

Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde

Memories and social representations of SUS users about the public health systems

Memorias y representaciones sociales de los usuarios del SUS sobre los sistemas públicos de salud

Denize Cristina de Oliveira^I, Celso Pereira de Sá^{II}, Caren Camargo do Espírito Santo^{III},
Thais Carvalho Gonçalves^{IV}, Antonio Marcos Tosoli Gomes^V

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as memórias e as representações dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. É qualitativo, baseado na Teoria das Representações e Memória Sociais. Foram selecionadas 15 entrevistas de usuários da rede hospitalar e 15 da rede básica, localizadas no Rio de Janeiro. Os dados foram coletados em 2005 e 2006, através de entrevistas semi-estruturadas, realizando-se a análise de conteúdo temática. Os usuários possuem memórias do acesso na época do INAMPS relacionadas à carteira profissional assinada. A representação do INAMPS é positiva, ao mesmo tempo em que a representação do SUS está no princípio da universalidade. Destaca-se a utilização do sistema de referência no SUS como um elemento facilitador e a representação negativa do sistema público de saúde. Conclui-se que os aspectos políticos, estruturais e profissionais avaliados negativamente pelos usuários têm sido problemáticos ao longo dos sistemas públicos de saúde.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze memories and representations of the Brazilian Unified Healthcare System users about the public health systems. It has a qualitative approach, based on the Social Memory and Representations Theory. Fifteen interviews from hospital users and 15 from primary healthcare level users were selected. Data was collected in Rio de Janeiro, Brazil, from 2005 to 2006, through semi-structured interviews. Category-based content analysis was performed. Users have memories from INAMPS' times related to registered working papers. The representation of INAMPS is positive, in the same way that the representation of the Unified Healthcare System is focused in the universality principle. It is pointed out that the reference system in practice by the Unified Healthcare System is a facilitative element and also as the negative representation of the public health system. To conclude, the political, structural and professional aspects that were considered negative by users have been problematic through public health systems history.

Descriptors: Unified Health System; Public Health Nursing; Health Systems.

RESUMEN

Este estudio objetivó analizar las memorias y representaciones de los usuarios del SUS sobre los sistemas públicos de salud. Es cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones y Memoria Sociales. Fueron seleccionadas 15 entrevistas de los usuarios de la red hospitalaria y el 15 de la red básica, ubicadas en Rio de Janeiro. Los datos fueron recolectados en 2005 y 2006 por medio de entrevistas semi-estructuradas, realizándose el análisis de contenido temático. Los usuarios tienen memorias sobre el acceso en la época de Inamps relacionadas con la tarjeta profesional firmada. La representación de INAMPS es positiva, y la representación del SUS está en el principio de la universalidad. Destaca el sistema de referencia del SUS como facilitador y la representación negativa del sistema público de salud. Se concluye que los aspectos políticos, estructurales y profesionales evaluados negativamente por los usuarios han sido problemáticos en los sistemas públicos de salud.

Descriptores: Sistema Único de Salud; Enfermería en Salud Pública; Sistemas de Salud.

^I Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com.

^{II} Psicólogo, Doutor em Psicologia, Pública, Professor Titular, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: sa.celso@gmail.com.

^{III} Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: carenzinha10@hotmail.com.

^{IV} Enfermeira, Residente em Hemoterapia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: athais_carvalho@hotmail.com.

^V Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mtosoli@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo apresenta-se como as memórias e as representações sociais dos sistemas públicos de saúde desenvolvidos por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) inserida em duas redes de atenção, a saber, a hospitalar e a básica. Destaca-se que a rede básica prioriza ações voltadas para a prevenção de doenças e proteção e promoção da saúde, tendo como sua principal característica a superação do modelo médico-hospitalar, o qual é voltado para intervenções assistenciais e curativas⁽¹⁾, e a rede hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar.

Um sistema de saúde é um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis por conduzir os processos referentes à saúde de uma população, concretizando-se em organização, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde presente na sociedade. Os principais componentes dos sistemas de saúde são a cobertura, os recursos (humanos, econômicos, materiais, conhecimento) e as organizações, os quais darão funcionamento aos serviços⁽²⁾.

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de essencial para a compreensão das bases do atual sistema público de saúde, o SUS. Portanto, torna-se importante analisar os sistemas de saúde que estiveram presentes na sociedade brasileira, em especial o sistema que antecedeu ao SUS, reconhecendo a influência de seus aspectos sociais, políticos e econômicos na implantação do atual sistema.

O sistema anterior ao SUS, criado em 1977, foi denominado Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) sendo constituído por três institutos, quais sejam, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS). A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo INAMPS, uma vez que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal que tinham a carteira assinada e eram chamados de segurados do INPS. Esses trabalhadores tinham descontos em suas carteiras e seus dependentes direito à assistência e, portanto, a cobertura assistencial não possuía caráter universal. Os trabalhadores informais, ou seja, sem carteira assinada, eram atendidos em hospitais estaduais

e municipais, filantrópicos e universitários, administrados pelo Ministério da Saúde⁽³⁾.

Cabe ressaltar que a política vigente privilegiou a privatização dos serviços, por meio de contratos realizados com os recursos da previdência, além de estimular o desenvolvimento das atividades hospitalares. As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada através de especialidades e sem nenhuma integração.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal que estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, passando a ser entendida como um conjunto de determinantes envolvendo as condições de moradia, transporte, trabalho e lazer, entre outros fatores. Este conceito ampliado de saúde emergiu como resultado de amplas discussões em meio ao movimento da Reforma Sanitária servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes nesta área e culminando na criação do SUS. Este movimento surge na sociedade civil organizada, particularmente a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde, ao afirmar a garantia do direito à saúde como componente da cidadania e indicar um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura no sentido de melhorar a situação de saúde e das condições de vida da população⁽⁴⁻⁵⁾.

O SUS é o atual sistema de saúde brasileiro formado pelo conjunto de todas as 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. Ele é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes que lhe dão funcionamento, incorporando, em sua estrutura organizacional e decisória, espaços e instrumentos para a democratização e o compartilhamento da gestão do sistema de saúde⁽²⁾.

Para entender o impacto do atual sistema na população brasileira, a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD) feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizou uma amostra de 384.834 pessoas no ano de 2003. Alguns dados que se relacionam com a cobertura do SUS no território nacional foram observados e dentre esses, mostram-se: média de consultas per capita no Brasil 2,4, onde 3,4 ocorreram na infância e 4,0 em maiores de 64 anos; os postos e centros de saúde foram os serviços mais procurados, com uma taxa de 52%, seguidos pelos consultórios particulares (18%), ambulatórios hospitalares (17%) e unidades de pronto-socorro (5,8%); o número de consultas no Programa Saúde da Família (PSF) passou de

6.918.985 para 72.834.885 e foram referidas cerca de sete internações por 100 habitantes, em um total de R\$ 12.300.000⁽⁶⁾.

Destaca-se que o SUS é um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a oferecer assistência para a totalidade da população, independente de vínculos empregatícios ou outras contribuições. Dessa forma, traz consigo uma grande mudança: a saúde como direito de todos a ser garantido pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação social. No entanto, mesmo diante de tanta mudança, observam-se muitas deficiências na realidade do sistema e, neste sentido, a mídia ganha papel de destaque na veiculação delas. Muitas representações negativas são construídas a partir não da vivência, mas do que se escuta falar ou se vê na mídia, a qual reproduz um sistema falido, em condições precárias e sem capacidade de atender às demandas da população.

Neste contexto, este estudo justifica-se pela importância de se conhecer como os sistemas de saúde brasileiros, em especial o anterior e o atual, foram e/ou são vivenciados, o que nos dá a oportunidade de visualizar falhas ou sucessos, objetivando, assim, garantir a melhoria das condições de saúde da população. Além disso, os sistemas públicos de saúde são construídos histórica e socialmente, o que torna possível o resgate, através das memórias e representações sociais dos usuários, de experiências, diferenças e similaridades entre os sistemas, considerando-se sua importância para compreensão do SUS.

O estudo torna-se relevante por permitir uma avaliação dos serviços públicos de saúde oferecidos aos usuários a partir de suas vivências. Compreender as percepções, experiências e representações dos usuários é importante por contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, visto que estes estão inseridos no interior do sistema, e assim, sentem o impacto de como as políticas públicas de saúde são implementadas.

Diante disso, traçou-se como objetivo geral analisar o conteúdo das memórias e das representações dos usuários do SUS inseridos nas redes de atenção hospitalar e ambulatorial, acerca dos aspectos organizacionais, estruturais e profissionais dos sistemas públicos brasileiros no que se referem aos serviços de assistência à saúde, com ênfase nos sistemas atual e anterior ao SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa cujos referenciais teórico-metodológicos foram a Teoria das Representações Sociais e a de Memória Social, já que é possível observar a ocorrência de memórias nas representações sociais através da ancoragem das experiências novas em conhecimentos pré-existent⁽⁷⁾. Tratando-se do caráter e do grau de importância política e econômica do SUS é que a Teoria das Representações Sociais é justificada, sendo esta entendida como "uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social"⁽⁸⁾.

Os dados do presente estudo fazem parte do Banco de Dados das pesquisas desenvolvidas sobre as representações e as memórias de profissionais e usuários da cidade do Rio de Janeiro sobre o Sistema Único de Saúde, coletados em 2005 e 2006, de responsabilidade do projeto integrado "Políticas e Práticas de Saúde na Enfermagem: Comparações das Memórias e das Representações dos Usuários e Profissionais de Saúde".

As entrevistas semi-estruturadas foram coletadas em dois cenários: um hospital federal, geral e de grande porte, que presta atendimento em diversas especialidades ambulatoriais e de internação e um centro municipal de saúde, que possui atendimento ambulatorial em diversas especialidades, ambas localizados no município do Rio de Janeiro/RJ. A escolha dos diferentes cenários foi para identificar se há memórias e representações diferentes em cada contexto institucional e nos diferentes níveis de atenção. Estes campos apresentam particularidades relevantes para a sua escolha, que são: terem sido constituídos há mais de 30 anos, de modo a ter construído uma história e uma cultura de prestação de assistência anterior e posterior à implantação do SUS; serem de fácil acesso à população, o que possibilita a procura de usuários de diversas localizações do município e do estado e variadas inserções sociais; possuírem um grande número de atendimentos; e realizarem a execução de serviços nos diversos níveis de assistência e complexidade do sistema.

Foram selecionadas 30 entrevistas de usuários, sendo 15 para cada cenário. O número de sujeitos deve-se ao consenso existente no âmbito da teoria de representações sociais como sendo o quantitativo mínimo para se recuperar as representações sociais em um grupo⁽⁸⁾. Os critérios de inclusão foram: faixa etária a

partir dos 40 anos, de forma que tenham tido experiências como usuários dos serviços de saúde antes de 1988 e em uma faixa etária considerada como período crítico para a constituição da memória⁽⁷⁾; encontrar-se em processo de atendimento no campo escolhido, sendo, portanto, usuários da instituição de estudo; e aceitar participar da pesquisa. Assim, foram excluídos todos os sujeitos que não atendiam aos critérios de inclusão.

Foram respeitados os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, expresso no protocolo nº. 006/2005, e da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este último assinado pelos sujeitos após apresentação do objetivo da pesquisa pelo entrevistador e a concordância de sua participação.

Para analisar os dados obtidos através das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo temática-categorial⁽⁹⁻¹⁰⁾. Tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Sendo as memórias, objeto de nosso estudo, verbalizadas ao longo do conteúdo das entrevistas, buscou-se nesse conteúdo os elementos que permitissem identificar como se constitui a memória dos sujeitos, tais como lembranças, verbos no passado que expressam experiências vividas e palavras que remetem aos sistemas anteriores⁽¹⁰⁾.

O tipo de Unidade de Registro (UR) utilizado neste estudo foi o tema (regra de recorte do sentido e não da forma, representada por palavras, frases, parágrafos ou resumo), ou seja, não existe uma delimitação pré-definida. Para fins deste estudo, as URs recortadas referem-se apenas a memórias para as quais os sujeitos não relataram data, ou seja, foram selecionadas as URs com as palavras "antes" e "antigamente" se referindo ao INAMPS, "antes" e "antigamente" referindo-se ao SUS e "antes" e "antigamente" sem determinação do contexto e com relatos de situações que já ocorreram.

Foram elaboradas as categorias empíricas, considerando que são construídas a partir das falas dos sujeitos. Após, foram submetidas à interpretação teórica. As categorias sintetizaram as UR e agregaram os significados existentes no texto em subconjuntos. Ao mesmo tempo, a elaboração das categorias obedeceu aos critérios de especificidade, onde uma mesma UR não foi classificada em duas categorias distintas e comportou a maior parte do material analisado, traduzindo uma importância quantitativa em sua formulação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como já referido na metodologia, foram analisadas 30 entrevistas, sendo 15 de um Hospital Federal e 15 de um Centro Municipal de Saúde, onde se verificou 372 unidades de registro (UR) distribuídas em 48 temas que deram origem a três categorias, identificadas pelos números I a III. Logo, as nomenclaturas das categorias são: (I) As representações sociais e memórias do INAMPS, com três subcategorias: subcategoria 1 - Aspectos avaliativos do INAMPS, subcategoria 2 - O processo de acesso às ações e serviços de saúde, e subcategoria 3 - Facilidades e dificuldades no contexto do INAMPS; (II) Representações sociais e memórias do SUS, com duas subcategorias: subcategoria 1 - Aspectos avaliativos do SUS, e subcategoria 2 - Facilidades e dificuldades no contexto do SUS; (III) Aspectos profissionais, políticos e estruturais no processo de avaliação dos sistemas de saúde.

As representações sociais e memórias do INAMPS

Torna-se interessante destacar que o SINPAS, em si mesmo, não se configurou como objeto de representação para os usuários e, por isso, o INAMPS, no conjunto desta representação e no processo de reconstrução cognitiva do sistema, é que aparece como sendo o sistema anterior. Correspondendo a 49% do total de UR, a maior da análise, esta categoria está subdividida em três subcategorias. Nela, os usuários possuem em suas memórias que, para que pudessem ter acesso aos serviços de saúde na época do INAMPS era necessário possuir vínculo empregatício, ou seja, carteira profissional assinada. As pessoas que não trabalhavam e não tinham a carteira assinada não conseguiam atendimento, sendo, então, "menosprezadas", segundo os entrevistados. Relacionam, ainda, a facilidade de acesso ao menor contingente populacional, justificando que, com uma menor população, havia mais tranquilidade e mais vagas, além de existir, então, mais dinheiro para se investir na saúde e nos profissionais.

Tinha que ter carteira profissional, carteira assinada, direitinho, bonitinho, contribuindo para ser usuário (E 02).

Na época que todas as pessoas descontavam, os hospitais do município e do estado atendiam as pessoas que não descontavam, então era mais tranquilo, também tinha uma menor população (E 10).

Em relação aos direitos de atendimento no contexto do INAMPS, os usuários relembram a necessidade do

desconto na carteira assinada e a contribuição compulsória para se ter direito ao acesso aos serviços do INAMPS. Sendo assim, tinham o direito de assistência médica, sendo este, um aspecto positivo considerado por eles. Relatam também que o direito de conseguir atendimento se estendia para os dependentes, que eram os familiares dos trabalhadores com carteira assinada. Já para outros sujeitos, os usuários que não a possuíam, não eram atendidos no mesmo lugar que os trabalhadores formais.

Naquela época só tinha direito quem tinha INPS, tinha que ser dependente. Eu e meus filhos tínhamos que ser dependentes do meu marido tinha aquele cartãozinho para a esposa e o cartão dos filhos. Isso eu me lembro. Eram os direitos (E 28).

Para a maioria dos entrevistados, a representação do INAMPS é positiva, tendo-o como um sistema melhor do que o atual. A expressão "meu Deus" em um dos trechos das entrevistas intensificou a positividade do antigo sistema. Destaca-se, ainda, que alguns aspectos são citados pelos usuários que permitem perceber a positividade. O primeiro refere-se às verbas que, para a maioria, eram suficientes, além de serem melhor administradas pelos gestores. Outros destacam que mesmo a verba sendo pouca era suficiente para atender às demandas.

Meu Deus, era muito melhor [o INAMPS] (E28).

Mais um aspecto citado pelos usuários foi o ambiente de atendimento à época do INAMPS. Nesse sentido, houve três percepções distintas. Uma é a de um ambiente satisfatório, melhor do que o do atual sistema; A outra é a de que não houve diferença no ambiente de atendimento com o advento do SUS, ou seja, tanto o INAMPS possuía um bom ambiente como o SUS o possui atualmente. A terceira, surgida para a maioria dos entrevistados, é a de que o ambiente do INAMPS era inadequado, sendo um ambiente sujo e com mau odor.

Era bem melhor antigamente [o ambiente de atendimento] (E 01).

Tanto antigamente, como hoje, tudo limpinho (E 03).

Antes, acredito que deve ter sido bem pior [ambiente de atendimento] (E 11).

O SINPAS não modificou as bases financeiras da previdência social, as quais financiavam a assistência

médica previdenciária até então. Sendo assim, a contratação de serviços privados continuou a ser realizado e a geração de lucros financeiros permaneceu como objetivo. Portanto, a qualidade da estrutura física dos serviços prestados pelo INAMPS não se apresentava como uma preocupação do sistema por não pertencer aos seus objetivos de investimento financeiro, já que não teria o fim lucrativo almejado. Apesar disso, nota-se uma tensão entre os sujeitos quanto à qualidade do ambiente à época.

O último aspecto positivo destacado pelos sujeitos foi o bom atendimento quando utilizavam os serviços do INAMPS. As palavras "bem" e "muito" foram utilizadas para descrever o atendimento no sistema anterior, mostrando uma qualidade superior do atendimento nesta época sobre aquele oferecido no contexto do SUS. Nota-se que a maioria dos sujeitos utilizava apenas um tipo de serviço ou uma especialidade, onde tiveram um atendimento de qualidade.

Era bem melhor o atendimento (E 13).

Percebe-se ainda que, para alguns sujeitos, a qualidade de atendimento do INAMPS e do SUS não mudou, tendo uma representação positiva de ambos os sistemas. A boa qualidade do sistema anterior é justificada pela postura e pela qualidade dos profissionais, o menor contingente populacional, a resolutividade do serviço e a periodicidade de comparecimento ao serviço de saúde, onde a consulta era agendada para todo mês. Por fim, quanto ao perfil dos usuários do INAMPS, para alguns, são os mesmos de agora, do SUS. Para outros, a clientela mudou. Referem que todos usavam os serviços do INAMPS, independentemente da condição financeira, pois os serviços eram bons.

Para mim, tanto faz antigamente como agora, é mesma coisa, o atendimento é ótimo (E 04).

Essas duas percepções distintas podem ter surgido pelo fato de que os usuários que utilizavam o INAMPS, com o advento do SUS, passaram a utilizá-lo também ou porque a universalidade do SUS incluiu as camadas mais pobres da sociedade e, como consequência, as classes médias e as pessoas que possuem melhores condições socioeconômicas se dirigiram ao setor privado em busca de um atendimento diferenciado.

Para os sujeitos, era mais fácil conseguir atendimento do que no sistema atual. Utilizam as

expressões "bem mais fácil" e "muito mais fácil" para descrever essa facilidade. Um dos motivos apresentados deveu-se à rapidez na marcação de consulta, reconhecendo que, na falta de atendimento em um determinado dia, essa falta não demorava para ser suprida.

Antigamente era bem mais fácil, antigamente conseguia atendimento, não era difícil como agora (E01).

Essa facilidade de atendimento pode ser explicada devido à população restrita que era atendida nos postos do INAMPS, já que apenas os trabalhadores formais e seus dependentes tinham acesso aos serviços.

A representação de fácil atendimento também se dá quando os sujeitos associam a utilização da ambulância para se conseguir atendimento, destacando a agilidade e a praticidade e também está relacionada com a rapidez e a certeza de se conseguir atendimento ao se procurar o serviço de saúde, em qualquer unidade. Alguns entrevistados lembraram as ações do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949 e extinto quando os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) se fundiram, formando o INPS.

Antigamente, eu levava muito meu pai e minha mãe na SAMDU em Guadalupe, mas nunca precisei muito não. A SAMDU é um posto de saúde que tem em Guadalupe, é um hospital pequeno que está mais para posto de saúde do que para hospital, e era chamado de SAMDU no tempo do INAMPS. Eu morava em Rocha Miranda e qualquer coisa que tinha corria para lá porque era o mais perto, e eu era atendido, lá era um posto de emergência parecido com o de Marechal Hermes, aquele do hospital de Marechal Hermes (E 07).

Em contrapartida, outra parte dos usuários referiu dificuldades. Expressões como "pior" e "muito difícil" são citadas quando questionados sobre conseguir atendimento à época do INAMPS. Alguns até relatam não haver atendimento no sistema anterior. Alguns motivos apresentados referentes à dificuldade de conseguir atendimento devem-se à presença de filas nos postos de saúde e nos hospitais, além da falta de vagas que levava os usuários a alternarem a unidade de saúde em busca de atendimento, utilizando a expressão "pingue-pongue" para caracterizar a situação. A dificuldade também pode estar relacionada com o caráter excludente do INAMPS.

Esta percepção diverge da de outros sujeitos, conforme discutido anteriormente.

Muito difícil, tinha que dormir na fila (E 31).

Outros aspectos negativos em relação a conseguir atendimento são a demora pelo atendimento, a dificuldade em conseguir nova remarcação de consulta caso perdesse a anterior, longa espera pelos profissionais de saúde que deveriam prestar assistência e a dificuldade em conseguir serviços especializados que atendessem às necessidades presentes.

Antes, era tudo remarcado. Marcava, mas se perdesse aquela remarcação, ficava meio chato (E 24).

A tensão de positividade e negatividade que ocorre em relação a conseguir atendimento pode estar interligada ao fato de que, para alguns, existia maior possibilidade de acesso proporcionada pela contribuição previdenciária, enquanto, para outros, muitas barreiras se faziam presentes. Os sujeitos encontraram facilidades concernentes a conseguir exames e remédios à época do INAMPS, pois, para a maioria deles, era mais fácil. Expressões como "bem mais fácil" e "muito mais fácil" foram utilizadas para descrever essa situação. A facilidade em conseguir medicamentos se dá, para os entrevistados, por estes terem existido em quantidade suficiente e não faltarem. Além disso, lembram que havia também a possibilidade de adquirirem outros benefícios, além de remédios, nas farmácias dos postos de saúde.

No tempo em que eu me tratava no INAMPS era bom, tinha remédio, tinha tudo (E 10).

Ressaltam, ainda, que apesar de o remédio não chegar às casas no tempo do INAMPS, como ocorre atualmente, nunca faltava nas farmácias do antigo sistema. Ao mesmo tempo, percebe-se que não houve mudanças em relação ao fato de conseguir medicamentos nos dois sistemas de saúde, uma vez que, para eles, era fácil tanto no INAMPS, como no SUS.

Antigamente o remédio não vinha em casa, mas você achava o remédio na farmácia do INPS (E 03).

Os sujeitos que encontraram dificuldade revelam que, no sistema anterior, os medicamentos não eram doados ou faltavam nas farmácias das unidades de

saúde. Sendo assim, para suprir a sua falta relatam que tinham que comprar, mesmo não havendo condições financeiras favoráveis, sendo essa uma mudança significativa no sistema atual de saúde.

Praticamente não tinha remédio de graça naquela época, ou tinha muito pouco, é uma diferença de água e vinho quase (E 04).

Quando questionados sobre a facilidade de conseguir realizar exames no INAMPS aparece, em geral, uma positividade, pois, para a maioria, a realização de exames, quando precisavam, era garantida e acontecia de forma rápida, mesmo que houvesse alguns elementos que pudessem dificultar, como o quantitativo de pessoas para utilizar o mesmo serviço. Relacionam o conseguir realizar seus exames com os direitos que possuíam a época do INAMPS, uma vez que eram trabalhadores de carteira assinada e, por isso, tinham esse direito. Já, para outros, havia muito mais dificuldade de marcação de exames do que atualmente, além de haver uma demora para a liberação dos resultados dos exames.

No tempo em que eu me tratava no INAMPS era bom, tinha remédio, tinha tudo (E 10). De primeiro você fazia o exame e levava meses para você apanhar o resultado (E 30).

A indústria de equipamentos faz parte do complexo industrial da saúde e teve um elevado crescimento anteriormente ao SUS, ligado principalmente ao desenvolvimento econômico e industrial do país. Reconhece-se que a incorporação de novos equipamentos no processo de atenção à saúde trouxe benefícios à assistência à saúde, porém, sua utilização muitas vezes sem a adequada avaliação, produz aumento dos gastos e assim, necessita de regulação por parte do governo para promover o uso racional de acordo com as demandas da população em detrimento dos interesses comerciais⁽²⁾.

As facilidades referidas podem estar relacionadas com algumas características existentes à época, como o atendimento direcionado para um público restrito e previamente selecionado e a não utilização maciça, por parte das instituições de saúde, de tecnologias pesadas no processo de atenção à população. Entendendo o INAMPS como um sistema excludente para uma parcela da população, torna-se compreensível a existência de diferentes percepções com relação ao alcance dos serviços, ações e infraestrutura da saúde nesse sistema.

As representações sociais e memórias do SUS

Representando 30,9% do total dos resultados, é a segunda maior categoria. Ela é composta de duas subcategorias concernentes às memórias e representações relacionadas ao SUS. Os usuários revelam suas representações sociais sobre o atual sistema público de saúde. Alguns deles possuem uma representação positiva acerca do SUS, considerando o INAMPS como um sistema carente e com muitas dificuldades. A palavra "pior" é utilizada ao se comparar os dois sistemas. Ao expressar o INAMPS como um sistema "muito pior", percebe-se também que, apesar da positividade do SUS em relação ao INAMPS, os sujeitos referem-se a ele como um sistema que também possui dificuldades. Em relação à sua implantação e ao reconhecimento dele como sistema de saúde posterior ao INAMPS, a maioria dos entrevistados não sabe dizer, ao certo, quando foi implantado. Há diferenças de datas entre as falas dos sujeitos, que varia de cinco a mais de vinte anos. Alguns citam datas a partir da primeira vez que utilizaram, enquanto outros, a partir de quando escutaram falar.

*No tempo do INAMPS era muito pior (E 32).
Conheço o SUS tem mais de cinco anos (E 10).*

Assim, concorda-se com um estudo que constatou que a implantação do SUS é representada tanto como um processo perceptível no cotidiano dos usuários, quanto como algo dissociado da realidade dos serviços e sem impacto no cotidiano deles⁽¹¹⁾. Nota-se, portanto, que à medida que aparece no contexto das memórias e das representações sociais dos usuários a falta da exatidão de quando o SUS foi implantado, seja por não utilizarem os seus serviços ou por terem escutado falar, a sua implementação apresenta-se ainda como uma construção, repleto de contradições e que ainda está sendo percebida pelos usuários. Os usuários perceberam que, após a sua implantação, todos os cidadãos passaram a ter o direito de acesso aos serviços de saúde, trabalhadores e não trabalhadores, o que não acontecia no sistema anterior. Essa percepção é de um dos princípios do novo sistema, o de universalidade.

Eu lembro perfeitamente que qualquer pessoa de idade, sexo, ou religião, trabalhando ou não tem direito à assistência médica do SUS (E 23).

Dentre os motivos apresentados pelos usuários para a utilização do SUS encontram-se a realização de

cirurgias, o tratamento de hipertensão arterial e diabetes e a necessidade de internações, sendo a procura de assistência ligada ao aparecimento de algum sintoma. Pesquisa feita pelo PNAD, em 2003, estimou que 29,9% da população brasileira eram portadores de alguma doença crônica, como diabetes, reumatismo, hipertensão, câncer, tuberculose, cardiopatias e problemas de coluna, entre outros⁽⁶⁾, o que justifica a procura dos tipos de serviço relatados pelos sujeitos.

Um aspecto bem destacado pelos usuários foi a representação positiva acerca do atendimento nos serviços do SUS. Os sujeitos relatam as experiências de um atendimento satisfatório, principalmente em situações de urgência e emergência, que acabam se tornando a porta de entrada para se conseguir atendimento. Neste sentido, mesmo que se reconheça o benefício trazido pelo princípio da universalização do atendimento, destaca-se que o uso indiscriminado do Serviço de Emergência/Urgência tem se tornado uma preocupação constante, gerando grande consumo de recursos humanos e financeiros. Assim, a universalização configurou-se como uma ferramenta para elevação da qualidade de vida e para enfrentar os principais problemas individuais e coletivos de saúde. No entanto, verifica-se, também, que aproximadamente 40% destes atendimentos não necessitam efetivamente de cuidados de urgência, o que acarreta alguns impactos negativos na qualidade da assistência, desvia recursos humanos e priva o atendimento aos que realmente necessitam⁽¹²⁾.

Trouxe uma amiga que estava em uma situação difícil, precisando de uma operação de emergência no útero, ela não tinha plano de saúde e não sabia se seria atendida no SUS. Ela chorava de tristeza, ela viveu muitos anos com isso, pois não tinha plano de saúde e o problema foi se agravando. Vim com ela, fez a matrícula e não demorou um ano ela fez a operação. Deu-se muito bem, foi para uma ginecologista muito boa aqui do SUS (E 13).

Dentre os elementos facilitadores do SUS, o que ganha destaque é a facilidade do funcionamento do sistema de referência citado pela maioria, que é tido como algo que funciona, mas que, em alguns momentos, pode não apresentar a funcionalidade esperada. Ressalta-se que, no contexto do INAMPS este sistema não apresentava tamanha importância em função da organização do atendimento por especialidades médicas. O sistema de contrarreferência não pôde ser visualizado

nas entrevistas, por não aparecer nos discursos dos sujeitos.

Tive vários encaminhamentos pelo SUS e minha esposa também e funcionou (E 12).

O que deve acontecer é o usuário ser referenciado para um nível mais complexo e, assim que tiver sido assistido e seu problema resolvido, deve retornar para o nível no qual estava antes de ser referenciado para continuar seu tratamento, o que comumente não ocorre. A maioria dos usuários já utilizou o encaminhamento para outro serviço de saúde, principalmente para outro serviço público. As unidades básicas de saúde devem articular-se com os demais níveis da rede de saúde do sistema local a fim de garantir a referência e a contrarreferência, permitindo um atendimento rápido e eficaz⁽¹²⁾.

Apesar da representação positiva sobre a utilização de encaminhamentos, alguns usuários, principalmente os da rede básica, tiveram experiências negativas em relação à utilização de encaminhamentos. Alguns conseguiram o encaminhamento, mas a grande distância de uma unidade de saúde para outra dificulta o acesso ao serviço de saúde, assim como a existência de entraves como filas e falta de vagas, com consequente demora para o atendimento.

Não fui até o fim, porque de um posto de saúde que eu estava me encaminharam para um outro tipo de médico. Eu tinha que fazer uma endoscopia e do posto de saúde de Coelho da Rocha ao posto de saúde da Tijuca. Era muito sacrifício, muita coisa para fazer e eu larguei para lá, não vi mais, deixei (E 02).

Os depoimentos dos entrevistados são reafirmados quando se diz que a dificuldade de atendimento é um problema atual, pois, em muitos lugares, o acesso aos serviços de saúde ocorre por ordem de chegada, não se levando em consideração a complexidade dos problemas e a equidade das ações em saúde. Assim, há o problema de filas, demora no atendimento, locais inadequados para a sua espera, dentre outros fatores, favorecendo, muitas vezes, as pessoas que moram mais perto da unidade de saúde devido à maior facilidade de locomoção⁽¹³⁾.

Essa evidência também é corroborada por um estudo desenvolvido em Santa Catarina, onde os usuários, de forma semelhante, questionavam as longas filas de espera para a realização de exames, cirurgias e

consultas, que os impediam, muitas vezes, de seguir o curso normal de suas atividades⁽¹⁴⁾. A “fila” como condição para obter atendimento de saúde apresentou-se como uma imagem destacada na percepção do senso comum, quando se aborda a universalidade do acesso no âmbito do sistema. Colocou-se, portanto, como barreira a ser vencida para que o atendimento se concretize, na qual a espera (dimensão temporal), a demanda a ser resolvida (dimensão existencial) e a solução - ou não - do problema (dimensão resolutiva) se misturam na representação do próprio sistema, com resultados nem sempre garantidos⁽¹⁵⁾.

Ainda em relação às dificuldades encontradas no SUS, destaca-se também que a comunicação é fundamental para o compartilhamento de informações e para a disseminação de conhecimento, pensamentos e valores, influenciando no modo de pensar das pessoas⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, ressalta-se a importância da mídia como um meio de comunicação para a difusão da informação, que o apresenta para a população como um sistema falido, cheio de dificuldades, com filas numerosas e falta de recursos materiais e humanos, contribuindo, assim, para a construção de uma representação negativa do SUS para alguns usuários.

Diante da facilidade em obter medicação no SUS há a valorização do programa do governo Remédio em Casa, que apareceu apenas nas falas dos sujeitos que foram entrevistados no Centro Municipal de Saúde. Para melhor entendimento desse projeto, Remédio em Casa é uma iniciativa da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro que entrega, em domicílio, medicamentos para algumas doenças crônico-degenerativas com o objetivo de otimizar o controle clínico e epidemiológico e contribuir com o gerenciamento e a avaliação das políticas públicas de saúde.

Então o médico me atendeu, me deu a receita e mandou que eu fosse à farmácia. Nesse tempo era na farmácia que eu tinha iniciado[...]. Fui e fiquei boba, porque o medicamento que eu pagava, passei a receber todo mês. [...] um dia me perguntaram se eu queria receber o remédio em casa? [...]. Eu perguntei se não ia demorar [...] Ela falou que chegaria entre uma semana e dez dias, e realmente, em uma semana chegou a caixinha na minha casa (E 13).

Corroborando com os dados desta pesquisa, em outro estudo⁽¹⁶⁾, os usuários demonstram-se satisfeitos com o projeto e depois que passaram a usufruí-lo, o apoiaram, revelando ser uma ação considerada séria e

que veio para otimizar e aperfeiçoar a vida da população, permitindo uma melhor resolução no avanço do tratamento das doenças crônicas.

Aspectos profissionais, políticos e estruturais no processo de avaliação do sistema público de saúde

Os sujeitos avaliam diversos aspectos do sistema público de saúde, sem, contudo, fornecer uma localização temporal. Os elementos negativos do sistema público de saúde, que dizem respeito à dificuldade em conseguir atendimento, aos profissionais incapacitados, ao atendimento e ao seu ambiente inadequados, além da falta de verbas e de recursos materiais, sobrepõem-se aos positivos. Apesar de surgir, nesta categoria, o tema de atendimento inadequado é destaque a percepção de um bom atendimento quando os sujeitos utilizaram o serviço público de saúde. Outro elemento positivo foi a facilidade de o usuário conseguir atendimento quando precisou de um serviço público. Nota-se o tipo de serviço público de saúde utilizado, o tempo de sua utilização, a não utilização do serviço público e a utilização do serviço privado. Essa categoria representa 20,1% de todo material analisado.

Os sujeitos possuem uma representação positiva e uma negativa em se tratando da qualidade de atendimento de um serviço público de saúde. Na representação positiva, os entrevistados têm a percepção de bom atendimento, sempre que precisaram desses serviços. Relacionam o atendimento de qualidade à disponibilidade de profissionais e de vagas, ao acesso a instituições de saúde e à assistência de qualidade prestada pelos profissionais de saúde.

Em São Paulo quando comecei o tratamento, fui muito bem atendida, tanto é, que tudo o que eu tinha que fazer em questão de uma, duas semanas eu já tinha tudo feito através deles. Consulta marcada, médicos, hospitais, tudo através do posto de saúde, sem eu precisar interferir em nada, só mesmo ir para ser consultada (E 28).

Na representação negativa, os sujeitos relatam a falta e a negligência dos profissionais em relação aos usuários, que ficavam internados em condições desfavoráveis de higiene e de nutrição. Associado a isso, encontra-se a imagem de um ambiente ruim das unidades de atendimento, com sujidade e aparência de descuido.

Realmente, chegava para querer dar o café da manhã e não podia, chegava para dar o almoço e ele estava todo urinado, queria trocar e não permitiam. Eu aguardava a hora da visita achando que ia encontrar ele limpo e arrumado, mas continuava do mesmo jeito que eu tinha deixado, isso tudo entristece muito (E 29).

A ausência de funcionários nas instituições relaciona-se com inúmeros fatores, tais como a falta de recursos materiais, de investimentos em recursos humanos, além de condições inadequadas de trabalho. Como consequência desse fenômeno, observa-se a desordem no trabalho em equipe, a sobrecarga de trabalho e a insatisfação dos mesmos que culmina na queda da qualidade e da quantidade do trabalho realizado⁽¹⁸⁾. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções. Sendo assim, a limpeza do ambiente deve proporcionar conforto e bem-estar, além de diminuir a quantidade de microrganismos e promover um ambiente seguro e agradável para os usuários, que se constituem como preocupações do SUS⁽¹²⁾.

As dificuldades de atendimento mostram-se representadas nas características pessoais dos usuários, tais como a aparência e a idade. Essa representação pode ter surgido para tentar explicar essa dificuldade que parece ter se intensificado no decorrer do tempo. O fato de não conseguir ser atendido gera sentimentos negativos para alguns usuários.

As pessoas vão pela aparência, se você é bonito e está bem vestido, eles te atendem bem. Continua a mesma coisa, era assim antes (E 07).

Percebe-se uma crítica à postura profissional, sendo muitas vezes a relação profissional-usuário conflituosa.

Às vezes, em conversas mesmo, eu quase agarrei uma médica pelo pescoço lá no PAM [cita o nome do PAM]. Lá, diversas vezes, me deu vontade de voar na cara dela, pegar ela e outras não (E 22).

Essa situação leva à necessidade de resgatar os valores da prática profissional, pois é na prática cotidiana em saúde que se integram os elementos próprios da conduta moral profissional, além de estar nela inserida a postura, o que devemos ser enquanto profissionais de saúde⁽¹⁹⁾.

A relação usuário/profissional deve ser compreendida como um modo de intervenção ou tratamento e não apenas como um instrumento de coleta de informações necessárias a um diagnóstico. Enquanto conversam, usuários, familiares e profissionais expõem suas perspectivas acerca de uma situação, concordam, discordam, enfrentam conflitos e aliviam tensões, num esforço para a fusão de horizontes, a compreensão mútua e a decisão compartilhada⁽¹⁹⁾. Em que pese os esforços para que esta relação e o diálogo oriundo daí aconteça segundo os princípios da humanização, especialmente em função do Programa Nacional de Humanização nos últimos anos, na prática implementa-se um processo dissimétrico de poder e de conhecimento, em que nem sempre o respeito à individualidade, singularidade, cultura e construções simbólicas se concretiza.

Criticam também o fato de profissionais atuarem em áreas nas quais não são qualificados e o despreparo para assumir o cargo que possuem.

Eu vi, naquele hospital que eu te falei, pessoas que trabalhavam na limpeza lidar com esse aparelho para tirar radiografia, eu vi, eu soube, e não eram profissionais (E 32).

Os serviços mais utilizados no sistema público pelos usuários foram: cirurgia, emergência, tratamento de diabetes e internações em geral. Já os entrevistados que não utilizavam os serviços públicos de saúde justificaram-se com o fato de que não tinham problemas de saúde ou de precisarem do serviço apenas para a realização de alguma cirurgia. Outra justificativa foi a utilização do serviço privado, no qual as consultas possuíam custo inferior ao encontrado atualmente.

Antes, eu procurava muito dificilmente, não precisava, porque eu trabalhava, não era caro como é hoje, às vezes, eu pagava consulta, mas não tinha nada grave (E 01).

Na representação dos usuários, o serviço privado é utilizado como uma saída para o alcance de um atendimento com qualidade, de fácil acesso, rápido e com a especialidade necessária de acordo com a demanda do usuário. Ressalta-se que muitos perderam seu plano de saúde por não terem mais condições financeiras suficientes para pagá-lo.

Eu fiz a minha vida, tive três filhos e se eu quis ter um atendimento bom para minha esposa, eu tive que levar em um hospital particular, e paguei três partos particulares, porque naquela época plano de saúde nem cuidava disso, eles não sabiam a mina de ouro que era isso (E 06).

Os sujeitos também destacam a falta de verbas e, conseqüentemente, de recursos materiais, tais como aqueles descartáveis, fraldas e aparelhagem em geral nos serviços públicos de saúde e retratam que as verbas não eram repassadas adequadamente.

A medicina está mais evoluída, tem mais aparelhagem do que antigamente (E 22).

Mas anteriormente, quando o governo federal repassava para a prefeitura, a verba não chegava aos hospitais de origem (E 23).

A falta de verbas é vista como um dos descompassos gerenciais da implantação do SUS que sinalizam algumas incompatibilidades que ameaçam a estratégia de funcionamento desse sistema. A distância de uma política pública de saúde de cunho universalista e as pressões sempre maiores para um Estado que minimize os custos com este princípio norteador é um dos principais problemas a serem resolvidos⁽²⁰⁾.

Nota-se, portanto, uma representação mais negativa do sistema público de saúde, apesar das facilidades. Os problemas políticos e estruturais do sistema de saúde são bem destacados pelos sujeitos e são fundamentais para uma assistência de qualidade. A postura profissional também interfere diretamente na representação de um atendimento de qualidade. Essa postura deve ser pautada na humanização e no acolhimento para que se produza a satisfação no usuário, conforme preconizado pelo SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise desse trabalho, conclui-se que os usuários possuem memórias acerca do acesso aos serviços de saúde no antigo INAMPS compatíveis com a história desse sistema, que tem sua representação na carteira assinada e na contribuição compulsória. Isso demonstra que os usuários viveram esse processo, seja como um previdenciário à época ou como um trabalhador informal, sem carteira assinada. Os usuários da rede básica e os da rede hospitalar compartilharam da mesma memória e representação.

Tanto nas memórias e representações do INAMPS quanto nas do SUS, a hospitalização aparece como principal processo para o cuidado às doenças, onde a população procurava/procura mais efetivamente esse serviço quando tinha/tem necessidades de urgência. Outras tendências são as práticas das cirurgias ligadas a esse modelo à medida que estas são incorporadas para melhorar a condição de saúde da população que chega às unidades de saúde com o seu processo de doença já avançado, principalmente em se tratando de doenças crônico-degenerativas.

A representação de bom atendimento, tanto no INAMPS, quanto no SUS, está ligada principalmente à utilização dos serviços de urgência/emergência, pois a probabilidade de ser atendido era/é maior, evitando passar por filas e ter atendimento recusado. Essa representação foi construída ao longo do tempo pelas características dos modelos anteriores de saúde que priorizavam as atividades curativas em detrimento das preventivas. Devido a isso, há a dificuldade de estabelecer a rede básica como porta de entrada ao serviço de saúde. Isso implica em mais gastos com internações, recursos materiais e humanos e diminuição da qualidade da assistência à saúde e de vida da população.

A representação sobre o SUS dos que perceberam as diferenças entre os dois sistemas é a universalidade, que possui percepções distintas de positividade e negatividade, partindo-se de que os trabalhadores formais referem uma negatividade enquanto os trabalhadores informais relatam positividade. Assim, esse princípio do SUS foi algo marcante, que causou e ainda causa um impacto no cotidiano dos usuários. Esse impacto pode ter sido/ser a chance de conseguir ser atendido ou a saída da população com boas condições financeiras para o setor privado.

A imagem negativa do atual sistema está nas filas extensas e na demora por atendimento e o fato de conseguir atendimento está relacionado ao divino e à sorte, elementos abstratos, não mensuráveis e que não se pode controlar. Apesar disso, o SUS se mostra como positivo no cotidiano dos sujeitos até para os que utilizam o setor privado de saúde. Isso contribui para que a representação do SUS esteja na universalidade do acesso e demonstra que este é um princípio respeitado.

Diante disso, percebe-se que os aspectos políticos, estruturais e profissionais avaliados, em sua maioria, negativamente pelos usuários, têm sido problemáticos ao longo dos sistemas públicos de saúde, aparecendo como situações que tiveram origem no passado e que possuem

continuidade atualmente. Nota-se uma tensão existente nas memórias dos sujeitos, marcada pela positividade e negatividade quanto aos mesmos aspectos avaliados,

principalmente no que se refere à qualidade de atendimento e ao conseguir ser atendido.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira VA, Acioli S. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da atenção primária em saúde: produção científica. Rev. enferm. UERJ. 2009;17(4):506-509.
2. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, orgs. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
3. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília (Brasil): CONASS, 2003. 248 p.
4. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Cien Saude Colet. 2007;12 Suppl:1819-1829.
5. Barreto IS, Medeiros M, Silva OV. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2011 mar 30];1(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/SUS.html.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2011 mar 30]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>.
7. Sá CP. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. Psicol. Refl. Crít. 2007;20(2):290-5.
8. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
10. Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. Rev. enferm. UERJ. 2008;16(4):569-76.
11. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Cad Saude Publica. 2008;24(1):197-206.
12. ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Fórum de Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro (Brasil): CEBES; 2006.
13. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev. Rene. 2009;10(4):145-154.
14. Erdmann AL, Backers DS, Klock P, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da saúde. Rev. enferm. UERJ. 2008;16(4):477-81.
15. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. A universalidade no SUS: pensamento dos usuários. Esc. Anna Nery. 2009;13(3):500-507.
16. Simões JM, Monteiro MG. Estratégias de apoio às políticas públicas de saúde: a experiência do projeto Remédio em Casa. Mundo saúde (1995). 2006;30(2):289-299.
17. Oliveira DC, Nóbrega MMLM, Silva ATMC, Ferreira Filha MO. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005 [cited 2011 mar 30];7(1):54-63. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm.
18. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo: doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS em Campinas. Rev. bras. epidemiol. 2007;10(3):401-9.
19. Bub MBC. Ética e prática profissional em saúde. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):65-74.
20. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Cien Saude Colet [Internet]. 2007 [cited 2011 mar 30];12(4):893-902. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n4/08.pdf>.

Artigo recebido em 08.03.2010.

Aprovado para publicação em 18.03.2011.

Artigo publicado em 31.03.2011.