

O ACESSO UNIVERSAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS

Denize Cristina de Oliveira*
Antonio Marcos Tosoli Gomes**
Thelma Spindola***
Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio****
Eduardo Pereira Paschoal*****
Juliana Pereira Domingues*****

RESUMO

Objetivo: Analisar o acesso universal à saúde a partir das representações sociais dos usuários acerca do Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Método:** Estudo com abordagem quanti-qualitativa, pautado na Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual. A coleta de dados foi realizada em 2010, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados com auxílio do *software* Alceste 4.7. **Resultados:** Participaram 104 usuários do sistema de saúde, sendo a maioria mulheres, renda de até um salário mínimo e residentes no município do Rio de Janeiro. Foram evidenciados na análise lexical, dois conjuntos textuais: “O processo de avaliação do sistema de saúde: a experiência dos usuários” e “O sistema de Saúde: estrutura e finalidade”. **Conclusão:** Os usuários dos serviços de saúde vêm acumulando a experiência de um sistema em permanente construção que carece, em algumas situações, de insumos e ações essenciais, rotineiras e básicas, mas que efetiva a universalidade perpassando classes sociais e distintos níveis de complexidades de assistência.

Palavras-chave: Acesso universal aos serviços de saúde. Cobertura universal. Sistema único de saúde. Enfermagem em saúde comunitária.

INTRODUÇÃO

Considera-se a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira de 1988 como um marco da noção de saúde, visto que incorpora o acesso à saúde como direito universal e sua garantia como dever do Estado, por meio de políticas econômicas e sociais direcionadas à redução de riscos de doenças e de outros agravos e a oferta de condições para o acesso universal e igualitário aos serviços e ações para promoção, proteção e recuperação⁽¹⁾. A cobertura universal de saúde fundamenta-se nos princípios da integralidade, equidade, universalidade e participação social e tem como objetivo assegurar uma atenção universal e abrangente, curativa e preventiva, por meio da prestação e gestão descentralizadas de serviços de saúde, favorecendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo⁽²⁾.

Considerando as diferenças regionais do Brasil, historicamente a construção do sistema

flexibilizou as diferenças que marcam a nação e a construção de novas relações pautadas na cidadania e na dignidade humana. A posição de vanguarda do Brasil repercutiu no contexto internacional, com a aprovação de uma resolução pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definindo estratégias para o acesso universal à saúde⁽³⁾, propondo a melhoria na capacitação de recursos humanos em nível primário; consolidação das equipes multiprofissionais e colaborativas de saúde; garantia do acesso dessas equipes às informações de saúde e introdução de novos perfis profissionais e técnicos em função do modelo de atendimento integral, referendando os princípios balizadores do sistema brasileiro⁽⁴⁾.

No contexto nacional, diante de um cenário de crise econômica e de transformações demográficas, sociais e políticas, novas demandas de saúde foram colocadas para o sistema. Essas novas demandas caracterizam-se pela universalização da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, contemplando o acesso universal aos antirretrovirais, tratamento

*Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dcouej@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0630-0936.

**Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mtosoli@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-4235-9647.

***Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: tpsindolauej@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-1785-5828.

****Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. E-mail: pollymantelo@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6597-432X.

*****Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Professor das Faculdades Integradas Aparício Carvalho, Porto Velho, RO, Brasil. E-mail: eduardoppaschoal@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-0541-2584.

*****Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: pdominquesjuliana@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0966-4992.

do câncer, transplantes de órgãos, entre outros. No entanto, paralelamente a esse avanço na cobertura das necessidades de saúde, observa-se um espaço de contradições, evidenciados pelas dificuldades de acesso aos diferentes serviços, as frequentes faltas de acesso aos medicamentos, os longos períodos de espera para atendimentos e conflitos entre profissionais e usuários⁽⁵⁾. Associa-se a esse quadro, transformações sociais que interferem fortemente em sua gênese, tais como a exploração dos recursos naturais e humanos, a falta de confiança na política nacional, a crescente pauperização da população, o desemprego e a fragilização das relações de trabalho que se apresentam como inviabilizadoras de um crescimento sustentável⁽⁶⁾.

As contradições do SUS não são exclusivas e nem setoriais, são vividas por profissionais e usuários no seu processo de trabalho, nascer, viver, adoecer e morrer. Nesse contexto, esses grupos sociais vão atribuindo ao sistema sentidos em função do que sabem, das experiências que tiveram e da posição social que ocupam. Assim, entender esses sentidos coloca-se como um ato de perscrutar as construções psicológicas em contexto social visando compreender como o SUS foi introduzido no cotidiano dos usuários e trabalhadores de saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

O estudo das representações sociais coloca-se como alternativa de produção de conhecimento no campo da saúde devido à importância dos fenômenos de saúde-doença para a vida social e a potencialidade de elucidação dos processos cognitivos e das interações sociais na definição das práticas por meio da teoria⁽⁹⁾. No campo da análise das representações sociais dos sistemas de saúde, destacam-se trabalhos dedicados à análise da judicialização da atenção à saúde⁽⁹⁾, a explicitação dos princípios do SUS retraduzidos nas representações de profissionais⁽⁵⁾, a análise da humanização das práticas de cuidado, entre outros, mostrando a importância do uso da Teoria das Representações Sociais (TRS) nesse campo de estudos.

Neste estudo, desenvolve-se a hipótese da existência de uma precedência de representações determinando a formação das práticas de acesso e de atenção à saúde. As práticas fundamentadas no acesso universal aos serviços de saúde e na

equidade da atenção foram se moldando às representações pré-existentes do SUS, conforme a construção histórica, a partir dos princípios organizativos e filosóficos definidos para o sistema⁽¹⁰⁾.

Este estudo situa-se na busca de constatação empírica da existência de uma representação social do SUS, que traz consequências para as práticas de acesso aos cuidados de saúde, além disso, ressalta-se a importância social e política da defesa do SUS na discussão da existência de um sistema universal como base do acesso à saúde no Brasil⁽⁸⁾. Considerando as dimensões simbólicas associadas ao sistema de saúde, especialmente ponderando que pensamento e ação estabelecem importantes relações, o objetivo foi analisar o acesso universal à saúde a partir das representações sociais dos usuários acerca do Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro, Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto integrado de pesquisa intitulado “As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições, dos Profissionais e dos Usuários na Cidade do Rio de Janeiro”. Trata-se de estudo orientado pela Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual⁽¹¹⁾, que direciona a descrição dos conteúdos representacionais dos fenômenos analisados e suas dimensões, considerando os suportes pelos quais as representações são veiculadas na vida cotidiana. Tais suportes são baseados nos discursos individuais e de grupos que mantêm as representações e definem os comportamentos e práticas sociais. A teoria considera as representações sociais como ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real, construída no âmbito da psicologia social e largamente apropriada pela ciência da enfermagem. Ressalta-se que uma representação é constituída de um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes sobre um dado objeto social, organizado e estruturado em um sistema sociocognitivo⁽¹⁰⁾.

Estudo quanti-qualitativo que envolveu cinco instituições de saúde do município do Rio de Janeiro, Brasil, obedecendo aos critérios de

inclusão: fácil acesso à população; atendimento aos usuários de diversas localidades do município e do estado; variadas inserções sociais; grande número de atendimentos; e oferta de serviços nos diversos níveis de assistência e complexidade do sistema. Foram estudados um hospital federal, um estadual, um municipal, um filantrópico conveniado ao SUS e uma unidade básica de saúde, buscando contemplar todos os níveis de atenção envolvidos pelo SUS.

A amostra de conveniência foi composta por 104 usuários, distribuídos proporcionalmente entre os cinco serviços, internados em enfermarias nas unidades hospitalares ou que se dirigiam a consultas na unidade básica de saúde. Os critérios de inclusão dos usuários foram: estar em processo de atendimento no campo escolhido, sendo, portanto, usuário da instituição de estudo e faixa etária a partir dos 40 anos, considerada como período crítico para a constituição da memória⁽¹²⁾ e de forma a terem experiências como usuários dos serviços de saúde antes de 1990. Os critérios de exclusão foram: estar em atendimento nos setores de emergência, maternidade, pediatria e clínica cirúrgica, bem como os usuários com dificuldades intelectuais.

As informações foram coletadas em 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas, e um questionário de identificação. Foram contemplados no roteiro de entrevista tópicos sobre percepções, conceitos e imagens do SUS, funções do SUS, julgamentos sobre as práticas do sistema, serviços existentes e utilizados no SUS, estrutura e funcionamento do SUS, princípios orientadores do SUS.

A análise do *corpus* discursivo foi realizada por meio da técnica de análise lexical hierárquica descendente, com o uso do *software* Alceste 4.7. O *software* identifica os grandes eixos temáticos tratados pelos entrevistados e permite uma descrição dos conteúdos discursivos expressos, evidenciando as dimensões e os conteúdos participantes da representação social do SUS. Essa análise destaca as palavras características de cada classe (categoria), a relação entre as classes e o contexto discursivo das palavras. O *software* utiliza estatística textual, considerando a co-ocorrência de palavras ditas funcionais (substantivos, adjetivos, verbos) em um mesmo enunciado⁽¹³⁾.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Os usuários participantes eram: 76% mulheres e 24% homens; 53% com idades entre 40 e 50 anos, 32% entre 50 e 60 anos, e 15% com mais de 60anos; 58% com renda pessoal abaixo de um salário mínimo, 30% entre dois e três salários e 12% acima de três salários mínimos; 72% residiam no município do Rio de Janeiro e 28% em outros municípios. Os conteúdos representacionais construídos pelos usuários estão apresentados em duas temáticas: “O processo de avaliação do sistema de saúde: a experiência dos usuários” e “O sistema de saúde: estrutura e finalidade”. Estes blocos abarcam 3.208 unidades de contexto elementar (UCE) recortadas pelo *software*.

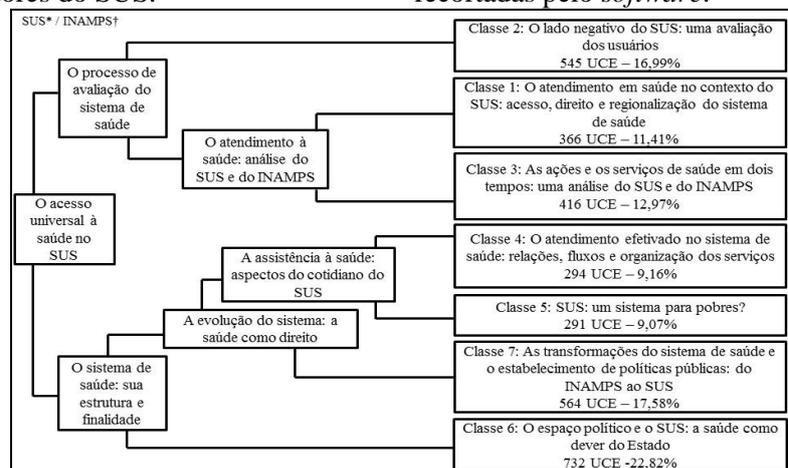


Figura 1. Classificação dos conteúdos discursivos de usuários do SUS. Rio de Janeiro, 2015.

Conforme a Figura 1, estes recortes estão distribuídos em sete classes (categorias), que apresentam proximidade ou oposição de conteúdo, de acordo com sua posição na divisão hierárquica do texto e das relações estabelecidas.

Temática I – O processo de avaliação do sistema de saúde: a experiência dos usuários

Este bloco corresponde a 41,37% (1.327 UCE) do *corpus* analisado e engloba três classes lexicais: Classe 1 – O atendimento em saúde no contexto do SUS: acesso, direito e regionalização do sistema de saúde (11,41%,

366 UCE); Classe 2 – O lado negativo do SUS: uma avaliação dos usuários (16,99%, 545 UCE); Classe 3 – As ações e os serviços de saúde em dois tempos: uma análise do SUS e do INAMPS (12,97%, 416 UCE), conforme Figura 2.

Evidenciam-se conteúdos discursivos avaliativos com conotação negativa dos serviços públicos de saúde, apontando para um cenário de negligências e carência de recursos, que impossibilita o acesso e a resolutividade das demandas trazidas pela população, o que pode se repercutir no agravamento dos quadros de morbidade dos usuários.

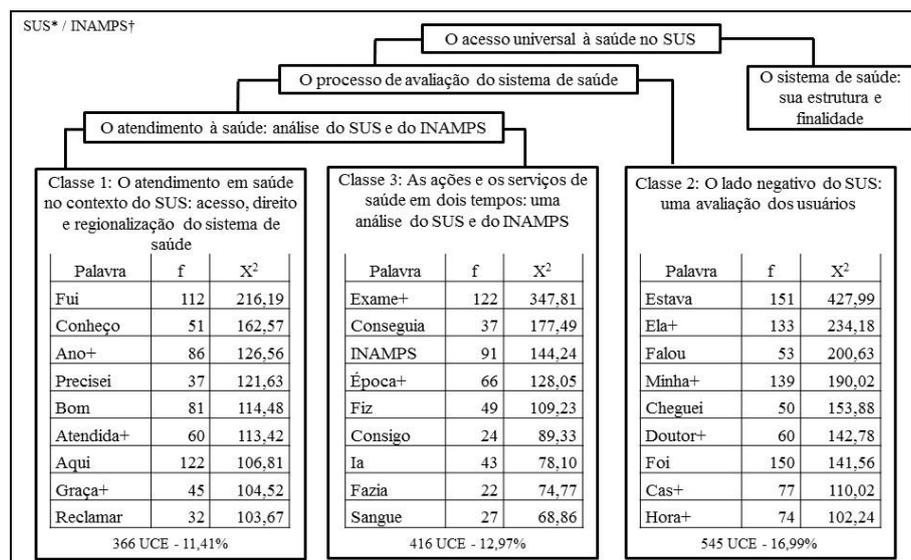


Figura 2. Classificação dos conteúdos discursivos, Bloco Temático I. Rio de Janeiro, 2015.

Ainda, entre os elementos avaliados negativamente está a necessidade de recorrer às unidades de saúde distantes da moradia, bem como implicações e dificuldades para os usuários e suas famílias, apontando o sucesso relativo do princípio de regionalização da assistência.

Meu pai mesmo quando foi atropelado ficou dois dias em uma maca na emergência, no chão primeiro, depois arrumou uma maca, foi lá na vinte um de abril, Hospital [refere-se a um hospital municipal de emergência, no centro da cidade], depois ele veio a falecer, mas eu sei que é generalizado, chega perna amputada. (E25)

A gente saía de casa quatro, três e meia da manhã, não tinha ônibus, ficava esperando ônibus na rua para chegar na Tijuca para operar o meu filho no hospital. (E78)

Os conteúdos avaliativos resultam das experiências dos usuários, presentes ou passadas, com as unidades públicas de saúde, que também são avaliadas positivamente, a partir do reconhecimento de que o acesso aos atendimentos é geralmente alcançado, mesmo com dificuldades.

Para mim, o SUS é tudo, porque não sei o que seria de mim se não fosse ele. Desde que eu me casei, eu e meus filhos sempre nos tratamos pelo SUS, nunca tivemos plano de saúde. (E23)

Não tenho o que dizer deste posto de saúde, para mim é ótimo. Este posto de saúde é para tudo, eu gosto dele. Tem mais de dez anos que me trato aqui, tenho até carteirinha, está tudo aqui, agora mesmo fui fazer o cadastramento. (E84)

Além do próprio sistema de saúde, os atendimentos também são avaliados a partir das

experiências dos usuários, em aspectos negativos e positivos. Entre os negativos e que dificultam o acesso destacam-se a interferência de profissionais e de terceiros na facilitação do acesso ao atendimento a poucos, interferindo no princípio de equidade, e as filas para atendimento objetivadas de forma imagética como inerentes aos serviços públicos:

Às vezes, as pessoas que têm mais condições são melhor atendidas do que as pessoas que realmente necessitam. Porque tem aquele [profissional] que diz: vai esse paciente assim e assim e é a pessoa que não precisa. (E45)

Ter atendimento, às vezes, você pode morrer até com atendimento, mas sem atendimento é pior. Espero encontrar bom atendimento. Nós temos saído sempre cedo, toda vez que vamos ao hospital para qualquer serviço de saúde vamos cedo, porque tem fila e tem que esperar. (E24)

A faceta dos recursos humanos implicados no SUS também é objeto de preocupação dos usuários, destacando a necessidade de uma melhor remuneração para os profissionais, baseando-se no pressuposto de que esta traria melhoria da qualidade do atendimento. A comunicação apresenta-se como fundamental para o processo de atendimento, contudo, os usuários se deparam com profissionais pouco empáticos e constroem um sistema explicativo para tal comportamento:

Você é um profissional... é da área da enfermagem, é enfermeira, é médico e não ganha seu salário, como é que vai atender bem o outro? Tem que ter o seu dinheiro, se não tiver o seu dinheiro não vai trabalhar bem para ninguém... Você também é empregada. Então, não vai me tratar bem se não está recebendo, vai fazer que nem muitos: vai fazer greve e não quer nem saber. (E93)

Então, conversar mais com as pessoas, com a população, procurar sentir o que realmente necessitam, é o que pode ser feito, vai melhorar cada vez mais. (E44)

No interior das instituições, a avaliação desdobra-se nas relações humanas entre os pacientes, os familiares, os profissionais e a instituição. Esse relacionamento pode se apresentar positivo ou conflituoso, na dependência das situações enfrentadas no cotidiano, bem como dos significados atribuídos às mesmas. O processo de referência e

contrarreferência coloca-se no centro dessas relações.

Ele tinha um conhecido que me mandou para a oitava enfermagem, fizeram um exame e mandaram que fosse para o Hospital [X]. E, neste hospital, quando subi as escadas gritando de tanta dor, me trataram bem, foi ótimo. Só fiquei chateada porque não queria fazer a safena e ela insistiu, insistiu e falou com o meu filho para ele assinar. (E95)

Conforme apontado nas classes que compõem essa temática, destacam-se conteúdos relativos ao acesso, direito e regionalização do sistema de saúde, a avaliação negativa do SUS e aos serviços de saúde anteriores, institucionalizados no INAMPS. A última classe, comparando o SUS e o INAMPS, revelou um processo de idealização do passado, característico da formação da memória social, em que passado se sobrepõe ao presente nos aspectos positivos.

Temática II—O sistema de saúde: estrutura e finalidade

Abarcando 58,63% (1.881 UCE) do *corpus*, este bloco engloba: Classe 4— O atendimento efetivado no sistema de saúde: relações, fluxos e organização dos serviços (9,16%, 294 UCE); Classe 5— SUS: um sistema para pobres? (9,07%, 291 UCE); Classe 6 — O espaço político e o SUS: a saúde como dever do Estado (22,82%, 732 UCE); Classe 7 — As transformações do sistema de saúde e o estabelecimento de políticas públicas: do INAMPS ao SUS (17,58%, 564 UCE), conforme Figura 3.

Os diferentes papéis desempenhados pelas esferas federal, estadual e municipal no setor saúde e o abandono de uma postura de submissão dos usuários nas questões que dizem respeito às decisões públicas da saúde são destacados pelos usuários. O conhecimento do processo de municipalização como base do sistema, bem como da responsabilidade imputada aos governantes de fazer bom uso dos recursos financeiros para “beneficiar o povo” são destacadas no reconhecimento da saúde como dever do Estado.

O SUS é um sistema de saúde unificado e depende muito da estrutura que cada município

dispõe, e qual é o compromisso do prefeito em receber essa verba e saber administrar para que venha beneficiar o povo daquele município. (E53)

O Ministério da Saúde, hoje, ou a Secretaria Municipal de Saúde, ou a Secretaria Estadual de Saúde, todos os órgãos, municipal, estadual e federal ligados à saúde, na verdade hoje [o SUS] é o verdadeiro banco do governo. (E74)

A oferta de ações e serviços de saúde é reconhecida como um dever do Estado frente à arrecadação de impostos. E, uma vez que os recursos investidos não resultam em qualidade dos serviços, o SUS é novamente avaliado:

Concordo que a saúde é um dever do Estado, porque nós pagamos impostos e temos este direito, é o dever deles cumprir. (E12)

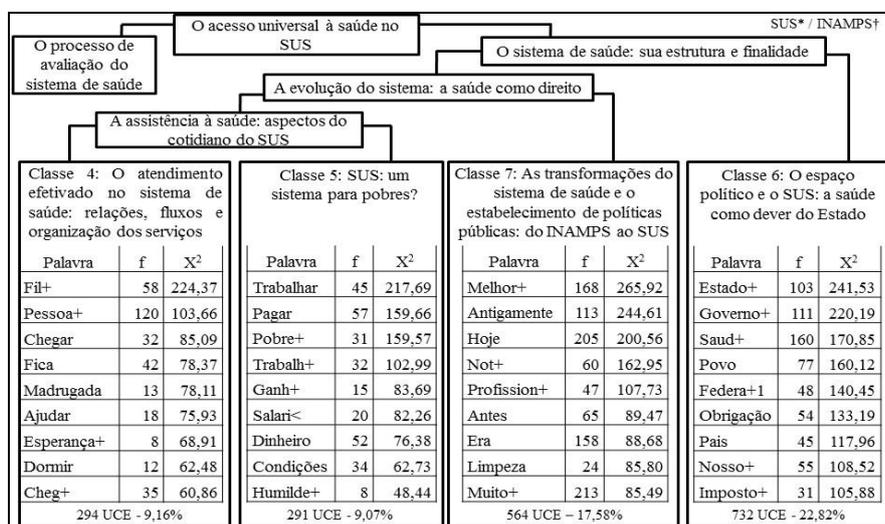


Figura 3. Classificação dos conteúdos discursivos, Bloco Temático II. Rio de Janeiro, 2015.

A regionalização do sistema e a contrarreferência são associados ao processo de atendimento. Considera-se que a contrarreferência objetiva que o sistema seja ajustado às necessidades dos usuários, no entanto, nem sempre o serviço referenciado oferece o atendimento necessário, levando as unidades privadas à assunção de papel complementar na efetivação da assistência pública:

Você mora aonde? A pessoa mora em tal lugar, então vou te dar um encaminhamento para aquele posto de saúde que tem perto da sua casa. Aí, você não vem de tão longe para ser atendida aqui, porque pode não ter dinheiro para pagar passagem e fica assim, bom encaminhamento tendo o encaminhamento é melhor, agora vai depender se vai chegar naquela pessoa, e a pessoa vai ser atendida. (E74)

Existe encaminhamento, como por exemplo, daqui encaminha para um certo lugar, você vai, e às vezes, lá não tem o que pede. Por exemplo, se consultar com um médico que não tem, então eles mandam para outro hospital e fica nesse jogo de empurra. (E19)

Ao abordar comparativamente a assistência prestada no SUS e no INAMPS, os usuários colocam como itens avaliativos a limpeza do ambiente, o atendimento dos profissionais, os recursos materiais, financeiros e humanos, a realização de exames e o acesso aos serviços. A existência quantitativa de recursos financeiros, materiais e humanos, é percebida como importante para a implementação e qualidade do atendimento. A necessidade de maior integração entre os serviços é destacada pelos usuários.

A limpeza está melhor agora, porque antigamente era mais precária a limpeza, as salas melhoraram em comparação de antigamente, melhorou. Hoje as pessoas atendem bem melhor e com mais carinho, antigamente as pessoas eram mais grossas com os pacientes. (E18)

Falta muita coisa, como verbas, recursos humanos e materiais que são importantes para atender melhor a população, porque a população é muito carente. Acho que, na medida do possível, os serviços deveriam ser mais integrados, essa integração ainda é muito falha. (E17)

No que se refere ao acesso à realização de exames, medicamentos e hospitalização, hoje e no passado, os usuários pesquisados atribuem ao SUS menor dificuldade de acesso quando comparado ao sistema anterior. Todavia, a complexidade do exame e o tempo demandado para o acesso aos serviços também consistem em elementos de comparação entre o contexto atual de saúde e o período de vigência do INAMPS:

Então fazia um exame e não podia fazer o outro porque a aparelhagem estava quebrada, raios-X para encontrar em um hospital na época do INAMPS era maior dificuldade. (E83)

Exame de laboratório e raios-X é coisa simples e é mais fácil de conseguir agora, mas para um exame mais apurado a dificuldade continua a mesma. (E47)

No que tange ao público ao qual o SUS se destina, os usuários apontam para o grupo social de baixa renda e que não pode custear a assistência à saúde, parece ser representado como um “sistema para pobres”, o que, em certa medida, resgata a não universalidade do acesso, característica do sistema de saúde anterior, e o mescla com o atual, estabelecendo uma separação entre pobres e ricos:

Hoje, por exemplo, há certa dificuldade no atendimento, porque eu imagino o SUS como um órgão para classe pobre, que trabalha, que ganha um salário mínimo, e que não tem condições de pagar um plano de saúde. (E04)

Então, vem usar o SUS, porque vai sobrar mais dinheiro, não vai precisar pagar o plano de saúde e sobra mais. O meu é pouco, tenho mesmo que procurar o SUS, mas tem pessoas que procuram o SUS e não têm tanta necessidade, atrapalham os que precisam. (E32)

Conforme apontado na nomeação das classes que compõem essa temática, destacam-se as relações, fluxos e organização dos serviços; a finalidade social do SUS; o reconhecimento da saúde como dever do Estado; e o estabelecimento de políticas públicas ao longo do tempo.

DISCUSSÃO

A orientação da discursividade dos usuários tem por base estrutural um quadro de esgotamento do sistema de assistência à saúde,

diante do aprofundamento das desigualdades sociais e regionais. Destaca-se que esse quadro não pode ser desconsiderado, visto que expressa a base social sobre a qual as representações se constroem; além disso, coloca em risco o direito à saúde e o fortalecimento do sistema. Por outro lado, tais problemas apresentados são problemas comuns em países que enfrentam uma profunda desigualdade social e não apenas do Brasil⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Os dois eixos temáticos orientadores dos discursos analisados expressam representações diferentes sobre o SUS, também, revelam problemas organizacionais do sistema, que se refletem no cotidiano da utilização dos serviços de saúde. Nas representações dos usuários observa-se a referência ao SUS como um sistema de saúde para todos^(7,16), porém, destinado aos pobres, revelando uma contradição não apenas do sistema, mas também das próprias construções simbólicas dos usuários. Destaca-se que um sistema de saúde universal pode ser concebido pelos usuários como um sistema destinado aos pobres, ao qual se recorre por ser a única alternativa para aqueles que não têm recursos financeiros para outras formas de acesso. Todavia, a cobertura universal deve ter como premissa diminuir as desigualdades sociais, garantindo a utilização dos serviços de saúde por todas as camadas sociais, conforme prevê a normativa constitucional^(8,14,17-19).

As fragilidades do processo descentralização e regionalização do SUS comprometem o acesso e a continuidade da assistência, levando o usuário a busca múltipla de serviços para a resolutividade de suas demandas⁽²⁰⁾. Destarte, verifica-se que a estratégia de descentralização ocorreu através da legitimação da autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde, transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos financeiros de forma verticalizada, da União para os Estados e destes para os municípios, que assumiram uma ampla atuação no campo da saúde. No entanto, a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS vem comprometendo sua adequação às múltiplas realidades brasileiras, de forma que, ainda hoje, perpetuam-se problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso de ações e serviços, à fragmentação e à desorganização dos serviços, observadas pelos usuários na sua

experiência cotidiana⁽²¹⁻²²⁾. Aponta-se, assim, que a regionalização precisa ser assumida como um projeto de governo, que não se limite apenas a uma divisão territorial⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

O sistema de saúde e o atendimento oferecido pelos serviços são avaliados tanto positivamente, quanto negativamente pelos usuários, dependendo das suas diferentes experiências com o sistema e, ainda, pelo reconhecimento do sucesso ou insucesso no acesso às internações, cirurgias e medicamentos. Entretanto, tal acesso apresenta fragilidades expressas na necessidade de busca de serviços distantes da moradia, o que implica em disponibilidade financeira do usuário, impedindo, por vezes, o exercício pleno do direito de acesso aos serviços segundo suas necessidades^(6,8). A conformação de atitudes frente ao SUS nos conteúdos representacionais, se estabelece a partir da comparação entre o período de vigência do SUS com o do INAMPS, relacionados ao acesso a medicamentos, exames e ao tempo para a sua realização, que conferem uma visão positiva ao SUS, sinalizada por uma maior acessibilidade.

Os usuários destacam que as dificuldades encontradas se relacionam também, com o estado de conservação dos serviços de saúde e à falta de recursos materiais e humanos. Tantas faltas, falhas e dificuldades, configuram-se como barreiras para prestação de um serviço que pode ou não se realizar pela incapacidade de alcançar o cuidado desejado⁽⁸⁾, corroborando assim, para que o acesso à saúde não se concretize como garantia. Isto se reflete na construção psicossocial do acesso entre os usuários, vista como possibilidade, mas não garantia, e definida, comumente, como uma “questão de sorte”.

A relação profissional-usuário, essencial para a efetivação do SUS e para o acesso aos serviços, talvez seja o maior desafio, considerando a apatia de profissionais, hostis por vezes e acolhedores em outros momentos⁽⁶⁾. A experiência brasileira mostra que não basta criar uma legislação competente e justa no campo da saúde, mas é preciso investir em mecanismos formais de efetivação desta nova ordem social e política e, sobretudo, na construção representacional e psicossocial, de forma a transformar profissionais e usuários em aliados e construtores de outra realidade. É neste quadro

de dificuldades e faltas, mas também de potencialidades e de encontros, que o profissional de saúde é apontado como alguém capaz de facilitar o acesso dos usuários, às vezes, apenas por indicar ao usuário o melhor caminho, em outras ocasiões por utilizar mecanismos de facilitação, por vezes questionáveis, ferindo o direito de acesso igualitário aos serviços e ações de saúde.

No que se refere aos enfermeiros, estes têm um papel de importância para a consolidação do SUS como um sistema universal, uma vez que deve ter como foco do trabalho a pessoa a ser cuidada⁽⁴⁾. Além disso, são profissionais preparados para responder e gerenciar a saúde no processo vital, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade em áreas mais carentes, sendo essencial o desenvolvimento de políticas que apoiem e valorizem a profissão⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Os usuários do SUS vivenciam a ambivalência própria do sistema de saúde brasileiro, reconhecem a sua importância e as suas potencialidades, entretanto, apontam as dificuldades que se apresentam no cotidiano. A ambivalência se refere as dificuldades gerenciais, de recursos humanos, financeiras, entre outras, que refletem no acesso aos serviços, isto porque, ao mesmo tempo que o sistema se propõe a ser universal, não disponibiliza recursos suficientes para tal; mesmo propondo-se a ser descentralizado, não aloca unidades de saúde quantitativamente suficientes e em diferentes graus de resolutividade em todas as regiões do país. Logo, considera-se que o desafio não é repensar o SUS como sistema, mas a carência de recursos financeiros suficientes e de vontade política que permitam implementá-lo e corrigir suas distorções, além da superação das dificuldades gerenciais nas diferentes regiões do Brasil, dos estados e dos municípios.

Como contribuições, ressalta-se a constatação de um sistema de saúde reconhecido como direito de todos presente nas representações dos usuários, mas que é submetido a crítica, sinalizando a necessidade de adequações das práticas efetivadas pelos serviços e pelos profissionais de saúde, além de maior eficiência gerencial. Destacam-se como

limitações do estudo, a abrangência municipal, o não pareamento do quantitativo de serviços básicos e hospitalares e a extensa produção discursiva, o que impediu uma discussão aprofundada de todos os conteúdos representacionais presentes nos discursos.

FINANCIAMENTO

Projeto “As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições dos Profissionais e dos Usuários na Cidade do Rio de Janeiro”, FAPERJ e CNPq.

UNIVERSAL ACCESS TO HEALTH SERVICES AS PSYCHOSOCIAL CONSTRUCTION OF USERS

ABSTRACT

Objective: To analyze universal access to health from the social representations of users about the Unified Health System, in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Method:** A quantitative-qualitative study, based on the Theory of Social Representations, in its procedural approach. Data collection was performed in 2010, through a semi-structured interview. The data were analyzed using Alceste 4.7 software. **Results:** 104 users of the health system participated, most of them women, income up to a minimum wage and residents from Rio de Janeiro. Two textual sets were evidenced in the lexical analysis: “The process of evaluation of the health system: the experience of users” and “The health system: structure and purpose”. **Conclusion:** Health service users have built the experience of a system in permanent construction that lacks, in some situations, financial resources, basic and essential routinely actions, but that actualize the universality of social classes and different levels of complexities of care.

Keywords: Universal access to health care services. Universal Health Insurance. Unified health system. Community health nursing.

EL ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD COMO CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS

RESUMEN

Objetivo: analizar el acceso universal a la salud a partir de las representaciones sociales de los usuarios acerca del Sistema Único de Salud, en el municipio de Rio de Janeiro, Brasil. **Método:** estudio con abordaje cuanti-cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, en su enfoque procesal. La recolección de datos fue realizada en 2010, por medio de entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados con el auxilio del software Alceste 4.7. **Resultados:** participaron 104 usuarios del sistema de salud, la mayoría mujeres, renta de hasta un salario mínimo y residentes en el municipio de Rio de Janeiro. Fueron evidenciados en el análisis lexical, dos conjuntos textuales: “El proceso de evaluación del sistema de salud: la experiencia de los usuarios” y “El sistema de Salud: estructura y finalidad”. **Conclusión:** Los usuarios de los servicios de salud vienen acumulando la experiencia de un sistema en permanente construcción que carece, en algunas situaciones, de insumos y acciones esenciales, rutinarias y básicas, pero que efectiva la universalidad yendo más allá de clases sociales y distintos niveles de complejidades de atención.

Palabras clave: Acceso universal a los servicios de salud. Cobertura universal. Sistema único de salud. Enfermería en salud comunitaria.

REFERÊNCIAS

1. Noronha JC. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 07 mai 2015]; 29(5):847-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil. The Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 20 ago 2016]; 1:11-31. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil11.pdf.
3. Horton R, Das P. Cobertura universal de salud: no por qué, qué, ni cuándo, sino cómo. *MEDICC Review* [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago 2016]; 17(supl):3-4. Disponible en: www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=436.
4. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America. *The Lancet* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago 2016]; 385(9975): 26-9. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61280-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61280-0).
5. Pontes APM, Oliveira DC, Gomes AMT. The principles of the Brazilian Unified Health System, studied based on similitude analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago 2016]; 22(1). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2925.2395>.
6. Barros FPC. A saúde como direito: o difícil caminho de sua

apropriação pelos cidadãos. In: Santos R. (org). CONASS: para entender a gestão do SUS. Direito à saúde. CONASS; 2015 [acesso em 28 maio 2019]. Disponível em:

https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_11B.pdf.

7. Santo CCE, Gonçalves TC, Oliveira DC, Gomes AMT. Memórias e representações sociais do sistema único de saúde por seus usuários. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 20 ago 2016]; 16(1):96-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100013>.

8. Oliveira DC, Cecilio HPM, Gomes AMT, Marques SC, Spindola T, Pontes APM. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuários. *Cad. Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 03 jun 2019], Rio de Janeiro, 25(4):483-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700040078>.

9. Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso em 03 jun 2019]; 24:e2689. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1012.2689>.

10. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 03 jun 2019]; 24(1):197-206. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100020>.

11. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (org). As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.

12. Sá CP. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. *Psicol. Reflex. Crit* [Internet]. 2007 [acesso em 20 ago 2016]; 20(2):290-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000200015>.

13. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: Menin MSS, Shimizu AM. (Orgs). Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 157-200.

14. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Galvão Cesar CL, Mackenbach JP. Use, access, and equity in health care services in São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 20 mar 2019]; 33(4):e00078015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078015>.

15. Singh A, Chokshi M. Realizing right to health through universal health coverage. *RevDirSanit* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago 2016]; 15(2):13-29. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i2p13-29>.

16. Reigada CLL, Romano VF. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis* [Internet]. 2018 [acesso em 20 ago 2016]; 28:e280316. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280316>.

17. Cassiani SHB, Zug KE. Promoting the advanced nursing practice

role in Latin America. *RevBrasEnferm* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago 2016]; 67(5):675-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>.

18. Los Editores. Experiencias compartidas: acelerando el paso hacia la cobertura universal de salud. *MEDICC Review* [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago 2016]; 17(supl):2. Disponible em: <http://mediccreview.org/experiencias-compartidas-acelerando-el-paso-hacia-la-cobertura-universal-de-salud/>.

19. Etienne CF. Achieving universal health coverage is a moral imperative. *The Lancet* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago 2016]; 385(9975):1271-3. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61679-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61679-2).

20. Costa CFS, Vaghetti HH, Santos SSC, Francioni FF, Kerber NPC. The complexity of the Health Care Network. *CiencCuid Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 02 jun 2017]; 14(4):1609-15. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.27791>.

21. Rizzoto MLF, Campos GWS. The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso em 02 jun 2017]; 25(2):263-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016150960>.

22. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Galvão Cesar CL. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Ver Saúde Publica* [Internet]. 2017 [acesso em 20 mar 2019]; 51(Supl 1):3. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>.

Endereço para correspondência: Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio. Avenida Colombo, 5790, Bloco 01, Sala 17. CEP: 87020-900. Maringá, PR, Brasil. Contato: (44) 99167-6223. E-mail: pollymantelo@gmail.com.

Data de recebimento: 21/03/2019

Data de aprovação: 12/06/2019