seu conceito mais elementar, as Representações Sociais se estabelecem em uma estrutura de três dimensões: informação, atitude e campo de representação ou imagem; que são assim descritas a seguir:

A informação se refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social; o campo de representação remete à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação; a atitude termina por focalizar a orientação global em relação ao objeto da representação social (SÁ, 1996, p. 31).

Segundo Abric (2001), as informações e as atitudes fundamentam o conteúdo da representação social; enquanto que o campo das representações origina a estrutura e a organização interna das representações. Logo, não é apenas o conteúdo que deve ser estudado, mas também a organização desse conteúdo.

Para Moscovici (1978, p.50), as representações sociais são consideradas “ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real”. Essa elaboração do real deriva do processo de interação entre o individual e o grupo social, configurando a idéia de movimento de sociedade pensante proposta por Moscovici.

Sá (1993) ressalta que o referido movimento se processa em dois universos de pensamento distintos: os consensuais e os reificados, como a seguir:

Nos universos reificados é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. Aos universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as representações sociais. As “teorias” do senso comum que são aí elaboradas não conhecem limites especializados, obedecem a uma lógica natural, se mostram menos sensíveis aos requisitos de objetividade do que a sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade. (SÁ, 1993, p. 28).

A Teoria das Representações Sociais apresenta uma dupla natureza, proposta por seu idealizador: uma conceitual e outra figurativa. Conceitual por seguir a linha de pensamentos, capaz de se aplicar a um objeto não-presente, um conceito, dar-lhe sentido, simbolizá-lo; e figurativa por acompanhar a atividade perceptiva, recuperando esse objeto, dando-lhe uma concretude, figurando-o, tornando tangível (SÁ, 1996).

Sá (1993), desenvolvendo esse tema explica:

No real, a estrutura de cada representação nos aparece desdobrada; ela tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica. Nós escrevemos que: Representação figura/significação, entendendo por isso que ela faz compreender em toda figura um sentido e em todo sentido uma figura (SÁ, 1993, p. 34).

A estrutura das representações sociais, figurativa e conceitual ou simbólica, evidencia os dois principais processos envolvidos na elaboração das representações: ancoragem e objetivação.

A função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato, foi chamado de objetivar, que é essencialmente uma operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se “tão vívidos, que seu conteúdo interno assume caráter de uma realidade externa” (SPINK, 1993, p.306).

Já a função de duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto ao objeto, interpretá-lo, foi chamado de ancorar, que se refere à inserção do que é estranho no pensamento já construído, ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes. Segundo Moscovici apud Sá (1996, p.46), ancorar é “classificar e denominar, (...) coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo amedrontadoras”.

Sá segue citando ainda o mesmo autor com a seguinte argumentação:

Desde que possamos falar sobre alguma coisa, avaliá-la e assim comunicá-la, (...) então podemos representar o não usual em nosso mundo usual, reproduzi-lo como a réplica de um modelo familiar. (...) a neutralidade é proibida pela própria lógica do sistema em que cada objeto deve ter um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar numa hierarquia claramente graduada (MOSCOVICI apud SÁ, 1996, p. 47).

Uma outra proposição teórica já implícita no básico da ancoragem e da objetivação é a da transformação do não-familiar em familiar, que constitui uma forma diferente de explicar o mesmo princípio, foi exposto por Moscovici da seguinte maneira:

No todo, a dinâmica de familiarização, onde objetos, indivíduos e eventos são percebidos e compreendidos em relação a encontros ou paradigmas prévios. Como resultado, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo, as imagens sobre a “realidade” (MOSCOVICI apud SÁ, 1996, p. 48).

Como resultado final do processo de ancoragem e objetivação temos a formação da imagem da representação social, e a sua importância é ressaltada por Spink:

(...) a imagem é totalmente assimilada e o que é percebido toma o lugar do que é concebido, este é o resultado lógico de tal estado das coisas. Se as imagens existem, se elas são essenciais para a comunicação e compreensão sociais, isto é porque elas não são (e não podem permanecer) sem realidade tanto quanto não pode haver fumaça sem fogo. Desde que elas devem ter uma realidade, nós encontramos uma para elas, não importando qual. Assim, por uma espécie de imperativo lógico, as imagens se tornam elementos de realidade mais do que elementos de pensamento (SPINK, 1993, p. 41).

As representações sociais permitem-nos descrever o mundo que nos cerca, da forma que o vemos e compreendemos, mostram que as situações que vivenciamos são modificadas ao longo do tempo, de acordo com os valores culturais, sociais e ideológicos de cada indivíduo ou grupo social.

Além de abordar as origens e as circunstâncias de produção das representações sociais, cabe aqui uma explicação de seus fins ou funções. Abric (2001) sistematiza as finalidades próprias das representações sociais, atribuindo-lhe quatro funções essenciais:

- Funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade;
- Funções identitárias, que definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos;

- Funções de orientação, que definem a finalidade da situação, a priori, e o sistema de antecipações e de expectativas;
- Funções justificatórias, que permitem justificar, posteriormente, as tomadas de posição e os comportamentos.

Desta forma, acredita-se que as práticas e as representações sociais estejam em correlação e não em dependência causal. Refletindo sobre a aplicação dos conceitos acima enunciados ao objeto de estudo deste trabalho, destaca-se que os princípios do SUS podem ser pensados como conhecimento reificado, ou ainda, como código comum da sociedade brasileira, compreendido por diferentes tipos de representações em interação. Esse conjunto de representações visa orientar as práticas sociais e institucionais no atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos e dos grupos sociais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que segundo Jodelet (2003, p. 10) permite responder às exigências postas aos fenômenos humanos e sociais, além de ser uma abordagem que considera os “fatos humanos como totalidades que não podem ser explicadas limitando-se a estudar separadamente seus diferentes componentes”. Esta pesquisa está amparada na metodologia qualitativa da Teoria das Representações Sociais.

Este é um estudo descritivo, pois de acordo com Gil (1999, p. 44) “as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis”. O mesmo autor diz ainda que “são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”.

Triviños (1987, p. 110) está de acordo com o autor supracitado quando diz que a pesquisa descritiva tem seu foco essencial no “desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, suas escolas, seus professores, (...), etc”.

A escolha pela utilização da metodologia qualitativa deveu-se ao que diz Minayo sobre o assunto:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21).

Jodelet (2003) apresenta três particularidades que tornaram a metodologia qualitativa a mais utilizada nas ciências humanas, sendo elas: o próprio interesse pelas várias áreas das ciências humanas; a possibilidade de se aplicar às técnicas diferentes aspectos da realidade social, cultural e psicológica; e a adaptação ao seu objeto, o estudo das condutas humanas em um espaço social e cultural.

O uso dos métodos qualitativos desenvolveu-se precocemente nas diferentes disciplinas, e surgiu recusando os modelos científicos oferecidos pelas ciências físico-químicas ou naturais,

que, segundo Jodelt (2003, p. 5-6) “não podiam somente aplicar-se aos fenômenos humanos que implicam uma dimensão de consciência pelo pesquisador e seus objetos de estudo”.

A pesquisa qualitativa apresenta princípios fundamentais, segundo Jodelet (2003), que permitem o desenvolvimento espontâneo dos fenômenos. A abordagem qualitativa esforça-se para não intervir no curso das coisas observadas.

A postura do pesquisador é outro princípio fundamental da pesquisa qualitativa, já que de acordo com Jodelet (2003, p. 15), “o pesquisador é seu próprio instrumento e que ele deve fazer uma verdadeira aprendizagem do manejo das técnicas e da postura que ele deve adotar para aproximar-se de seu objeto e seus sujeitos”. A mesma autora ressalta ainda a importância que o pesquisador, os participante do meio que estuda, e as comunicações que se estabelecem entre eles, são partes integradas do processo de construção do conhecimento.

Jodelet (2003 p. 18) aponta uma metáfora para definir a postura que o pesquisador deve tomar: “olhar bem, olhar tudo, distinguindo e discernindo o que se vê”. A autora aborda a empatia e a intuição como atributos importantes para a pesquisa qualitativa, afirmando que “a intuição pode ser considerada como uma atividade incessante de todo sujeito se esforçando para entender o mundo e discernir, a partir do perceptível atual, as significações e relações latentes”.

A eticidade deste estudo busca contemplar os três grandes princípios éticos fundamentais em pesquisa, citados por Polit & Hungler (1995): a beneficência que defende a máxima de não causar dano; a dignidade que inclui o direito de revelação completa do estudo; e a justiça que inclui o direito ao tratamento justo e à privacidade. Prevalecerá, também, o respeito à autonomia e ao sigilo.

Esses grandes princípios éticos ou referenciais básicos da bioética estão incorporados, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), para assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Contemplando esta Resolução, foi formulado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), buscando respeitar a dignidade humana e obter uma participação consciente dos sujeitos à pesquisa; e o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética das instituições às quais serão realizadas as coletas de dados.

➤ Os Campos do Estudo

O desenho deste estudo envolve cinco instituições de saúde localizadas na cidade do Rio de Janeiro. A escolha das instituições obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: um hospital público municipal; um hospital privado de grande porte, conveniado com o SUS; um centro de saúde de grande porte, pertencente à rede pública municipal de saúde; um hospital público geral; e um hospital público estadual. As cinco unidades foram constituídas há, pelo menos, 15 anos, de modo que tenham construído uma história dentro do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro. As instituições são de fácil acesso à população e tem uma história de prestação de assistência à saúde anterior à implantação do SUS.

O hospital público municipal presta atendimento especializado à mulher e à gestante, com serviço contínuo de urgência e emergência. Possui 4 salas de cirurgia, 8 salas para realização de parto normal, 68 leitos para internação e um andar específico para o atendimento ambulatorial.

O hospital privado de grande porte é considerado um centro de referência para a população da cidade. Possui 762 leitos, 37 enfermarias, 49 quartos particulares, 16 de serviços, 16 salas cirúrgicas e 86 ambulatórios. Conta com um centro de estudos de pós-graduação, onde são realizados cursos de especialização e de Mestrado em diversas especialidades.

O centro de saúde presta atendimento ambulatorial nas áreas de: dermatologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Além de atendimento a pacientes com doenças crônico-degenerativas como diabetes e hipertensão, portadores de HIV e tuberculose e vacinação para a população em geral. Contempla também serviços de psicologia e serviço social.

O hospital público estadual possui um total de 221 leitos distribuídos nas seguintes especialidades: buco maxilo facial, ortopediatraumatologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, neurocirurgia, nefrologiaurologia, gastroenterologia, torácica, ginecologia, plástica, clínica geral, geriatria, AIDS, cardiologia, unidade de isolamento, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediatria clínica.

Por último, o hospital público geral possui 396 leitos na unidade de internação, 10 leitos na UTI, 8 leitos na Unidade Coronariana, 12 na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, 5 na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, 9 na Unidade de Tratamento Intermediário, 38 na Unidade de Tratamento Intermediário Neonatal; são 6 salas de recuperação pós-anestésicas; 20

salas em funcionamento no Centro Cirúrgico; 02 salas no Centro obstétrico; 84 consultórios ambulatoriais. Este hospital possui um setor de emergência com 48 leitos de observação e repouso, 3 consultórios, 4 salas de atendimento, 1 consultório de odontologia, 1 sala de pequenas cirurgias, e 1 sala de gesso. Por fim, possui um serviço de recepção e pronto-atendimento com 4 consultórios e 1 sala de medicação. Tal hospital oferece os seguintes serviços especializados: clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, reumatologia, e UTI.

➤ **Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos deste estudo foram 104 usuários, 20 de cada um dos cinco serviços de saúde, sendo 24 apenas no hospital geral federal. Os entrevistados foram selecionados de forma aleatória dentre os usuários das respectivas unidades de saúde, durante período de novembro de 2005 a março de 2006.

Para a seleção dos usuários foram considerados os seguintes critérios de inclusão: diferentes faixas etárias a partir de 40 anos; usuários de diferentes serviços hospitalares (ambatório e internação); sujeitos que tenham tido experiência como usuários dos serviços de saúde antes de 1990, visto este ano ser o marco de implantação do SUS, quando a lei complementar que regulamentou o Sistema Único de Saúde foi aprovada - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a).

Os sujeitos foram entrevistados após aceitação verbal e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexo A), obedecendo aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Segue quadro com distribuição das variáveis de caracterização dos sujeitos, nas cinco unidades de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das Variáveis de Identificação dos Usuários

VARIÁVEIS	Hospital Público Municipal	Centro de Saúde, pertencente à rede pública	Hospital Privado, conveniado ao SUS	Hospital Público Estadual	Hospital Público Geral Federal	TOTAL
Idade						
≤ 46	12	01	04	07	07	31
47-56	06	05	07	08	09	35
57-66	02	06	05	02	05	20
≥ 67	00	08	04	03	03	18
Sexo						
Masculino	01	08	08	08	09	34
Feminino	19	12	12	12	15	70
Região geográfica						
Centro	02	00	02	00	00	04
Norte	08	19	09	10	08	54
Oeste	01	00	07	02	01	11
Outros Municípios	09	01	02	08	15	35
Nível de Escolaridade						
Fundamental Incompleto e analfabeto	10	07	12	11	11	51
Fundamental Completo e Médio Incompleto	06	04	04	02	07	23
Médio Completo e Superior	04	10	04	06	06	30
Situação Conjugal						
Com Companheiro	14	12	13	14	18	71
Sem Companheiro	06	08	07	06	06	33
Situação Trabalho						
A Trabalha	13	07	09	07	10	46
Desempregado e não trabalha	07	03	03	10	05	28
Aposentado	00	10	08	03	09	30

Situação Trabalho B Com Carteira						
Assinada	04	02	01	05	03	15
Sem Carteira	09	05	08	02	07	31
Assinada	07	13	11	13	14	58
Desempregado, não trab, aposentado						
Função no Trabalho						
Não Trabalha	07	13	11	13	14	58
Serviços Manuais	10	03	06	04	05	28
Serviços Técnicos-administrativos	02	01	00	02	02	07
Outros	01	03	03	01	03	11
Renda Mensal						
≤ 1,5	15	09	11	12	09	56
> 1,5	05	11	09	08	15	48

Conforme observa-se no quadro 1, houve uma distribuição homogênea dos 100 sujeitos na variável idade. Encontram-se 35 sujeitos na faixa etária de 47-56 anos, seguida por 31 com idade ≤ 46 , 20 na faixa etária de 57-66 e 18 com idade ≥ 67 .

Na variável sexo foi maior o número de entrevistadas do sexo feminino: 70 sujeitos entrevistados, restando 34 entrevistados do sexo masculino. É importante ressaltar que se buscou entrevistar o mesmo número de homens e mulheres, mas por se ter um dos campos de estudo que se dedica ao cuidado exclusivamente feminino, não foi possível homogeneizar esses valores.

A distribuição dos sujeitos na variável região geográfica apresentou um número significativo na região norte, 54 entrevistados, seguida por sujeitos de outros municípios do Rio de Janeiro, 35 entrevistados.

Dos 104 entrevistados, 51 tem nível de escolaridade analfabeto ou fundamental incompleto, seguido por 30 com nível médio completo ou superior e 23 com nível fundamental completo ou médio incompleto.

As variáveis situação no trabalho a, b dos 104 entrevistados, 46 sujeitos informaram trabalhar, sendo destes 15 com carteira assinada e 31 sem carteira assinada. 58 sujeitos informaram desemprego ou não trabalhar ou serem aposentados.

Relativo à renda familiar mensal houve um predomínio de entrevistados que informaram renda menor ou igual a um salário mínimo e meio, 56 entrevistados. Vale considerar que o salário mínimo na época era de trezentos reais.

➤ **Técnicas de Coleta e de Análise dos Dados**

As pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, segundo Alvez-Mazzotti (1998) devido ao uso de uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados.

Destaca-se a necessidade de se utilizar técnicas de coleta e de análise de dados nos estudos das representações sociais que objetivem:

(...) elucidar e recuperar os elementos constitutivos da representação – ou seu conteúdo; conhecer a organização dos elementos, isto é, estudar as relações entre os elementos constituintes, sua importância relativa e sua hierarquia; e recuperar o núcleo central da representação, ou seja, determinar os termos e o perfil do núcleo central e os elementos periféricos (OLIVEIRA, 1996, p. 3).

As técnicas de coleta de dados podem ser classificadas em dois grandes grupos: as interrogativas, que consistem em recolher a expressão do indivíduo sobre o sujeito estudado; e as associativas, que também se fundamentam em expressões verbais, colhidas de forma mais espontânea, menos controlada (ABRIC, 2001).

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar como técnicas de coletas de dados: a entrevista semi-estruturada. Mas antes de defini-la, Gil (1999, p. 117) diz que a entrevista, por si só, é uma “técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma interação social”. O mesmo autor ainda ressalta que “é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.

A entrevista semi-estruturada é definida por Minayo (1993, p. 108) como uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistado) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. Por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos, sendo importante deixar que o entrevistado responda em seus próprios termos.

A entrevista semi-estruturada

Parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa; à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progride, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa. Nessa modalidade, o pesquisador, ao conduzir a entrevista, terá em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido referente ao tema da pesquisa, que certamente suscitarão direções para o questionamento, e não condicionarão o entrevistador a elaborar exatamente as mesmas perguntas para todos os entrevistados. O pesquisador elaborará um roteiro, não de questões, mas de temas a serem abordados (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 86).

Segundo Severino (1986), pode-se entender por entrevista semi-estruturada como sendo aquela que parte de questionamentos básicos, apoiado em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, valorizam a presença do pesquisador, oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador visa captar, de forma detalhada, aspectos importantes, em relação aos temas escolhidos. Tal modalidade de entrevista possibilita investigar um tema na sua máxima horizontalidade, verticalidade e profundidade, pois poderá descobrir como ocorrem certos fenômenos (TRENTINI & PAIM, 1999).

Dentro das ciências sociais, a entrevista é um instrumento singular por possibilitar a obtenção de uma fala reveladora de condições estruturais, bem como de representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1993).

Esta técnica de coleta de dados é, segundo Severino (1986, p. 117), “uma técnica bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

Algumas vantagens desta técnica são: a possibilidade de utilização com vários segmentos da população; sua flexibilidade, permitindo ao investigador esclarecer a pergunta e/ou formulá-la de maneira diferente; possibilitar maior oportunidade de avaliar atitudes e condutas. Constitui-se ainda em conseguir informações não contidas em fontes documentais, permitindo que as informações possam ser comprovadas de imediato; e possibilita um tratamento quantitativo dos dados (SEVERINO, 1986).

Jodelet (2003) ressalta a necessidade de se recorrer a diversos tipos de abordagens no decorrer da entrevista, visto que se quiser ter acesso ao universo do pensamento e às representações próprias dos entrevistados, tomar-se-á cuidado de colocá-los a vontade, centrado sobre sua própria experiência e fazendo-os partir dos aspectos concretos de suas vidas cotidianas para perguntar-lhes o que observam neles, para explorar com eles o sentido do que eles fazem.

Portanto, neste estudo foi utilizado 01 (um) Instrumento de Coleta de Dados (ICD): um roteiro temático de entrevista (Apêndice C) e uma ficha de identificação sócio-familiar (Apêndice B). As entrevistas foram registradas em fita K7 e posteriormente transcritas. A ficha de identificação foi preenchida pelo entrevistador. Os ICDs foram testados com população semelhante contemplando os objetivos propostos.

Para este estudo houve uma apropriação do instrumento de coleta de dados da pesquisa citada na introdução deste trabalho, uma vez que é um desdobramento da mesma. Sendo que esta pesquisa foi responsável pelos primeiros resultados referentes ao projeto de pesquisa que a embasa.

Para a análise de dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para os dados obtidos através das entrevistas.

A técnica de análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

O objetivo central desta análise é a manipulação das mensagens para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem. Dentre os conceitos de base, acreditamos que o central seja a inferência, pois o interesse da análise de conteúdo não está apenas na descrição do conteúdo do texto, mas no que estes poderão revelar sobre outras coisas, após o seu tratamento. Ou seja, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores quantitativos ou não (BARDIN, 1977).

Carmo-Neto (1993) afirma que a análise de conteúdo é uma hermenêutica controlada baseada na dedução, oscilando entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. É uma análise que permite penetrar nos cenários e tramas da mente do autor, criando uma ilusão de achar-se dentro da mente do autor, dando uma sensação de ser um expectador do fluir de sua mente.

O desenvolvimento da análise de conteúdo neste trabalho foi inspirado na proposta de Oliveira (2002), bem como nos instrumento elaborados pela autora.

Para efeito didático, a técnica de análise de conteúdo pode ser dividida em três etapas. A primeira é a pré-análise onde se formulam hipóteses e objetivos, e prepara-se o material para a análise. A segunda etapa é a codificação, ou exploração do material que consiste num processo no qual os dados brutos são lapidados sistematicamente e agregados em unidades de registros (OLIVEIRA, 2002).

Para compreender as unidades de registro são construídas as unidades de contexto, que dimensionam o significado das unidades de registro. Com a aplicação das regras de contagem surgem as categorias, que são escolhidas considerando-se sua importância quantitativa e sua importância qualitativa para o objeto estudado. As categorias devem sintetizar as unidades de registro; agregar os significados existentes no texto em sub-conjuntos; serem específicas, já que uma mesma unidade de registro não pode ser classificada em duas categorias distintas; e comportarem a maior parte do material analisado (OLIVEIRA, 2002).

Na terceira etapa, que se constitui no tratamento dos resultados, associa-se a inferência à interpretação, buscando ressaltar as informações fornecidas pela análise. O objetivo final da análise de conteúdo é o de estabelecer uma correspondência entre o nível teórico e o empírico, de forma a nos assegurar que o corpo de hipóteses, previamente construído ou resultante da própria análise de conteúdo, seja verificado pelos dados do texto.

Sinteticamente, relato a seguir o passo-a-passo que foi seguido durante a coleta e análise de dados deste estudo, cujos procedimentos de análise foram definidos por Oliveira (2002):

1. Estabeleceu-se um contato inicial através de uma conversa amistosa e se explicou a finalidade da pesquisa;
2. Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
3. Preencheu-se a ficha de identificação;
4. Formulou-se a pergunta de partida, introduzindo os temas quando não contemplados;
5. Registro gravado das respostas do entrevistado;
6. Verificou-se o atendimento pleno dos temas presentes no roteiro;
7. Finalizou-se a entrevista colocando-se à disposição do entrevistado para explicar qualquer dúvida sobre a pesquisa.
8. Transcreveu-se cada entrevista na íntegra;

9. Realizou-se a leitura exaustiva das falas, buscando uma familiarização;
10. Recortaram-se as Unidades de Registro (UR). A significação e a relevância para o estudo foram utilizados como critérios;
11. Utilizaram-se os algarismos numéricos como código das UR e associou-se a cada código um tema ou Unidade de Significação para cada UR.
12. Computou-se a quantidade de UR e em que entrevistas apareciam cada unidade de significação em um quadro demonstrativo;
13. Agruparam-se as unidades de significação por assuntos, sejam eles emergidos das falas (unidades de significação de maior frequência) ou para atingir os objetivos deste estudo.
14. Nomearam-se as categorias baseadas na idéia principal do conjunto de unidades de significação;
15. Contabilizou-se o total de UR de cada categoria e calculou-se a percentagem de cada uma delas, verificando se estavam equilibradas;
16. Agruparam-se categorias co-relacionadas em categorias maiores, passando as categorias para sub-categorias;
17. Discutiram-se as idéias centrais correlacionando com o referencial teórico.

A partir dos dados analisados é que foram identificados os conteúdos das representações sociais, através das informações e das atitudes a respeito do que pensam os usuários em relação ao SUS; e a organização interna das representações, que serão discutidos nos capítulos a seguir.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O Conteúdo da Representação Social dos Princípios do SUS

A seguir serão descritas as categorias originadas da análise das falas dos sujeitos desta pesquisa. As categorias foram construídas a partir dos temas que tiveram uma maior frequência, sendo nelas agrupados os temas interligados contextualmente, na busca de responder como os usuários do SUS percebem e caracterizam os seus princípios. Foram detectados oitenta e seis temas (ou unidades de significação), compostos por 3.088 unidades de registros, que deram origem a cinco categorias: 1- Direito à Saúde e Universalização do Acesso; 2- Hierarquização e o Sistema de Referência; 3- Imagens do SUS; 4- Princípio da Participação Social; 5- Princípio da Integralidade. Pode ser observado no Apêndice D o processo de construção dessas categorias.

Na categoria 1 – Direito à Saúde e Universalização do Acesso – a maior delas, sendo composta por 1.667 unidades de registro, há o reconhecimento da saúde como direito de todos e como responsabilidade do Estado, e também a universalização do acesso. Levantam a questão da dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde com frequência.

A categoria 2 – Hierarquização e o Sistema de Referência - é composta por 584 unidades de registro, onde se vê que os usuários não se apropriam do sentido do princípio da hierarquização da rede, e identificam também o funcionamento do SUS através do seu sistema de referência e contra-referência entre suas ações e serviços de saúde.

Na categoria 3 – Imagens do SUS - composta de 487 unidades de registro, configura um perfil de como os sujeitos objetivam o SUS. Objetivar é um processo de construção de imagens para elaborar conceitos muito subjetivos, e o SUS pode ser considerado como tal. Esta categoria apresentou imagens como: SUS é para pobre, o medo do SUS, SUS é maravilhoso, mas também é ruim, é desgraça, péssimo, enfim, imagens carregadas de pessimismo e negatividade, mas que dão suporte para enfrentar e até aceitar o dia-a-dia da assistência à saúde na rede pública.

Na categoria 4 - Princípio da Participação Social – composta por 317 unidades de registro, os usuários do SUS identificam o princípio da participação social de forma que fica explícito para

eles a existência de processos de participação, assim como a sua inexistência. Há a percepção de que é necessário haver maior participação da população nos processos de políticas de saúde.

A categoria 5 – Princípio da Integralidade – os usuários relatam, em 33 unidades de registro, como eles percebem o princípio da integralidade, ou deixam de percebê-lo, assim como também ressaltam o fato de não haver continuidade na assistência. Alguns deles mostram ainda o fato de se priorizar o atendimento aos idosos, de modo que o cuidado deve se estender a todos os grupos sociais.

A seguir, serão apresentados com detalhes os conteúdos das categorias, assim como a sua discussão.

3.1.1 Categoria 1: Direito à Saúde e Universalização do Acesso

Esta categoria contém 1.667 (53,98%) unidades de registro, além de comportar vinte e cinco diferentes temas. Observou-se que a maioria desses temas expressa o reconhecimento da universalização do acesso aos serviços e ações de saúde; ainda que em grande frequência, uma dificuldade enorme de acesso às ações e serviços de saúde no SUS e a medicamentos e exames no SUS; além do reconhecimento do direito à saúde como responsabilidade do Estado pelos usuários do SUS; dentre outros temas.

Um Sistema Único no mundo, inédito em sua atuação e detentor de números espetaculares de atendimentos é uma proposta corajosa e que está saindo do papel aos poucos, como qualquer evento social que acontece e que depende de mudanças sociais significativas ao longo do tempo para que ocorram. Há mais de 15 anos em execução, o Sistema Único de Saúde coleciona elogios, mas também críticas fortes. Porém, os estudiosos e defensores do SUS não se cansam de afirmar que o SUS ainda está em uma fase de consolidação dos seus princípios, sendo que o sistema ainda tem de enfrentar desafios como o fim das filas, a ampliação do acesso aos medicamentos e a humanização da assistência. Há, porém, uma conquista que poucos ressaltam: a inclusão da sociedade que antes da criação do SUS não tinha acesso aos serviços de saúde. Portanto, o SUS é caso único de inclusão social.

Com isso, o direito à saúde implica o reconhecimento de que todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (BRASIL, 2006).

Neste estudo é importante ressaltar que os usuários identificam o reconhecimento da existência do direito à saúde e como responsabilidade do Estado, além do princípio da universalização do acesso que aparecem com grande frequência nas unidades de registro, como já anteriormente explicitado. Relatam também que a saúde é uma obrigação de todos. A seguir alguns exemplos desses temas:

“É (o SUS é um direito de todas as pessoas). Todos têm direito. Porque o direito é só do trabalhador? Não. Porque tem muitas pessoas que não tem, mas tem que ter o direito. (...) Tem que ter assistência”. (Entrevista 61)

“(A saúde é uma obrigação do Estado) Do estado, do governo. Do estado e do governo federal. Governo estadual e governo federal. Acho que a saúde é obrigação de todos, de todos”. (Entrevista 68)

“Acho que teria que ser um direito de todos, porque é o Sistema Único de Saúde. Já está falando, SUS. Não especifica, porque eu trabalho, vou ser atendida e quem não trabalha não vai ser. (...), é para atender todas as pessoas no nosso território nacional”. (Entrevista 75)

“Eu acho que o governo tem por obrigação dar saúde para as pessoas, assistência médica para as pessoas, para aqueles que podem pagar, e para aqueles que não podem. Eu acho que isso é um direito de todo ser humano”. (Entrevista 22)

“É uma obrigação do Estado, mas também uma obrigação do povo, das pessoas, da população, dos profissionais”. (Entrevista 82)

Mas ao mesmo tempo que os usuários fazem este reconhecimento do direito à saúde e responsabilidade do Estado, eles dizem que o Estado não cumpre sua responsabilidade de garantir o direito à saúde da população, simplesmente pelo fato de as pessoas vivenciarem o SUS de formas diferentes, pois o SUS que acontece em um hospital pode não ser o mesmo em outro, e o que acontece na lei não necessariamente acontece na prática, como se vê a seguir:

“(A saúde é uma obrigação do Estado) Deveria ser realmente. É, mas a gente não vê. A saúde está cada dia mais doente, mais deficiente. O Estado é uma coisa lamentável (...)”. (Entrevista 33)

“É uma obrigação do Estado, mas muitas das vezes o Estado não melhora, (...). Uns dizem: é federal, jogam para cima. Então, fica assim: não é minha, é do Estado, é federal. Fica assim”. (Entrevista 56)

Segundo a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 o princípio da universalidade do acesso corresponde ao “acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Anteriormente ao SUS, o acesso aos serviços de saúde só estava garantido às pessoas que contribuía para o sistema de previdência e assistência social. Essas pessoas eram denominadas de “beneficiários” ou “segurados”; as demais não tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Hoje, o acesso ficou garantido independentemente de qualquer requisito. A universalidade do acesso é uma decorrência natural do novo conceito de saúde que surgiu com a Constituição de 1988 (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 63).

E como se pode constatar a seguir, os usuários reconhecem o princípio da universalização do acesso, mas relatam desconhecimento em relação a este princípio e até mesmo que o acesso ao SUS não é universal:

“Eu não sei (se o SUS é um direito de todos). Mas tem uns que realmente podem. Se precisassem correr para outro lado que possam pagar. Tem uns que não, realmente (...)”. (Entrevista 72)

O direito à saúde, hoje, faz parte dos direitos humanos, mas nem sempre foi assim considerado ao longo da história. É um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial de Saúde, que diz que saúde é um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2006).

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política,

com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

A Constituição, em seu artigo 196, consagrou o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, tendo a Lei Orgânica da Saúde enfatizado esse direito ao dispor que:

- A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
- O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de proteção, defesa, promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde;
- As políticas sociais e econômicas protetoras da saúde individual e coletiva são as que atuam diretamente sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;
- O dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao exercício do direito do cidadão à saúde não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;
- Além das ações diretamente derivadas da política de saúde e das políticas econômicas e sociais, dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como, por exemplo: a assistência do poder público ao cidadão para lhe possibilitar o melhor uso e gozo de seu potencial físico e mental; a possibilidade concreta de a comunidade constituir entidades que a representem e defendam os seus interesses vitais, prestando também colaboração ao poder público na execução das ações e dos serviços de saúde.

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as

iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, freqüentemente desconfortáveis e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos.

Na prática, ainda, grande parte dos indivíduos, sobretudo os mais necessitados de assistência, encontra dificuldade no acesso ao atendimento médico-hospitalar. Eis, então, o grande desafio do SUS: garantir o acesso universal com efetividade e resolutividade.

Observou-se que alguns temas expressam uma conotação mais negativa em relação aos serviços e ações de saúde do SUS. Isso pode ser visto quando os usuários falam sobre a dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde, que aparece em grande freqüência. As seguintes falas confirmam o explicitado:

“São filas imensas, a gente fica uns dias para ir marcar médico, chega e não tem esperanças de encontrar uma senha para poder marcar”. (Entrevista 41)

“(…) Só que você vem e marca para daqui a um, dois, três meses, isso é assim. Por exemplo, nesse período se você tiver que tomar um remédio que salve sua vida, você vai morrer, porque você só vem três, quatro meses depois”. (Entrevista 85)

No entanto, os usuários relatam que, apesar de haver o reconhecimento da dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde no SUS, os mesmos indicam que há este acesso, como os trechos mostram:

“Eu procuro às vezes posto de saúde. depois ali mesmo eu trato. (...)Lá, o médico passou os exames, eu fiz os exames tudo direitinho (...)”. (Entrevista 61)

“(...) Fui para outro hospital e não precisei entrar em fila. Consegui logo”.
(Entrevista 01)

Os usuários relatam que há falta de recursos materiais. Portanto, se há insuficiência de recursos para o SUS, há também problemas na sua utilização e gerenciamento. Então, além de se buscar alternativas para ampliar o financiamento, haveria também que se reformular com rapidez o modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e serviços (CAMPOS, 2007).

A dificuldade de conseguir remédios e exames no SUS; para adquirir remédios, o usuário tem que comprar; dentre outras que aparecem em menor frequência como o fato do governo fornecer a consulta e não o remédio, também foram temas que apareceram consideravelmente como resultado desta categoria. Mas os próprios reconhecem que há acesso a medicação pelo SUS, ou seja, que há fornecimento de medicação pelo SUS, como se vê a seguir:

“Lembro que uma amiga precisou fazer uma tomografia e teve que ir a vários hospitais, e era difícil de fazer, igual aquele que entra na máquina, ressonância magnética, era muito difícil”. (Entrevista 42)

“Hoje em dia, a gente chega com a receita e não tem o remédio, tem que comprar. Eu compro os remédios. Eu nunca pego remédio em hospital, não consigo, compro todos eles”. (Entrevista 67)

“Você vai ao médico e ele passa remédio, você tem a consulta, mas não tem dinheiro para comprar. (...), passaram tratamento para ela, na hora ‘H’ não teve dinheiro para comprar o remédio”. (Entrevista 55)

“No entanto, quando meu esposo se internou, ele usou um antibiótico de dentro do hospital, de dentro do SUS, (...) isso tudo a gente encontra no SUS”.
(Entrevista 96)

Quanto à organização dos serviços e produção dos cuidados, pode-se dizer que o acesso, as condições de produção dos cuidados e, acima de tudo, o acolhimento e permeabilidade aos

usuários são muito desiguais, mostrando, assim, a diferença de opinião dos usuários em relação à esse aspecto (COELHO, 2007).

Essa questão toda de reconhecimento da universalização do acesso é contraditória, a partir do momento que o usuário identifica que para que uma pessoa seja atendida rapidamente no SUS, ela precisa ter o cartão do lugar, o que reafirma mais uma vez que esse acesso ao sistema de saúde no Rio de Janeiro não é universal nem igualitário, como se vê a seguir:

“(…) Tem que chegar de madrugada. Eu não preciso chegar de madrugada, porque tenho cartão, mas quem não tem, chega aqui de madrugada (...), nunca aconteceu isso comigo, porque eu tenho cartão daqui”. (Entrevista 01)

Portanto, a reforma do sistema hospitalar e do atendimento especializado depende centralmente de sua reorganização segundo regras de vínculo e em acordo com um sólido processo de contrato de responsabilidades em cada uma das regiões de saúde do Brasil (CAMPOS, 2007).

O Sistema Único de Saúde chega aos 15 anos voltado para a terceira idade. Além de mais numerosos, os idosos também estão vivendo mais. No entanto, o SUS não está preparado para receber este número cada vez maior de idosos, ou seja, o SUS precisa estar preparado para atender às necessidades específicas do idosos.

Um outro tema que surgiu na análise e faz parte dessa categoria é a questão de se ter de priorizar o atendimento aos idosos, que deve ser visto e interpretado a luz do princípio da equidade que não aparece explicitamente como resultado deste estudo. Portanto, o cuidado deve se estender a todos os grupos sociais, inclusive os idosos. A seguir um exemplo na fala de um entrevistado:

“Chegou no posto de saúde não tem que ficar esperando, eles tem que ser atendidos imediatamente.” (Entrevista 68)

Portanto, percebe-se que os usuários estão mais do que inseridos na execução do SUS, pois conseguem se inserir neste sistema de saúde de forma singular, ou seja, identificam o

princípio do SUS como a universalização do acesso e o direito à saúde, que não é um princípio mas um direito constitucional, de forma excepcional e brilhante.

3.1.2 Categoria 2: Hierarquização e o Sistema de Referência

Esta categoria é composta por 584 (18,91%) do total de unidades de registro analisadas neste estudo, além de comportar dez diferentes temas. Pode-se perceber que os entrevistados deste estudo não se apropriam do sentido da hierarquização. E também reconhecem que não existe encaminhamento do serviço público para o privado, quando tratam do sistema de referência no SUS.

A regionalização e a hierarquização dizem respeito aos serviços serem organizados segundo tipos de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada, para atender uma determinada população. Devem oferecer todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, facultando um elevado grau de solução de problemas. O acesso da população à rede deve se dar por meio dos serviços primários de atenção – que têm menor complexidade tecnológica -, mas precisam também contar com profissionais qualificados e condições adequadas para enfrentar os principais problemas.

A regionalização e a hierarquização da rede pública são pressupostos da descentralização dos serviços; são conceitos e formas organizativas do SUS que se imbricam para operá-lo com racionalidade de meios e fins e, nesse sentido, instrumentalizam o processo de planejamento das ações e serviços de saúde. A hierarquização supõe três ou quatro níveis de atenção integral à saúde, incluindo a assistência médica e hospitalar, organizados cada qual com resolutividade própria (CARVALHO, SANTOS; 2006, p. 82). Portanto, a não apropriação do sentido da hierarquização pode ser comprovada na seguinte fala de um usuário:

“(Procura o serviço de saúde) Quando eu estou passando mal. Porque se eu estou passando bem, vou procurar para que? Eu procuro assim”. (Entrevista 61)

Os entrevistados reconhecem que o sistema de referência do SUS funciona, mas também dizem que o mesmo não funciona, como se observa a seguir:

“Existe (encaminhamento), porque minha filha estava no Hospital Pedro Segundo, na neurologia e a médica foi embora, depois veio outra e eles encaminharam para o Hospital da Piedade. Eu peguei o encaminhamento para ela, consegui o encaminhamento”. (Entrevista 01)

“Existe (encaminhamento), eu já tive. Não fui até o fim, porque de um posto de saúde que eu estava me encaminharam para um outro tipo de médico”. (Entrevista 02)

“Eu ouço falar que (os encaminhamentos) não (funcionam), (...), mas escuto falar que não é muito bom não, que muita gente não consegue, é o que escuto falar”. (Entrevista 01)

Os usuários identificaram que não existe encaminhamento do público para o privado, apresentando-se como o tema de maior frequência desta categoria, sendo que, em contradição, indicam também que existe encaminhamento do público para o privado, em menor frequência, como se vê a seguir:

“Não existe encaminhamento do hospital público para o hospital particular, só de boca. Escrito nunca vi. (...) Encaminhamento eu nunca peguei, só do SUS para o SUS mesmo”. (Entrevista 11)

“(…) agora eu não acho que do hospital público levar para o hospital particular sem pagar, eu não acho que eles fazem, conseguem isso não. Acho não”. (Entrevista 94)

“(…) mas do público o hospital Libério mandou para lá”. (Entrevista 85)

“Me encaminhou, eu não paguei, (...). Aquilo foi a coisa mais emocionante que eu tive na minha vida, uma clínica particular, que eu nunca fui, e que eu não pensava, eles não me cobraram nada, nem exame nem nada, nada, ainda

não me cobraram a consulta, então isso eu nunca vi na minha vida, em uma clínica, uma coisa tão maravilhosa que nem essa”. (Entrevista 70)

O setor particular contratado pelo SUS, que participa de forma subsidiária na prestação de serviços, tal como prevê a legislação de criação do SUS, formado por prestadores de serviços que mantêm uma relação direta de compra e venda com o sistema público, tem autonomia restringida, dado que parcela substantiva da demanda é composta pelos clientes do SUS e, portanto, depende diretamente dos gastos públicos (SILVA, 2002, p. 531).

Na fala dos usuários ressalta-se o fato de que o Estado paga para que os exames sejam realizados no serviço privado, uma vez que a demanda é muito grande. A seguinte fala demonstra isso:

“(…) Faz até particular, eles pagam para a gente fazer, lá é assim”. (Entrevista 21)

3.1.3 Categoria 3: Imagens do SUS pelos seus Usuários

Esta categoria é composta por 485 unidades de registro, que equivalem a 6,92% do total de unidades analisadas, sendo agrupadas em trinta e cinco temas diferentes. Nela estão presentes as imagens verbalizadas pelos sujeitos da pesquisa, sendo que em sua maioria o SUS é visto como um sistema de saúde, para pobre e como um sistema que causa medo.

As imagens, na Teoria das Representações Sociais, são o resultado final do processo de objetivação que visa transformar noções abstratas em algo concreto, quase tangível. Segundo Spink (1993), elas são tão vivas que seu conteúdo interno assume o caráter da realidade externa.

Com isso, os usuários externalizam sua visão do SUS através das seguintes imagens:

“O SUS para mim é um sistema único de saúde”. (Entrevista 68)

“(...) eu tenho horror, (...), uma coisa horrível”. (Entrevista 69)

“O SUS é como eu falei, é super importante. O SUS é importante, (...), então eu acho que o SUS é um órgão muito importante, (...)”. (Entrevista 70)

Para alguns usuários o SUS apresenta-se como o melhor sistema de saúde adotado hoje; outros avaliam de forma a conceituar o SUS como razoável, excelente, bom, muito bom, ruim, ou, não tão ruim. Outros usuários qualificam o SUS como sendo maravilhoso, um paliativo, péssimo, desgraça, inteligente, bonito e abandonado. A seguir alguns exemplos nas falas dos entrevistados:

“Hoje está melhor, está melhor”. (Entrevista 26)

“Uma nota razoável: cinco”. (Entrevista 98)

“Eu dou dez, ele merece dez. Ele merece os dez. Ele merece os dez”. (Entrevista 63)

“O SUS, para mim, é um projeto bom, bonito, inteligente (...)”. (Entrevista 66)

Os usuários identificaram também as imagens relacionadas ao funcionamento do próprio SUS como algo que produz tratamento, ajuda a saúde da população, é atendimento, é saúde, pode ser mais eficiente, e tem dificuldades. Abaixo exemplos de falas dos usuários:

“É uma forma da gente se tratar. É uma forma de tratamento”. (Entrevista 71)

“O SUS é o sistema único de saúde, que dizem que ele ajuda na saúde (...)”.
(Entrevista 64)

“É atendimento, lembra de saúde, (...). SUS é todo posto de saúde que atende as pessoas (...)”. (Entrevista 01)

“Ele pode ser muito mais eficiente do que tem feito hoje na saúde no Brasil usando o sistema do SUS”. (Entrevista 66)

“Então, a gente vê que do INAMPS ao SUS, em termos de dificuldade, não mudou muita coisa para a população”. (Entrevista 39)

Com esta categoria conseguiu-se um panorama do imaginário dos sujeitos dessa pesquisa sobre o SUS, onde o sistema é visto como sendo para pobre, é desgraça, existe o medo do SUS, ou seja, uma visão negativa sobre o SUS e seu funcionamento como um todo. Chamou a atenção também o fato dos usuários não terem uma visão (ou uma idéia imagética) dos princípios do SUS, que são o objeto deste estudo.

3.1.4 Categoria 4: Princípio da Participação Social

Esta categoria é composta por 317 (10,26%) do total de unidades de registro analisadas neste estudo, além de comportar 15 diferentes temas, constatando-se a importância e a frequência deste princípio para os usuários.

A população é quem sente os problemas. Quando ela faz parte do processo, atrai o sistema e ele fica mais próximo para atender as necessidades de uma determinada população. Então, ao criar o SUS, a Constituição de 1988 já previa a participação da sociedade. Através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, a população pode discutir a elaboração e a administração do sistema. Metade da composição dos conselhos tem de ser, obrigatoriamente, de usuários do SUS. A outra parte distribui-se entre representantes dos trabalhadores do sistema único, de prestadores de serviço e dos gestores.

É necessário que haja a promoção de uma consciência melhor do papel do controle social na saúde. Contribuir para o SUS é pensar as melhores políticas para os diferentes grupos da população. E isso exige uma boa escolha dos representantes nas várias instâncias.

A participação da comunidade no SUS, assim expressa na Constituição Federal de 1988, com suas diversas roupagens, hoje consolidadas nas instâncias de controle social em todo o território brasileiro, desde as primitivas formas de participação, através das CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde, ainda no período autoritário, passando pela Plenária Nacional de Saúde, desde o período constituinte até 1997, até chegar à Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, desde 1995 até hoje; é a marca indelével da democracia participativa na construção do SUS.

Sendo assim, a participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representantes, pode participar do processo de elaboração das políticas de saúde e do controle e avaliação de sua execução, em todos os campos, desde o federal até o local. Deve ser também considerado que, para a participação dos cidadãos, as instituições devem oferecer as informações e os conhecimentos necessários sobre as questões de saúde (GUEDES, 2002).

São destacados pelos usuários o desinteresse e o desconhecimento da existência de processos de participação, o fato de não haver participação, dessa participação ser restrita, além

da população participar por interesse político e financeiro, dentre outros que apareceram em menor frequência, porém de igual relevância. Abaixo alguns exemplos nas falas dos entrevistados:

“Já ouvi falar (de processos de participação). Eu não sei explicar. Eu ouço falar nessas coisas de reunião. Agora, se tem participação da população não sei”. (Entrevista 61)

“Não tem. (...), porque o povo não pode fazer”. (Entrevista 84)

“(…) no hospital Salgado Filho quando tinha até passagem de equipe, troca de alguma coisa, até eles convidavam algumas pessoas, muitas não iam, mas só se convidava”. (Entrevista 46)

“Quem às vezes vai, deve ser o líder comunitário. O líder comunitário é que se interessa em ir, mas muitas vezes esses caras só estão, por causa de política, ganham dinheiro com política, e não fazem nada pela comunidade”. (Entrevista 64)

Apesar dos usuários identificarem que não há participação da população nos processos de decisão do SUS, os mesmos indicam que existe essa participação, em contradição ao que foi citado acima. Ressaltam também que se houvesse participação da população no SUS, haveria melhorias, como se pode constatar nos exemplos abaixo:

“Existe (participação da população)”. (Entrevista 94)

“Seria bom (se houvesse participação). Seria igual a uma eleição”. (Entrevista 58)

Os conselhos e as conferências municipais, estaduais e nacional de saúde são as modalidades de participação fortemente disseminadas no país, fazendo parte da dinâmica política

da área de saúde. Entretanto, é necessário revitalizar tais fóruns no sentido de viabilizar relações sociais mais igualitárias entre os atores sociais que deles participam. É sabido que, principalmente gestores, mas em menor medida, também prestadores de serviços e profissionais de saúde dispõem de maiores instrumentos de poder que usuários e controlam a agenda de debates desses fóruns. É necessário ampliar a capacitação de conselheiros e democratizar a formulação da agenda da saúde. Esforços devem ser realizados no sentido de aumentar a representatividade dos integrantes dos conselhos incentivando uma relação mais constante e transparente com seus representados. Também deverá ser avaliada a efetividade do papel deliberativo dos Conselhos na formulação e acompanhamento das políticas de saúde para superar os obstáculos de diferentes naturezas.

Por outro lado, um conjunto de mecanismos inovadores de participação e de controle social não se generalizou no sistema. Esse é o caso dos conselhos locais de unidades ambulatoriais e de unidades hospitalares. Apenas as unidades próprias do SUS, nas três esferas de governo, têm apresentado experiências nesse sentido, sendo que na área hospitalar elas são dramaticamente escassas. Outros mecanismos de participação individual, tais como ouvidorias, disque saúde, pesquisas sistemáticas de satisfação de usuários, carecem também de generalização no contexto do sistema.

Unidades de serviços privadas que são financiadas com recursos públicos não dispõem de mecanismos de participação ou de controle social, além dos exercidos pelo Ministério da Saúde ou Ministério Público. É necessário definir quais seriam os mecanismos básicos indispensáveis para a democratização da gestão do sistema e constituir instrumentos legais e administrativos que generalizem o funcionamento desses mecanismos em unidades de saúde próprias e financiadas pelo SUS, levando em conta que a prestação de serviços de saúde, especialmente quando financiados por recursos públicos é uma concessão que o poder executivo faz para o exercício de um dever de Estado.

Gestores do SUS, Ministério Público e Poder Legislativo precisam criar espaços para viabilizar ações cooperativas e coordenadas. Compete ao Ministério da Saúde induzir a coordenação horizontal dessas instâncias estatais.

3.1.5 Categoria 5: Princípio da Integralidade

Esta foi a menor categoria em unidades de registro, tendo sido composta por 33 (1,07%) do total de unidades de registro analisadas, além de comportar apenas 03 diferentes temas. Observou-se que a maior parte dessas unidades de registro expressa o fato dos sujeitos identificarem que não há continuidade no atendimento dos serviços de saúde do SUS. Porém, outros sinalizam a existência do princípio da integralidade na assistência de saúde oferecida pelo SUS.

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Brasileira de 1988, sendo apresentado como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Como se pode ver a seguir:

“(...) e depois que eu sair, que eu tiver alta, eu vou continuar tendo direito ao atendimento no ambulatório aqui.” (Entrevista 69)

“(...) A minha filha que é mais tempo, que eu vim por intermédio dela, que ela tem uns seis meses aqui, se tratando. (...), ela está se tratando e eu vou começar agora esse mês também”. (Entrevista 61)

Como se sabe, integralidade é um dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde. Mas apesar de ser preconizada em nossa Carta Magna, a integralidade continua sendo um grande desafio para todos os que lutam por um sistema de saúde mais justo, pois é um princípio norteador e organizador das práticas em saúde. E é no plano das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional, e destes com os serviços.

Pinheiro (2001) diz que a integralidade é assumida como sendo:

Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de

serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

A Lei nº 8.080/90, no artigo 7º (que dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS), define a integralidade da assistência como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Com isso, os usuários relatam e reconhecem o fato de não haver continuidade no atendimento nos serviços de saúde, como se vê a seguir:

“(…) É ruim, porque nós vamos à consulta e depois não podemos voltar para o mesmo médico, isso deixa a pessoa fraca, porque você quer chegar e encontrar um médico que te atenda, se a doença não é passageira, se vai ter um tratamento, você ter que voltar em outro médico, ou em outro lugar, isso dificulta.” (Entrevista 02)

“Você vai ao médico, depois você volta no outro, parece que perdeu a essência da coisa, eu sei que o outro sabe, mas ele não estava ali com você no começo.” (Entrevista 91)

Vê-se, pois, que a assistência integral não se esgota nem se completa num único nível de complexidade técnica do sistema, necessitando, em grande parte, da combinação ou conjugação de diversos serviços, que nem sempre estão à disposição do cidadão no seu município de origem. Por isso a lei sabiamente definiu a integralidade da assistência como a satisfação de necessidades individuais e coletivas “nos mais diversos patamares de complexidade dos serviços de saúde, articulados pelos entes federativos, responsáveis pela saúde da população” (art. 7º, II).

A integralidade da assistência é interdependente; ela não se completa nos serviços de saúde de um só ente da federação. Ela só se finaliza, muitas vezes, depois de o cidadão percorrer

o caminho traçado pela rede de serviços de saúde, em razão da complexidade da assistência, de forma referenciada (CARVALHO, SANTOS; 2006, p. 65).

4 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde – idealizado pela Constituição de 1988 – foi criado com o ideal de levar gratuitamente aos diferentes segmentos da população todo o atendimento de saúde disponível. Uma mudança de foco que levou décadas para ser concretizada. Até o final dos anos 60, o sistema de saúde brasileiro preocupava-se principalmente com o combate em massa de doenças através de campanhas de saúde pública. Aos poucos a atenção começou a se voltar para a assistência médica individual. Em 1977, o INAMPS foi criado para atender exclusivamente as pessoas que possuíam carteira de trabalho. As maiores transformações, no entanto só ocorreram nos anos 80 e culminaram com a carta de 1988.

O artigo 196 da nova constituição determina que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Esta visão começou a ser formada ainda nos anos 70, em pleno regime militar. No final desta década surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – formado por intelectuais, profissionais da área de saúde, parlamentares e outros segmentos da sociedade como centrais sindicais – que defendiam a construção de uma nova política de saúde realmente democrática. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a Conferência de Alma-Ata que preconizava “saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da atenção primária.

Diferentes programas e propostas foram levantados ao longo da década seguinte. Em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde defende os princípios do Movimento da Reforma Sanitária. No ano seguinte foi implementado o SUDS que adota como diretrizes a universalização e a igualdade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a descentralização das ações de saúde e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. A constituição promulgada em 1988 é o resultado dos programas e projetos idealizados ao longo das duas décadas anteriores defendendo o acesso universal e igualitário da população à saúde seja através dos serviços estatais prestados pela União, estados e municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados pelo poder público.

Então, com este estudo foi possível discutir os princípios, as imagens e tudo aquilo que o Sistema Único de Saúde representa e suscita nos usuários que o vivenciam. Para isso se fez

necessário buscar como é o funcionamento do SUS na teoria, através de seus princípios, para que se pudesse desvendar o objeto de estudo desta pesquisa.

Para embasar este estudo, sentiu-se a necessidade de trazer e discutir a contextualização histórica do SUS, os modelos assistenciais de saúde, e os significados de todos os princípios do SUS de acordo com o Ministério da Saúde. O usuário do sistema de saúde brasileiro foi o sujeito deste estudo e, ao mesmo tempo, aquele que precisava ser ouvido para que a prática do SUS seja inovadora e realmente eficaz no que diz respeito à implantação e implementação de seus princípios.

A abordagem metodológica escolhida veio ao encontro da proposta do estudo e, assim, a entrevista semi-estruturada foi de grande importância para a obtenção de dados significativos para a caracterização das representações sociais, destacadamente para se obter os princípios do SUS mais vivenciados e admitidos pelos sujeitos do estudo. Através do método escolhido foi possível conhecer a maneira pela qual a percepção dos princípios do SUS modifica a rotina estafante e árdua deste usuário do sistema de saúde e o modo de enfrentá-la.

A partir da análise de conteúdo dos dados obtidos através das entrevistas chegou-se a cinco categorias finais, as quais evidenciaram uma variedade de sentimentos, atitudes e comportamentos dos usuários frente aos princípios do SUS.

Observou-se que uma grande maioria dos entrevistados identifica que há uma falta de recursos materiais. Portanto, se há insuficiência de recursos para o SUS, há também problemas na sua utilização e gerenciamento.

Os usuários ressaltam a dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde, como também aos remédios e exames no SUS.

Quando se chega à categoria que nos revela a imagem do SUS pelos seus usuários, observa-se que em sua maioria o SUS é visto como um sistema de saúde, para pobre e como um sistema que causa medo. Chamou a atenção os usuários apresentarem em alguns momentos visão ampliada dos princípios do SUS, os quais são o objeto deste estudo.

Observou-se que os usuários expressam de modo contraditório um tanto um conhecimento adequado, quando superficial sobre os princípios do SUS, sendo o princípio da participação social foi o mais freqüente no relato dos mesmos. E, por fim, foi ressaltada a importância que os usuários dão ao reconhecimento da existência do direito à saúde entendida como responsabilidade do Estado, além do princípio da universalização do acesso.

É importante ressaltar os princípios do SUS que não foram identificados pelos usuários como a regionalização da rede, equidade na prestação dos serviços e descentralização dos serviços. Com isso, parece-nos que os usuários do SUS não conseguem apreender tais princípios nem sua aplicação na prática.

A descentralização consiste em uma redistribuição do poder de decisão, dos recursos e das competências sobre as ações e os serviços de saúde entre as várias esferas de governo, com o fundamento de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, haverá mais chance de acerto. Aos municípios cabe, portanto, maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (GUEDES, 2002, p.187). Nesse sentido, torna-se fundamental que o usuário incorpore esse princípio para que possa desenvolvê-lo.

Portanto, o profissional de enfermagem deve estar atento às necessidades dos usuários, uma vez que a implantação e implementação do SUS requer uma longa caminhada.

A enfermagem é uma profissão singular, em constante crescimento, que necessita fundamentar suas intervenções a partir de pesquisas, em especial no campo da enfermagem em Saúde Coletiva. Com base nas pesquisas aliadas à prática profissional, o enfermeiro terá como refletir, fundamentar e encaminhar a sua atuação profissional, contribuindo cada vez mais para a construção do conhecimento na área de atuação da enfermagem.

Este estudo pode ainda contribuir para a prática da enfermagem no atendimento aos usuários do SUS, os quais encontram-se fragilizados diante dos processos de adoecimento vivenciados e tem se apropriado pouco das formas de funcionamento e organização do SUS.

A partir da análise dos dados, foi percebida a contribuição deste estudo para a Enfermagem, uma vez que poderá nortear as ações do enfermeiro, que acaba por estimular a participação do usuário no SUS no processo de controle social preconizado pelas Leis Orgânicas do SUS, motivando no usuário o exercício de sua cidadania. As informações desta pesquisa podem ainda ser usadas para implementar novos métodos de atendimento, aperfeiçoar os processos de gestão e aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Os sentimentos, ao final desta caminhada, são de conforto e extenuação. Permanece a certeza da necessidade de outras caminhadas voltadas para a construção de novos conhecimentos.

Este estudo veio mostrar que os princípios do SUS, na visão de seus usuários, estão na prática, no saber das pessoas, nos programas dos serviços de saúde, e na Constituição Brasileira,

conferindo-lhes um caráter ideológico, utópico, e também real no que diz respeito à prática do Sistema Único de Saúde.

O SUS é um modelo institucional de saúde que possui avanços, problemas e desafios ainda existentes, para melhor atender e obter bons resultados para a sociedade.

Obstáculos existem e sempre existirão. O balanço da situação do SUS indica avanços. O que pode ser dito, com certeza, é que nessa década o sistema público de saúde está em melhores condições de executar suas políticas e gerar bons resultados que nos anos 1990.

A defesa e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

Tendo completado 18 anos, o SUS já não pode ser mais tratado como uma criança. Precisa ser criticado, revisitado para que possa crescer. No entanto, analisar o SUS, em seus acertos e desacertos nesses 18 anos de implantação, é sinônimo de defendê-lo e deveria ser tarefa de todos que trabalham para que se tenha um sistema de saúde mais justo e próximo do desejo de todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sérgio Henrique. Política social e combate à pobreza. A teoria da prática. In: ABRANCHES, Sérgio Henrique; SANTOS, Wanderlei Guilherme dos; COIMBRA, Marcos Antônio. **Política social e combate à pobreza**. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. p. 9-31.
- ABRIC, J. C. Metodologia de recolección de las representaciones sociales. In: _____. (org.) **Práticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. p. 53-74.
- ACIOLI, Sonia. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ: ABRASCO, 2005. p. 293-303.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. O Planejamento de Pesquisas Qualitativas. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 147-178.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERLINGUER, G. **Uma reforma per la salute**. Bari: De Donato, 1989. 279 p.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 47p.
- _____. Ministério da Saúde Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Lei Orgânica de Saúde 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 da outras providencias. Diário Oficial da União. Brasília, DF, seção I, nº 182, 1990a 19p.
- _____. Ministério da Saúde. **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, DF, 28 de setembro de 1990b.
- _____. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gabinete do Ministro, 1992.
- _____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão de Ética em Pesquisa, **Resolução 196**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300p.

CAMPOS, G. W. S.. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 02, p. 301-306, 2007.

CARMO-NETO, D. Como fazer uma análise de conteúdo. In: _____. **Metodologia Científica para principiantes**. 2. ed. Salvador: Ed. Universitária Americana, 1993. cap 20. p. 409-427.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 2. p. 27-59.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 4 ed. ver. e atual. – Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2006, 272p.

COELHO, I. B.. Os impasses do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 02, p. 309-311, 2007.

COSTA, Elisa Maria Amorim da. Sistema Único de Saúde. In: COSTA, Elisa Maria Amorim da; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde de Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. Cap. 1. p. 3-5.

DEMO, Pedro. Três horizontes da política social. In: _____. **Política social, educação e cidadania**. 2 ed. Campinas, SP: Papirus, 1996. cap. 2. p. 25-42. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986. 1838p.

GAWRYSZEWISKI, V. A Integração Possível entre o Processo de Descentralização e a Autonomia dos Serviços de Saúde e Participação do Cidadão – relato de experiência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 17-25, jan.-mar. 1991.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-198.

GRASSI, A.; PELLACANI, F. La Programazione Sanitaria da Modello Teórico a Prassi di Governo. Milão: Franco Angelli, 1985. 282 p.

GUEDES, Juliana Patrícia Ferraz de Souza. O mutirão nacional para tratamento de catarata senil. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002, p. 187-200.

GUIMARÃES CARVALHO et al 2001

JODELET, J. Représentations sociales: um domaine em expansion. In: _____ (Ed.). *Lês représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France, 1989, 31-61 apud SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

_____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ. 2001, 416 p.

_____. Olhares sobre as metodologias qualitativas. In: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. (Org.) **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p. 139-162. Tradução de: Eugênia Coelho Paredes.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p. 19-91.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998. Cap. 1. p. 17-55.

MINAYO, M.C.S. Fase de Trabalho de Campo. In: _____. (Org.). **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p. 105-196.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. The phenomenon of social representations. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (Eds). *Social Representations*. Cambridge, Cambridge University Press, 1984, 3-69 apud SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: FORGAS, J. P. (Ed.). Social cognition: perspectives on everyday understanding. London, Academic Press, 1981, 181-209 apud SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

OLIVEIRA, D. C. Abordagem metodológica das representações sociais: e outros estudos qualitativos. In: _____. **A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais**. 1996. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.

OLIVEIRA, D.C. **Análise de Conteúdo Temática: uma proposta de operacionalização**. Texto Didático e Instrumentos, Mimeo, 2002.

PAIM, Jairnilson silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap.20, p. 473-487.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

POLIT, D.; HUNGLER, B. Ética e pesquisa em enfermagem. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 12, p. 291-309.

SÁ, C. P. Representação social: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo, Brasiliense, 1993. cap.1, p. 19-45.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 106 p.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1986. 237p.

SILVA, H. P. da. O público e o particular na oferta de serviços e no processo de descentralização. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. Cap. 23, p. 529-543.

SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.300-308, jul/set 1993.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 162 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VALA, J. Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Eds). *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, 353-384 apud SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14 (sup. 2): 7-18, 1998.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Pesquisa: A representação social dos princípios organizativos do SUS pelos seus usuários.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Políticas e práticas de saúde no contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições, Usuários e Profissionais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”, que se propõe a analisar o pensamento dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde sobre o funcionamento do sistema saúde na cidade do Rio de Janeiro, bem como as mudanças ocorridas na saúde pública nos últimos anos. Para a sua participação na pesquisa é preciso responder a uma entrevista, que será gravada sem a sua identificação. A sua concordância em participar não levará a riscos, desconfortos ou gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal de qualquer natureza. Asseguro que o que for gravado ou anotado será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações prestadas por você. Na divulgação dos resultados da pesquisa o seu nome não será citado. Desde já agradeço a sua colaboração, e para qualquer outra informação ou esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa – Prof^a Denize Oliveira – através dos tel.: 2542-9385 ou 9307-1771. Para maiores esclarecimentos orientamos que você poderá entrar em contato com a Secretaria Executiva da Comissão de Ética em Pesquisa da SMS-RJ, no endereço: Rua Afonso Cavalcante, 455, sala 612 - Cidade Nova - prédio da Prefeitura do Rio de Janeiro. A sua participação é de fundamental importância para a realização deste estudo.

*Profa. Denize Cristina de Oliveira,
Faculdade de Enfermagem/UERJ*

Coordenadora do Projeto

Eu, _____, declaro que fui esclarecida e que aceito participar da pesquisa “Políticas e práticas de saúde no contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições, Usuários e Profissionais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”. Autorizo o registro das informações prestadas por mim, em forma escrita ou com o uso do gravador, para que sejam utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e o uso das citações a terceiros, ficando vinculado o controle e a guarda das fitas à Prof^a Denize Cristina de Oliveira, pesquisadora da Faculdade de Enfermagem/UERJ e coordenadora deste projeto.

Rio de Janeiro, ___/___/2006.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B – Questionário de Caracterização do Entrevistado



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Pesquisa: A representação social dos princípios organizativos do SUS pelos seus usuários.

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

IDENTIFICAÇÃO: _____ **No. Entr.:** _____

1. INSTITUIÇÃO:

() Hosp. Geral de Bonsucesso

() Hosp. Estadual Getúlio Vargas

() Santa Casa de Misericórdia

() I. M. Mulher Fernando Magalhães

() C. M. S. Milton Fontes Magarão

2. SERVIÇO utilizado na unidade: _____

3. IDADE: _____

4. SEXO: F () M ()

5. BAIRRO (município) onde mora: _____

6. NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

() Fundamental incompleto (1^a –7^a. série)

() Médio completo

() Fundamental completo

() Superior incompleto

() Médio incompleto

() Superior Completo

7. SIT.CONJUGAL: () Com companheiro () Sem companheiro

8. SIT. TRABALHO 1: () trabalha () desempregado () aposentado () não trabalha

9. SIT. TRABALHO 2: () Com carteira assinada () Sem carteira assinada

10. FUNÇÃO NO TRABALHO: _____

11. SALÁRIO MENSAL: _____

APÊNDICE C – Roteiro Temático de Entrevista



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Pesquisa: A representação social dos princípios organizativos do SUS pelos seus usuários.

ROTEIRO TEMÁTICO DE ENTREVISTA

I. REPRESENTAÇÃO SUS – conceitos, conhecimentos, imagem

O que é o SUS para você? Você sabe quando o SUS foi implantado? Você já ouviu falar das leis do SUS? O que você conhece dessas leis? Elas são cumpridas?

II. AÇÕES DO SUS/ OFERTA DE SERVIÇOS E ATENDIMENTO

Há quanto tempo usa este serviço? Quais serviços do SUS você conhece? Como era o atendimento quando você chegou pela primeira vez neste serviço? E agora, como é?

III. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE/ESTRUTURA

Como você vê a organização do SUS no Rio? Existe alguma relação entre os serviços? Existem encaminhamentos entre os serviços de saúde do governo? Esses encaminhamentos funcionam? E entre os serviços públicos e pagos?

IV. PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS

A população participa de alguma decisão aqui neste serviço? E em outros serviços de saúde do governo? Como ocorre essa participação? Ela melhora o serviço prestado?

V. DIREITO À SAÚDE

“A saúde é uma obrigação do Estado”. O que você acha dessa afirmação?

“O SUS é um direito de todas as pessoas, as que trabalham e as que não trabalham”. O que você acha dessa afirmação?

Quais eram os seus direitos no tempo do INPS? E agora?

VI. DEMANDA/NECESSIDADES/ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES

Em que situações você procura os serviços de saúde? O que você espera encontrar?

Quando você precisa de um atendimento ou exame, você encontra no SUS? E no tempo do INAMPS, você encontrava? É assim para todas as pessoas?

O FUNCIONAMENTO DO SUS E AS MEMÓRIAS DO INPS

Vamos agora comparar o que acontecia no tempo do INPS e hoje, depois do SUS:

- Conseguir remédios e exames
- facilidade do atendimento (acesso)

- resultado do atendimento (qualidade e efetividade)
- materiais utilizados nos hospitais
- dinheiro disponível para a saúde
- ambiente de atendimento (salas, limpeza, ordem)
- os profissionais de saúde (quantidade, preparação)
- tratamento das pessoas pelos profissionais
- o resultado do atendimento

VIII. PERFIL DOS USUÁRIOS

Como são as pessoas que usam os serviços de saúde do governo hoje? E as que usavam no tempo do INPS? São as mesmas ou mudaram? (mais pobres, mais ricas; mais doentes, menos doentes; cobram mais ou menos)

IX. AVALIAÇÃO DO SUS

Qual a nota que você daria ao SUS ? E para o INPS? (de 1 a 10)

O que você acha que deveria ser feito para melhorar o atendimento de saúde no Rio de Janeiro?

APÊNDICE D – Quadro Demonstrativo da Construção de Categorias¹

Identificação da Pesquisa: A Representação Social dos princípios do SUS pelos seus usuários

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total ENTRE V	CATEGORIA	Total UR	%
01	ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE	142	34	DIREITO À SAÚDE E UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO	1.667	53,98%
03	DIFICULDADE DE ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	330	36			
06	ACESSO DIFERENCIADO DEVIDO AO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS	96	18			
08	RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE E REPONSABILIDADE DO ESTADO	104	34			
010	UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO	166	36			
12	NÃO ACESSO AOS REMÉDIOS MAIS CAROS	30	08			
13	GOVERNO FORNECE A CONSULTA, MAS NÃO O REMÉDIO	10	06			
14	ACESSO À MEDICAÇÃO ATRAVÉS DO SUS	54	18			

¹ Modelo elaborado pela Prof^ª. Denize Cristina de Oliveira, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e de Pós-Graduação em Psicologia Social/UERJ.

15	SORTE PARA CONSEGUIR ATENDIMENTO	26	14	DIREITO À SAÚDE E UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO	1.667	53,98%
17	SUS NÃO SUPORTA A DEMANDA DE ATENDIMENTO	72	24			
19	DIFÍCIL CONSEGUIR REMÉDIOS EXAMES NO SUS	198	32			
35	O ESTADO NÃO CUMPRE SUA RESPONSABILIDADE DE GARANTIR O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO	36	18			
39	PARA SER ATENDIDO RÁPIDO NO SUS, PRECISA TER O CARTÃO DO LUGAR	20	10			
40	O SUS DEVERIA SER SÓ PARA QUEM NÃO TEM CONDIÇÕES FINANCEIRAS	145	55			
50	NÃO DÁ PARA DEPENDER DO SUS	33	32			
55	MESMO PAGANDO PLANO DE SAÚDE, VOCÊ É LEVADO PARA HOSPITAL PÚBLICO EM CASO DE ACIDENTE	16	05			
59	A SAÚDE É UMA OBRIGAÇÃO DE TODOS	45	44			
65	PARA UTILIZAR OS SERVIÇOS DO SUS, DEPENDE DA SUA LIBERAÇÃO	24	05			
66	TUDO DEPENDE DO SUS	24	10			
67	TEM SERVIÇOS QUE O SUS NÃO PAGA	25	11			
69	A BUROCRACIA NO SUS É UM ENTRAVE	18	10			
74	PARA ADQUIRIR REMÉDIOS, O USUÁRIO TEM QUE COMPRAR	08	04			
77	PRIORIZAR ATENDIMENTO AOS IDOSOS	05	05			

85	DESCONHECIMENTO DA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO	14	06			
86	ACESSO AO SUS NÃO É UNIVERSAL	26	15	DIREITO À SAÚDE E UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO	1.667	53,98%
05	SISTEMA DE REFERÊNCIA FUNCIONA	138	32	HIERARQUIZAÇÃO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA	584	18,91%
11	NÃO APROPRIAÇÃO DO SENTIDO DA HIERARQUIZAÇÃO	18	10			
16	SISTEMA DE REFERÊNCIA NÃO FUNCIONA	92	28			
31	RELAÇÃO ENTRE O SISTEMA PÚBLICO E O PRIVADO	21	15			
41	NÃO EXISTE ENCAMINHAMENTO DO PÚBLICO PARA O PRIVADO	154	81			
46	ENCAMINHAMENTO DO PÚBLICO PARA O PRIVADO	50	27			
47	NÃO SABE SE EXISTE ENCAMINHAMENTO DO PÚBLICO PARA O PRIVADO	24	15			
48	SUS PAGA PARA FAZER EXAMES NO PARTICULAR	55	40			
54	O SUS NÃO FUNCIONA SEM ENCAMINHAMENTOS	22	14			
56	PLANO DE SAÚDE NÃO PAGA PARA HOSPITAL PÚBLICO	10	06			
04	SUS É PARA POBRE	16	10	IMAGENS DO SUS	487	15,78%
09	SUS HORRÍVEL	20	08			
20	SUS ESTÁ MELHOR HOJE	05	05			

21	SUS É UM SISTEMA DE SAÚDE	14	08			
22	O SUS É RAZOÁVEL	24	14			
23	O SUS FAZ TRATAMENTO	06	04			
24	O SUS É EXCELENTE	22	14			
29	O SUS AJUDA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO	24	04			
30	O SUS É ANTIGO	10	05			
36	O SUS É INDIFERENTE	16	08			
37	SUS É ATENDIMENTO	12	08			
38	SUS É SAÚDE	05	05			
42	O SUS É RUIM	12	06			
43	O SUS NÃO É TÃO RUIM	06	06	IMAGENS DO SUS	487	15,78%
45	SUS É BOM	12	08			
49	SUS É DIFÍCIL	08	04			
51	SUS É ABANDONADO	07	03			
53	SUS É TUDO	12	04			
60	O SUS TEM FALHAS	08	08			
61	O SUS É BONITO	10	10			
62	O SUS É INTELIGENTE	13	11			
63	O SUS É MAL EXECUTADO	06	03			
64	O SUS PODE SER MAIS EFICIENTE	12	05			
68	O SUS TEM DIFICULDADES	32	08			

71	O SUS É MARAVILHOSO	15	15	IMAGENS DO SUS	487	15,78%
72	O SUS É UMA TENTATIVA DE MELHORA NA SAÚDE	16	07			
73	O SUS É UM PALIATIVO	16	05			
75	O SUS NÃO É DE GRAÇA	08	04			
78	O SUS É MUITO BOM	15	06			
79	MEDO DO SUS	26	07			
80	O SUS É MUITO MELHOR	16	10			
81	O SUS É SUPER IMPORTANTE	27	09			
82	O SUS É DESGRAÇA	15	06			
83	O SUS É PÉSSIMO	21	09			
07	DESCONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO	22	14	PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	317	10,26%
18	NÃO TEM PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO	98	28			
25	PARTICIPAÇÃO POPULAR RESTRITA	06	04			
26	SE HÁ PARTICIPAÇÃO, HÁ MELHORIAS	76	30			
27	TEM LUGAR QUE TEM PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO	08	04			
28	ARTICULAÇÃO ENTRE SEGMENTOS DA SOCIEDADE PARA RESOLVER PROBLEMAS	12	04			
32	DESINTERESSE DA POPULAÇÃO EM ATUAR EM PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO NO SUS	08	04			
33	POUCA PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO A NÃO SER POR INTERESSE POLÍTICO E FINANCEIRO	06	03			

34	EXISTE PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO	12	12			
52	DEVERIA HAVER MAIS PARTICIPAÇÃO DO GOVERNO NO SUS	24	10			
57	PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NÃO INFLUI SOBRE DECISÕES HIERÁRQUICAS	06	04	PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	317	10,26%
58	PARA HAVER PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO TEM QUE SER ALGUÉM QUE UTILIZE O SUS	12	06			
70	PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NÃO INFLUENCIA NAS MELHORIAS	06	03			
76	A POPULAÇÃO TEM QUE PARTICIPAR MAIS	08	04			
84	NÃO SABE SE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS MELHORARIA SUAS CONDIÇÕES	13	10			
02	INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA	08	06			
44	NÃO TEM CONTINUIDADE NO ATENDIMENTO	25	10	PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE	33	1,07%