

Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral

Social representations about SUS: Difficulties about cross-cutting comprehensive care

Representaciones sociales del SUS: Dificultades que atraviesan la atención integral

Helena Eri Shimizu¹
Ximena Pamela²
Mauro Niskier Sanchez³

RESUMO:

Este estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais do SUS, a fim de identificar a suas fragilidades e potencialidades. Os dados foram obtidos, por meio de grupos focais, com gestores, trabalhadores e usuários da Regional do Paranoá- Distrito Federal. Foi realizada a análise de conteúdo, na modalidade de co-ocorrência, utilizando-se com software ALCESTE, que deram origem a três eixos temáticos: o primeiro demonstra que existe grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde e; e o segundo eixo trata da falta de acesso da população rural; e o terceiro eixo destaca a falta de disponibilidade de outros equipamentos de uso coletivo, além daqueles próprios da saúde. Conclui-se que a representação social do SUS é de um sistema que dificulta o acesso à atenção integral.

1 - Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

2 - Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

3 - Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo conocer las representaciones sociales de SUS, a objeto de identificar a sus fragilidades y potencialidades. Los datos se obtuvieron, por medio de grupos focales, con gestores, trabajadores y usuarios del Regional del Paranoá- Distrito Federal. Se realizó el análisis de contenido, en la modalidad de coocurrencia, utilizándose con software ALCESTE, que dieron origen a tres ejes temáticos: el primero demuestra que existe gran dificultad de acceso a los servicios de salud y; y el segundo eje trata de la falta de acceso de la población rural; y el tercer eje destaca la falta de disponibilidad de otros equipamientos de uso colectivo, además de aquellos propios de la salud. Se llega a la conclusión de que a representación social de SUS es de un sistema que dificulta el acceso a la atención integral.

ABSTRACT

The purpose of this study is to know the social representations of the UHS, in order to identify to its fragilities and potentialities. The data were obtained, by means of focus groups,

with managers, workers and users of the Regional of Paranoá- Federal District. It was carried out the content analysis, in the modality of co-occurrence, being used with software ALCESTE, that gave rise to three themes: the first one demonstrates that there exists major difficulty of access at the service of health and; second axis deals with the lack of access of the rural population; and the third axis points out the lack of availability of other equipments of collective use, besides those characteristic of the health. It is concluded that to social representation of the UHS is of a system that hinders the access to comprehensive care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está implantado há 23 anos com o compromisso do Estado de garantir a oferta de cuidados saúde, do mesmo nível de qualidade, a toda população brasileira. Nessa perspectiva, a relevância desse sistema de saúde fundamenta-se, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas, sobretudo, pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e operacionalizar a atenção à saúde no país.^{1, 2, 3-4}

Cabe lembrar que os princípios doutrinários do SUS são abrangentes, a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde. A *universalidade* diz respeito ao direito a atendimento, a uma perspectiva individual do direito ao atendimento; a *equidade* pressupõe que todo cidadão é igual perante o SUS, portanto deve ser atendido conforme as suas necessidades, o que pode significar incluir uma perspectiva que reconhece a alteridade dos sujeitos^{1,2,3-4}; a *integralidade* significa

que as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde, com seus diversos graus de complexidade, devem ser resolvidas nas unidades prestadoras de serviços de saúde, tendo como foco a dimensão mais completa do ser humano^{1,2,3-4} do individuo usuário, neste caso.

Outros princípios organizativos do SUS, como a *regionalização e a hierarquização*, também são fundamentais para a organização do sistema de saúde. Esses princípios tratam da necessidade das regiões de saúde possuir rede de serviços de diferentes níveis de complexidade de atenção que se articulem satisfatoriamente para atender as necessidades da população.^{1,2,3}

O processo de descentralização político-administrativo, em curso, que enfatiza a municipalização dos serviços de saúde tem apresentado potencialidades para contribuir substancialmente para a conquista do direito à saúde, pois apenas a comunidade é o ator mais capaz de definir a extensão do conceito de saúde e delimitar o alcance da liberdade e igualdade que, interagindo com o seu nível de desenvolvimento fundamentam o seu direito.⁵⁻⁶

Todavia, verifica-se que, apesar dos avanços que o SUS alcançou nas duas últimas décadas, coexistem as fragilidades e potencialidades desse sistema, como característica da atenção à saúde. Dos avanços, destaca-se que, sem dúvida, houve uma expansão dos serviços, especialmente, o de Atenção Básica para tentar garantir maior número de atendimentos. Das fragilidades, chama a atenção os modelos assistenciais continuarem circunscritos a respostas a demandas imediatas, medicalização da saúde e manutenção da ênfase no modelo biomédico.^{1,2,7}

Portanto, um dos desafios do processo de construção do SUS é a mudança do modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários, como parte de um processo mais geral de mudança nas concepções acerca da saúde e no desenvolvimento das práticas de saúde. As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar esses obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.^{2,3}

Assim, neste estudo interessa-nos conhecer as representações sociais acerca do SUS, em serviços de Atenção Básica, bem como identificar as suas fragilidades e potencialidades, a fim de oferecer subsídios para re-pensar os desafios para a melhoria do seu desempenho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, que possibilita identificar os conhecimentos práticos socialmente elaborados e partilhados acerca de um objeto social, neste caso com referência ao SUS.^{8,9}

O estudo foi realizado na Regional de Saúde do Paranoá do Distrito Federal (Zona Urbana e outro no Paranoá Zona Rural) que possui área de 851.94 km², o que a caracteriza como a segunda maior Região administrativa do DF. Conta com população, 63 mil habitantes no Paranoá (urbana e rural) e cerca de 85 mil habitantes no Itapoã¹⁰, que convivem com

grandes desigualdades sócio- econômicas.

Estabeleceu-se como critério de inclusão, os atores que convivem com o sistema de saúde, o SUS na “ponta”, os gestores de unidade, trabalhadores e usuários. Para a coleta de dados, foram realizados três grupos focais. Do primeiro grupo, participaram onze pessoas, sendo duas médicas, um agente comunitário de saúde, dois membros da comunidade, cinco membros da administração da regional, um membro do conselho comunitário; e do segundo grupo participaram treze, sendo uma médica, uma enfermeira, sete agentes comunitários de saúde e quatro membros da comunidade.

Foi utilizado roteiro para guiar os grupos focais que abordava sobre breve histórico da formação da região, dados sócio-demográficos, condições de saúde, serviços de saúde, equipamentos sociais disponíveis. O grupo focal foi conduzido por um coordenador, que contou com o apoio de três observadores e teve a duração de aproximadamente 1h30.

Para análise desses dados, utilizou-se o *software Analyse Lexicale par Context d’ un Essemble de Segments de Texte (ALCESTE)* versão 4.9 para organização e classificação dos dados dos grupos focais. Este programa permite colocar em evidência aglomerados de palavras que têm por referência um mesmo núcleo de sentido para um determinado grupo social¹¹. Portanto, pode-se dizer que permite apreender a formação de um discurso consensual por grupo.

Assim sendo, tendo como base a análise das entrevistas, o *software* realiza num primeiro momento a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com a qual é possível

identificar os contextos típicos, por meio do uso da relação entre as palavras, as frequências em que aparecem e suas associações em classes de palavras (cálculo do Kh2).

Figura 1 – Dendograma sobre representação social do Sistema de Saúde tendo como base as informações classificadas e hierarquizadas no *software* ALCESTE, a análise do discurso dos entrevistados evidenciou três eixos temáticos:

1. O primeiro eixo referente às configurações práticas do modelo de atenção à saúde na localidade, isto é, ao modo como as práticas de saúde locais se estruturam, se organizam e funcionam; e

2. O segundo eixo referente a falta de acesso aos serviços e que é específica do espaço rural;

3. E o terceiro eixo trata da falta de disponibilidade de outros equipamentos de uso coletivo, além daqueles próprios da saúde, que garantam o gozo da saúde em seu conceito ampliado.

Com relação ao primeiro eixo ele é constituído por duas classes temáticas: 1) A classe um que trata da falta de acesso aos serviços de saúde; 2) a classe dois demonstra a existência de dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários. A classe um e dois estão fortemente relacionadas, ou seja, possuem $R= 0,65$. As classes dois e três mais fracamente relacionadas, com $R= 0,25$. Já a classe quatro não está diretamente relacionada com as outras classes $R= \text{Zero}$, constitui o segundo eixo temático composto por uma única classe temática: A classe quatro refere-se ao modo de vida da população e

apresenta-se articulada com a disponibilidade de outros equipamentos de uso coletivo.

Na classe um os interlocutores evidenciam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Eles expressam que o número de serviços é bastante reduzido, que são constantemente pressionados por uma alta demanda espontânea. Destacam que a aumento da demanda se agravou após o crescimento populacional acentuado e desordenado na região, principalmente com o surgimento do Itapuã.

“E como não se **consegue atender** toda **demanda**, em função **desses numero** muito **grande** de pessoas que **procuram** e não **conseguem**. E ai, às vezes, **uma** simples **situação** que **poderia** ser **tratada no centro de saúde** vai se tornar em **uma coisa** mais **complicada** .”

Além disso, a falta de acesso aos serviços de Atenção Básica (AB), que tem como foco as ações de prevenção, promoção da saúde, cura e reabilitação, leva a população busca resolver os problemas de saúde de baixa complexidade e média complexidade nos hospitais, principalmente nos serviços de emergência.

Identificou-se que os profissionais têm grande dificuldade para trabalhar com os serviços de referência da rede de saúde do DF porque encaminham as demandas dos pacientes, mas não conseguem marcar a data para resolver o problema, quer seja consulta com médico especialista ou exames clínicos mais complexos.

“Fora aquelas que deixam de **ir** porque

a demora é muito **grande**. Tem gente aí que tem cinco anos aguardando por **cirurgia**. Eu me lembro que na época que eu estava no **posto de saúde**, a gente **conseguiu** fazer um **trabalho** lá dentro que graças a **Deus** a gente **conseguiu reduzir** bastante o **número** da lista de **espera** que estava lá.”

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), embora apresente infraestrutura precária, porque comumente possui apenas os profissionais da equipe básica e poucos equipamentos, tem melhorado o acesso aos serviços básicos de saúde, mas possui baixa capacidade para resolver os problemas de saúde, especialmente aqueles que requerem exames médicos complementares.

As práticas populares de saúde são identificadas como um recurso presente e disponível na comunidade, cuja busca, de uma maneira geral, é acionada antes da procura da rede pública de serviços de saúde. Ainda nessa área, cita-se a “Casa da Erva”, trabalho de fitoterapia e remédio caseiro, que tem representado uma alternativa importante no sentido de fazer frente ao alto custo dos medicamentos. Todavia, verificou-se que essas práticas não são devidamente valorizadas pelos serviços de saúde.

De um modo geral, são desenvolvidas, escassamente, as ações de prevenção e promoção da saúde. São realizadas as ações programáticas, especialmente voltadas para os grupos considerados de risco, estabelecidos pelo Ministério da Saúde e atendimento da demanda espontânea.

Em suma, nesta classe os sujeitos demonstraram que o acesso aos serviços de saúde ainda é bastante difícil, a Atenção Básica não tem conseguido ser a porta de entrada, nem tampouco assumir a coordenação do sistema.

Na classe dois os sujeitos tratam da comunicação entre os profissionais da saúde e os usuários. Destacam que, de modo geral, os profissionais não oferecem a devida atenção às necessidades dos usuários. Nesse sentido ressaltam a importância da comunicação de informações corriqueiras que podem contribuir para diminuição de suas ansiedades.

“Porque, às vezes ele esta ali, esta **passando** mal, mas se você **fala** está **acontecendo** isso assim e assim, ele vai **ficar** satisfeito. Ele vai **ficar aguardando**, mas vai esta sabendo por que ele esta **aguardando**. Por um **motivo** ou outro, mas ele esta sabendo por que você **profissional veio falar** para ele que esta **acontecendo** essa **demora** por isso assim e assim.”

Os usuários se deparam, também, com profissionais de uma mesma equipe, que muitas vezes, dão orientações diferentes para um mesmo problema de saúde. A falta de uniformidade das informações sobre o plano terapêutico entre os profissionais da saúde gera problemas nas condutas a serem tomadas, o que lhes causa grande insegurança.

“Então desta **forma**, eu **acredito** que nem todos os **profissionais falam** a **mesma linguagem**. Alguns dão uma

informação e outras **informações** adversas. Então o desencontro está aí. E por isso há o **mau** entendimento **relacionado** ao **paciente**. Eles acham que estão sendo mal atendidos por isso: falta **informação**, na minha concepção.”

Ademais, evidenciam que, no dia a dia dos serviços de saúde, predomina o uso da linguagem técnica pelos profissionais, comumente usada na área da saúde, que dificulta que os usuários compreendam satisfatoriamente as orientações a serem seguidas.

Além disso, identificou-se que há também problemas de comunicação com os governantes, visto que não têm sido atendidos nas suas prioridades e necessidades. Destacam a falta de ações de saúde voltadas para os diferentes grupos populacionais, principalmente para os adolescentes e para os homens.

“Todos têm que **falar a mesma linguagem** porque a população precisa **caminhar** no mesmo **caminho**, no mesmo rumo. Então, eu como **profissional** e como usuária e **moradora** eu sempre fiquei **do lado** da população para poder fazer com que eles **entendessem** realmente o que estava **passando**.

Na classe três os entrevistados evidenciam, especificamente, sobre a dificuldade de acesso da população rural a diversos tipos de serviço. O transporte público é muito escasso e precário. O comércio é distante e faltam opções de lazer.

Os sujeitos demonstraram também a

gravidade da dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde. A população não possui serviços de saúde para atendimentos de emergência, como acidentes ou surgimento de alguma doença súbita. Quando isso ocorre precisam ir até a cidade para buscar solução para o problema.

“Então, de oito a cinco da tarde. E a noite? O **problema** é esse que o **pessoal** adoece a noite, as **crianças**. Eu mesmo que **moro** no **capão seco**, quantas **vezes** eu sai de casa meia noite com meus filhos **doentes** tendo que **levar pra emergência**.”

A implantação de algumas equipes da Estratégia de Saúde da Família tem aproximado um pouco mais os serviços de saúde da população. Mas é o único serviço que a população pode contar para ajudar na resolução dos seus problemas de saúde.

“Eu estou, às **vezes**, **acompanhando** os **eventos** que eles estão fazendo na **zona rural** com toda **dificuldade**, mas eu acho que para aquelas **pessoas** que **moram** ali o **PSF** é muito **importante** e por sinal está fazendo **muita**.

No entanto, elas são insuficientes, além de algumas equipes estarem incompletas. Os usuários relataram que essas equipes têm trabalhado mais intensamente com os problemas de saúde, baseada na busca pelos serviços de saúde, ou seja, demanda espontânea que requerem pronto atendimento médico. Apreendeu-se, ainda, que essa dinâmica de trabalho dificulta o desenvolvimento de ações junto aos domicílios e às famílias.

Destacaram que os profissionais da ESF têm dificuldade para encaminhar os pacientes para consultas com especialistas da rede de serviços do Distrito Federal. Como consequência, os médicos precisam realizar o mesmo pedido, várias vezes, o que causa grande demora no atendimento.

“Então o que **a gente faz, manda** outro. **Manda** outro. Aí de repente **chega** outro, às **vezes** três. O mesmo paciente com três consultas marcadas, **dias diferentes** e horários **diferentes**.”

Verificou-se que a população, como resultado da escassez das ações de prevenção e promoção da saúde, que se restringem as campanhas de vacinação e mutirões para prevenção de doenças específicas, não valoriza muito esse tipo de cuidado com a saúde e busca os serviços de saúde apenas quando já está doente.

“Principalmente as **pessoas** que tem costume de comer **muita** gordura animal, muito sal. É muito **difícil**. **A gente** tem que está todo **dia** fazendo o trabalho de prevenção. Não pode muito sal e gordura animal. O **peçoal** trabalha muito no sol. **A gente** pede para usar um protetor, usar pelo menos um chapéu.”

Diferentemente do núcleo urbano, a violência entre os moradores do núcleo rural é rarefeita e, quando perpetrada, o é por iniciativa de pessoas que não são moradoras da localidade, ou, então, de trabalhadores não originários do local.

“Você falou de violência, **a gente mora** aqui tudo aberto, **a gente** não tem tanto

esse **problema**, mas nos temos outros agravos que precisam ser trabalhados. **A gente** não tem água tratada, **a gente** não tem rede de esgoto. Entendeu? São outros **problemas**. Eu acho que o **peçoal** que ta mais na frente tinha que **chamar a gente**.”

Por fim, há que se mencionar que nesta classe os sujeitos demonstraram que a população rural tem um modo de vida singular, que são perpassadas por dificuldades de acesso a vários serviços, portanto, requer para a melhoria das suas condições de saúde um plano de ações diferenciado.

O segundo eixo temático, constituído por uma única classe temática, a classe quatro, refere-se predominantemente a falta de disponibilidade de outros equipamentos sociais de uso coletivo que permitam o alcance da integralidade da atenção à saúde.

Nessa perspectiva, quanto à concepção de saúde, identifica-se que está em construção uma representação social da saúde mais ampliada, que inclui o bem estar físico e mental, mas que reivindica por outros elementos que compõe o bem viver, que estão ancorados na constituição vigente como direito à saúde, (moradia, trabalho, educação, lazer).

“estou partindo do principio que o ser **humano** para ta realizado e com saúde ele precisa ter saúde física, saúde **mental**. isso tem que envolver ações do governo, dando oportunidade para-que-se pratique **esporte**, caminhadas, **visitas** em **parques** ecológicos.”

Nessa lógica, está embutido nas representações sociais que o Estado deve garantir as condições necessárias para o desenvolvimento local. Dentre elas, destacam a relevância do acesso à educação, que é considerada insuficiente para atender a demanda da Regional. Têm interferido negativamente na capacidade de busca por oportunidades educacionais as diversas carências econômicas, sociais e culturais vivenciadas pelos jovens da região.

O direito de acesso ao lazer e cultura é enfatizado pelos participantes. A regional do Paranoá tem uma riqueza cultural significativa, mas que precisa ser resgatada para compor o cotidiano das pessoas que ali vivem, pois tem sido atropelado pelo modo de vida moderno.

O bem viver é atravessado pela violência que é um problema grave na região, que se expressa nas formas de homicídios, acidentes de trânsito, agressões com arma branca, a maioria delas vinculadas ao uso de drogas, principalmente do álcool. O aumento dos índices de violência principalmente dos jovens tem sido atribuída a falta de opções de lazer.

“Porque para o meu ver, eu acho, sim, que existem mais **violências** no **Paranoá** por parte **da juventude**, porque **pode** ter o **lazer**, mas **deixa** a **desejar**, não só para **os jovens** como para **os adultos** e também para **os idosos**.”

A revitalização de espaços públicos, com a implantação de algumas medidas para maior controle da violência é considerada fundamental, pois grande parte da população jovem tem como única opção de lazer os bares

da cidade, o que aumenta o consumo de álcool, conseqüentemente das violências.

“agora nos **bares** rola muito aquela coisinha que vocês **acabaram** de falar. eu nem goste de falar esse nome. mas eu acho que **deixa** a **desejar**, porque aqui não tem um clube, eu não me sinto segura aqui para me **divertir** aqui como moradora do **Paranoá**.”

Em suma, os sujeitos reconhecem a insuficiência de medidas atinentes a revitalização das quadras esportivas, do reequipamento do centro urbano, da instalação de kits malhação e de práticas intersetoriais para promover políticas e ações que contribuam para promover a qualidade de vida da população.

DISCUSSÃO

A representação social do SUS que foram identificadas a partir das narrativas dos atores que se encontram na “ponta”, ou seja, daqueles que usam e daqueles que proveem os serviços são reflexo de um sistema de saúde ainda permeado pela dificuldade acesso a atenção à saúde integral.

Destaca-se que, para discutir os conteúdos dessas representações tomamos emprestado as definições de Starfield¹², que tem significados complementares, a acessibilidade diz respeito a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços e acesso se refere ao uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados.

Há que se destacar que, nos últimos anos,

houve significativo crescimento do número de estabelecimentos de Unidades Básicas, especialmente ESF, em 2002 havia de 16.734 e em 2012 existem 36 625 equipes implantadas, com cobertura de 54,1% da população brasileira¹³. A ampliação da ESF tem proporcionado, em algumas regiões do país, a acessibilidade às populações que antes não conseguiam nenhum tipo de atendimento em serviços de saúde, concretizando-se o princípio da universalidade¹⁴.

Todavia, em algumas regiões tais como no DF, segundo demonstram os resultados deste estudo, continua existindo problemas reais no acesso, que podem estar relacionadas à escassez de serviços de Atenção Básica, além da baixa resolutividade dos problemas de saúde devido à precariedade da sua infraestrutura¹⁵.

A comunicação entre os profissionais e usuários é bastante comprometida, pois há problemas no fluxo de informações, bem como nas relações interpessoais. Percebe-se que a queixa da população demonstra que o acolhimento, pensado como uma tecnologia leve desenvolvida para trabalhar a lógica de funcionamento dos serviços de modo a democratizar as relações não tem sido garantida. Esta tecnologia pressupõe a garantia da acessibilidade universal, reorganização do processo de trabalho na perspectiva multiprofissional e qualificação da relação trabalhador-usuário pautada nos princípios da humanização, solidariedade e cidadania¹⁶.

No que diz respeito à população rural o papel da ESF configura-se relevante na medida em que os usuários indicam uma melhora na

possibilidade de acesso aos serviços básicos de saúde, mas ainda são alijados de qualquer outro tipo de serviço, inclusive os de emergência. A dificuldade de acesso a todos os outros tipos de serviços, a saber: saúde integral com sistema de referência e contra-referência, educação, transporte, lazer e outros equipamentos sociais, constituem brechas importantes que as comunidades que ali habitam precisam enfrentar devido à falta de investimento público em serviços básicos, levando a uma sensação mais profunda de isolamento da população que lá vive.

O sentido, o significado e a legitimidade da rede de serviços estão definidos, em última instância, pelo modo como a população percebe os resultados da articulação do conjunto de práticas e de recursos nas suas condições de saúde. E, noutras palavras, neste estudo o que a população expressa é a percepção da ausência e/ou da insuficiência dos cuidados de saúde^{17,18}.

Essas ausências contribuem para a conformação de uma representação bastante negativa do SUS¹⁷, que tem sido reforçado cotidianamente pela mídia em defesa dos interesses privados^{7,17}. As imagens emitidas dos SUS remetem às ideias de longas filas, maus tratos, precariedade⁷.

Estudos têm mostrado que os não usuários do SUS costumam ter pior imagem do SUS daqueles que de fato utilizam frequentemente os serviços públicos de saúde. Estes últimos avaliam o atendimento como de boa qualidade, especialmente os oferecidos pela ESF por possibilitar maior aproximação com os profissionais¹⁹. As avaliações positivas do

SUS, contudo, não tem alcançado o impacto desejado para fortalecer a imagem do SUS que muito tem contribuído para melhorar as condições de saúde da população brasileira.

Para que ocorram mudanças nas representações do SUS, a eficácia rede de atenção à saúde do Paranoá é fundamental, o que demanda um padrão de estruturação, organização e funcionamento dos serviços que seja pautada pela maximização das facilidades no uso desses recursos pela população a eles adstrita. O acesso, nos termos conceituados por Donabedian²⁰, supõe a capacidade de uma produção adequada de serviços de saúde que tem como parâmetro o perfil epidemiológico da população à qual se destina.

Identificou que está em processo de construção nesse cenário, uma representação positiva, de saúde ampliada, que vem exigir, para além do espaço demarcado pelas práticas específicas da atenção à saúde, outros equipamentos de uso coletivo que permitam a promoção da qualidade de vida.

Nesse contexto, destaca-se que a malha de equipamentos e/ou recursos de uso coletivo, apresentou à luz das representações sociais identificadas, outro quadro de ausências, que é complementar a aquelas exaustivamente identificadas no sistema de saúde ²¹. Para um acesso que considere aspectos de natureza cultural e social, é necessária ação planejada, a construção de parcerias intersetoriais que permitam o estabelecimento de novas oportunidades que contribuam com a superação das necessidades em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação social do SUS, em construção, emanada do conjunto de interlocutores participantes deste estudo remete à visão de um sistema de saúde permeado pela dificuldade acesso a atenção à saúde integral.

Uma concepção como esta corre o risco de cristalizar-se se não houver um real investimento no sistema de saúde, por meio da estruturação da rede básica de atenção à saúde, implantação dos diversos níveis de complexidade e o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência, capaz de dar conta do acesso e da integralidade necessária para uma atenção com qualidade.

Não menos relevante é o fato de se considerar que a representação social de saúde faz parte de um processo em construção, e que sua perspectiva mais ampliada demanda que o setor saúde se articule com outros setores da sociedade para colocar em prática políticas intersetoriais capazes de garantir a qualidade de vida da população.

Por fim, reitera-se a necessidade de uma política pública que avance na implantação do SUS e que, que poderá produzir transformações nas representações sociais dos sujeitos, o que, por sua vez, poderá gerar mudanças em suas atitudes e na relação que estabelece com o próprio sistema de saúde, o SUS²¹.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 12 (supl):1819-1829.

2. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 12(2): 301-306.
3. Campos GWS. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(10):2200-2200.
4. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009; 14 (3):743-752.
5. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 1988; 22 (1):57-63.
6. Dallari, SG. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 1991; 25 (5): 401-405.
7. Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. *Texto contexto enferm.* 2007; 16 (3):377-386.
8. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris (FR):P.U.F. ; 1976.
9. Jodelet D. Représentations sociales: um domaine en expansion. In Jodelet D. (organizadora). Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
10. Administração Regional do Paranoá. Disponível em: www.Paranoá.df.gov.br
11. Reinert M. ALCESTE: Une Methologie d' analyse dès donnes textuelles et une application: aurélia de gerard de nerval: *Bulletin de Methologie Sociologique*, 1990; 26:24-54.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : Unesco, 2002.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Sala de Situação em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [date unknown] - [updated weekly cited 2011 Fev 1]. Atualizado semanalmente Available from: <http://189.28.128.178/sage/>
14. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AIJD Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 2009.
15. Shimizu, H.E, Reis, L.S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. *Cien Saúde Colet*, 2011;16 (8): 3461-3468.
16. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AIC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24 (1):100-110.
17. Corrêa ÁCP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2011; 32 (3): 451-457.
18. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde

(SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface*, 2010; 14(35):797-810.

19. IPEA. Sistema de Indicadores de percepção social saúde, 2011. 21p.

20. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

21. Gomes AMT, Oliveira DC, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Rev. bras. enferm*, 2011; 64(4):631-638.

Artigo apresentado em 01/03/2012

Artigo aprovado em 30/03/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012