



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Lenise Lobo da Silva**

**O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários**

**Rio de Janeiro**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Lenise Lobo da Silva

**O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários**



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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Lenise Lobo da.  
O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários / Lenise Lobo da Silva. - 2008  
174 f.

Orientadora: Denize Cristina de Oliveira.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Serviços de saúde – Aspectos sociais. 3. Representações sociais. 4. Enfermagem em saúde pública. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

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

---

Assinatura

---

Data

Lenise Lobo da Silva

**O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários**

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

Aprovada em

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof. Dr. Túlio Batista Franco  
Universidade Federal Fluminense – Saúde Coletiva

---

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2008

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação ao meu marido, Luiz que sempre me estimulou a dar esse grande passo. Esse companheiro, com muita sabedoria, discernimento, bom senso e dedicação esteve ao meu lado me encorajando nas horas difíceis e compartilhando momentos felizes.

Aos meus filhos queridos, Laís, Luiz Felipe e Larissa.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira, profissional competente, admirável, presença segura, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade.

À minha mãe e irmãos por estarem presentes na minha vida e poder ter a certeza de suas ajudas no dia a dia.

À minha filha Laís pela ajuda técnica nas traduções e companhia nos momentos cruciais como a aplicação dos questionários.

À Luiz Felipe e Larissa pela ajuda nas digitações intermináveis...

Aos meus diretores, do Hospital Municipal de Macaé como do CEFET Campos UNED Macaé, que possibilitaram o meu afastamento e ajuda irrestrita para execução deste trabalho.

Ao Coordenador de Enfermagem Luciano e a Enfermeira Maria Aparecida pelo apoio fornecido.

A todos meus amigos e amigas que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação.

À Jairo, colega de turma, companheiro de viagem, de discussões e sugestões.

Aos usuários que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa Dissertação de Mestrado.

Macaé, nossa terra querida,  
Se os anos te fazem crescer,  
Para nós tu és terra onde a vida  
Fica sempre em constante nascer.

*Antônio Alvarez Parada*

## RESUMO

SILVA, Lenise Lobo da. **O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários.** Brasil. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Esta pesquisa objetivou analisar as representações sociais dos usuários em relação ao acesso aos serviços e ações de saúde, oferecidos em nível de atenção primária, secundária e terciária, buscando subsídios para a discussão da participação da enfermagem nesse sistema. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada em 2008, através da aplicação de questionário e da técnica de evocação livre aos termos indutores “SUS” e “serviços de saúde de Macaé”. Os sujeitos do estudo foram 150 usuários que utilizavam os serviços de saúde de Macaé há um ano ou mais, na faixa etária acima de 21 anos. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, análise de conteúdo temática e de análise do núcleo central das representações sociais. A análise dos dados demonstrou que há um posicionamento positivo na representação quando as dimensões do acesso são avaliadas, assim como uma negatividade referente a aspectos pontuais da organização dos serviços. A avaliação negativa se refere à faceta do atendimento associada à demora e à falta de medicamentos. Outros conteúdos da representação caracterizam uma dimensão biomédica e de medicalização da atenção à saúde em todos os níveis. A representação social dos serviços de saúde de Macaé refere-se a questões relativas ao atendimento, enquanto a representação social do SUS é caracterizada pela saúde e pela organização dos serviços. Considera-se que o SUS é uma porta para democratização do campo da saúde, e que para isso todos os atores envolvidos na atenção, como gestores, usuários e profissionais devem assumir o seu papel de co-responsáveis no processo de produção da saúde. Destaca-se a necessidade de uma atuação da enfermagem e da equipe multiprofissional, centrada em uma clínica solidária, que rompa com a produção de procedimentos focados essencialmente em atos prescritivos, possibilitando, dessa forma, adequar o avanço legal com a prática cotidiana dos serviços de saúde.

Palavras-chave: SUS. Acesso aos serviços de saúde. Atendimento em saúde. Representação social.

## ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the social representations of users in relation to the access to health services and actions offered at the primary, secondary and tertiary levels, searching for information to substantiate the discussion on the role of nursing in this system. This is a quantitative, descriptive and exploratory study based on the Theory of Social Representations. The data were collected in 2008 using a questionnaire and a free association technique related to the terms "SUS" and "Macaé health services". The participants included 150 users who had been using the Macaé health services for at least one year, over the 21 age group. The data were analyzed through descriptive statistics, analysis of thematic content, and analysis of the central core of the social representations. Data analysis showed that there is a positive position in the representation when the dimensions of access are evaluated, as well as negative aspects concerning the organization of services. The negative evaluation appears in relation to the care component associated with waiting times and lack of medicine. The biomedical and medical dimensions of care at all levels were also expressly met. The social representation of the Macaé health services raised questions regarding care, while the social representation of the SUS is featured in health and organization. The SUS is seen as a gateway to democratization in the field of health. In order to achieve this, all the players involved in care-giving, such as managers, users and professionals, must assume their role of joint responsibility in the health production process. There is a need for the performance of the nursing and the professional team to be centered on a clinic caring which breaks with the production of procedures focused primarily on prescriptive acts, therefore placing it strategically *vis-à-vis* the other players to promote the legal progress of daily practice.

Keywords: SUS. Access to health services. Health care. Social representation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- COEP - Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ
- DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais
- EVOC - Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations
- FMHM - Fundação Municipal Hospitalar de Macaé
- FMS - Fundo Municipal de Saúde
- HPM - Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva
- IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensão
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICMS - Imposto Sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
- IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
- ISS - Imposto Sobre Serviços
- NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PIB - Produto Interno Bruto
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde do município de Macaé
- SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa de localização de Macaé no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro.....	44
Figura 2 -	Mapa do plano diretor de regionalização, ano 2001/2004 – região norte fluminense.....	52
Figura 3 -	Estrutura da rede pública de saúde de Macaé – RJ.....	58
Figura 4 -	Fachada do centro de saúde Dr.Jorge Caldas.....	65
Figura 5 -	Recepção e pátio interno do centro de saúde Dr.Jorge Caldas...	65
Figura 6 -	Fachada do centro de especialidades Dr. Moacyr Santos.....	67
Figura 7 -	Interior do centro de especialidades Dr. Moacyr Santos.....	67
Figura 8 -	Fachada do HPM.....	68
Figura 9 -	Circulação interna e enfermaria do HPM.....	69
Figura 10	Esquema de um quadro de quatro casas.....	77
Figura 11 -	Estrutura da representação social dos usuários, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008.(n=146).....	87
Figura 12 -	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui nível de escolaridade médio completo ou nível superior, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008.(n=57).....	90
Figura 13 -	Estrutura da representação social dos usuários, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=149).....	91
Figura 14 -	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui escolaridade do médio completo ao superior, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=56).....	92

Figura 15 -	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui renda mensal de até 2 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n= 53).....	93
Figura 16 -	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui renda mensal de 2 a 5 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=66).....	93
Figura 17-	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários da atenção primária, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=50).....	102
Figura 18-	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários da atenção secundária, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=50).....	103
Figura 19-	Estrutura da representação social do subgrupo de usuários da atenção terciária, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=49).....	104

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados gerais do município de Macaé, 2007.....	45
Tabela 2 -	População residente por ano, Macaé, 2007.....	47
Tabela 3 -	Distribuição demográfica da população por sexo e faixa etária. Macaé, 2007.....	48
Tabela 4 -	Estabelecimento de saúde: público, particular e empresas. Macaé, 2007.....	53
Tabela 5 -	Número de internações, média de permanência, número de óbitos e taxa de mortalidade por especialidade – 2006.....	54
Tabela 6 -	Modelo de atenção básica e percentual da população coberta pelos programas, nos anos de 2000 a 2006.....	55
Tabela 7-	Dados e indicadores financeiros anuais. Macaé – RJ.....	56
Tabela 8 -	Quantitativo e custo dos procedimentos ambulatoriais. Macaé, 2006.....	57
Tabela 9 -	Principais queixas do sistema de saúde público municipal.....	61
Tabela 10 -	Distribuição dos usuários do SUS em relação ao sexo, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.....	79
Tabela 11 -	Distribuição dos usuários do SUS em relação a faixa etária, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.....	80
Tabela 12 -	Distribuição dos usuários do SUS em relação a sua situação de trabalho, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.....	81
Tabela 13 -	Distribuição dos usuários do SUS em relação ao nível de escolaridade, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.....	81
Tabela 14 -	Distribuição dos usuários do SUS em relação a renda mensal, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.....	82
Tabela 15 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação ao tempo de utilização dos serviços de saúde prestados pelo município . Macaé, 2008.....	95

Tabela 16 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação a sua frequência em serviços de saúde do município. Macaé, 2008.....	96
Tabela 17 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados e sua percepção sobre a estrutura física dos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.....	96
Tabela 18 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação a facilidade para se chegar aos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.....	97
Tabela 19 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação a avaliação do seu atendimento pelos profissionais dos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.....	98
Tabela 20 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação a existência e disponibilidade para si de atendimento ou exame nos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.....	98
Tabela 21 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação à sua facilidade de conseguir atendimento em serviços de saúde do município. Macaé, 2008.....	99
Tabela 22 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados e o quantitativo que foi referenciado para outro serviço de saúde. Macaé, 2008.....	100
Tabela 23 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé que foram referenciados de um serviço a outro e o tipo de encaminhamento feito, segundo os serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.....	100
Tabela 24 -	Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, que foram referenciados de um serviço para outro e a existência de contra-referência a partir desses atendimentos. Macaé, 2008.....	101

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>22</b>
1.1	<b>A construção das políticas de saúde no Brasil .....</b>	<b>22</b>
1.2	<b>O contexto atual do Sistema Único de Saúde – SUS .....</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS.....</b>	<b>30</b>
2.1	<b>Caracterizando acesso .....</b>	<b>30</b>
2.2	<b>O acesso às ações e serviços no SUS .....</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>A TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O CAMPO DA SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>O MUNICÍPIO DE MACAÉ .....</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>62</b>
5.1	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>62</b>
5.2	<b>Sujeitos do estudo .....</b>	<b>63</b>
5.3	<b>Cenários do estudo .....</b>	<b>65</b>
5.3.1	<u>Centro de saúde Dr. Jorge Caldas .....</u>	<u>65</u>
5.3.2	<u>Centro de especialidade Dr. Moacyr Santos .....</u>	<u>66</u>
5.3.3	<u>Hospital público municipal Dr. Fernando Pereira da Silva .....</u>	<u>68</u>
5.4	<b>Técnicas de coleta de dados .....</b>	<b>70</b>
5.5	<b>Aspectos éticos de pesquisa .....</b>	<b>73</b>
5.6	<b>Tratamento e análise dos dados .....</b>	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
6.1	<b>Caracterização dos sujeitos do estudo .....</b>	<b>79</b>
6.2	<b>Representação social do SUS e dos serviços de saúde.....</b>	<b>83</b>
6.2.1	<u>Os conceitos do SUS na percepção dos usuários.....</u>	<u>83</u>
6.2.2	<u>A estrutura da representação social do SUS .....</u>	<u>87</u>
6.2.3	<u>A estrutura da representação social dos serviços de saúde .....</u>	<u>90</u>
6.2.4	<u>Comparando as representações sociais do SUS e dos serviços de saúde .....</u>	<u>93</u>
6.3	<b>As dimensões do acesso .....</b>	<b>95</b>

6.3.1	<u>Avaliando as dimensões que envolvem o acesso</u> .....	95
6.3.2	<u>Representação social do acesso em nível de atenção primária, secundária e terciária</u> .....	101
6.3.3	<u>Representação social do acesso e suas implicações para as práticas multiprofissionais de saúde e de enfermagem</u> .....	106
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	113
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
	<b>APÊNDICE A</b> – Instrumento de coleta de dados .....	129
	<b>APÊNDICE B</b> - Banco de dados .....	136
	<b>APÊNDICE C</b> – Padronização de palavras para análise das evocações para o termo “SUS” .....	146
	<b>APÊNDICE D</b> - Relatórios EVOC para o termo “SUS” .....	151
	<b>APÊNDICE E</b> - Padronização de palavras para análise das evocações para o termo “serviços de saúde de Macaé” .....	158
	<b>APÊNDICE F</b> – Relatórios EVOC para o termo “serviços de saúde de Macaé” .....	162
	<b>APÊNDICE G</b> – Quadro demonstrativo da construção de categorias .....	168
	<b>APÊNDICE H</b> – Estruturas das representações sociais do subgrupo de usuários, por nível de escolaridade, ao termo indutor “SUS” .....	170
	<b>APÊNDICE I</b> – Estruturas das representações sociais do subgrupo de usuários, por nível de escolaridade, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé” .....	171
	<b>APÊNDICE J</b> – Estruturas das representações sociais do subgrupo de usuários, por renda mensal, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé” .....	172
	<b>APÊNDICE L</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	173
	<b>ANEXO</b> – Planta de localização das unidades de saúde em relação a área urbana.....	174

## INTRODUÇÃO

Definir acesso não é uma tarefa muito simples, uma vez existirem inúmeras dimensões que envolvem a efetiva utilização dos serviços de saúde. Se o conceito é de difícil formalização, a sua compreensão prática é ainda mais penosa, especialmente por parte dos usuários, que se deparam no cotidiano de relação com os serviços com dois fenômenos distintos: dificuldades para a concretização do atendimento buscado, e insatisfação com o atendimento recebido, por considerarem que as suas demandas/necessidades não foram atendidas.

A literatura e o conhecimento científico consideram, como cita Unglert (1990) que o acesso à saúde extrapola a assistência à saúde em si e que a acessibilidade aos serviços é fundamental para a concretização do direito que todos tem de obter serviços de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente, conforme referem Acúrcio e Guimarães (1973).

Muitos pesquisadores, como Ramos (2003) e Adami (1993), referem-se a acesso levando-se em conta três subcategorias: a) acesso geográfico, considerando, por exemplo, forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância da unidade à moradia; b) acesso econômico, referindo a custo do deslocamento, recebimento de medicamentos ou outros insumos; c) acesso funcional, considerando questões afetas à qualidade do atendimento, tais como ser bem recebido, experiências prévias bem sucedidas, ingresso e permanência facilitados, existência do serviço que o usuário procura, tempo de espera, dentre outros.

Dentro desse contexto, Andersen (1995) discorre sobre o acesso afirmando que é uma medida de política de saúde relativamente complexa, definida em termos multidimensionais, e que o uso dos serviços de saúde e o acesso a tratamento são partes do maior setor de nossa economia.

O acesso, por outro lado, é considerado como um dos principais critérios de avaliação da qualidade dos serviços, tendo havido uma vigorosa retomada do tema nos últimos anos, especialmente a partir da reforma constitucional de 1988, conforme citado por vários pesquisadores (SANTOS, 1995; LIMA et al., 2007; REIS et al., 1990; RAMOS, 2001; FRANCO; CAMPOS, 1998).

Dessa forma, nos dias de hoje em meio aos esforços de efetivação do SUS, com um modelo de assistência à saúde baseado no acesso universal, há uma expectativa dos usuários de que haja realmente o cumprimento desse princípio constitucional e que a acessibilidade seja efetiva. Esse é, segundo Oliveira et al. (2008) o diferencial mais importante em relação ao modelo assistencial anterior, sendo abordado frequentemente pela mídia e verificado em outros estudos sobre o tema.

Assim, consideramos que o objeto de estudo eleito para esta pesquisa ganha atualidade e permite avançar no conhecimento desse fenômeno através do olhar e do pensar desenvolvido pelos usuários. Para essa abordagem escolhemos a teoria de representações sociais, constituindo um saber do senso comum sobre as modalidades e impasses de utilização das ações e serviços de saúde. Embora a pesquisa não envolva dados provenientes dos meios de comunicação de massa, os processos de difusão, propagação e propaganda influem no processo de formação das representações, conforme definidos por Moscovici (1978).

Portanto, o estudo das políticas públicas de saúde, especificamente o viés relativo ao acesso aos serviços e ações de saúde, torna-se relevante no sentido de permitir apontar, através da percepção dos usuários, as reais possibilidades, expectativas e necessidades colocadas para a rede pública de saúde. Importante também lembrar que a percepção do usuário deve ser complementada com o olhar técnico, ou seja, deve-se basear tanto em critérios objetivos quanto subjetivos para uma percepção ampla da realidade vivenciada nos serviços. (KLOETZEL et al., 1998; RAMOS e LIMA, 2003).

Dessa forma, acreditamos que o entendimento, a análise crítica e o movimento de gerar propostas em relação às políticas públicas de saúde são responsabilidade de todos os cidadãos e, especialmente, dos que trabalham nessa área.

A partir da nossa prática profissional como supervisora de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Macaé (SEMUSA), no período de 2001 a 2003, especificamente na Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria, percebemos empiricamente que as políticas de saúde formuladas e concretizadas por essa secretaria, apesar de todos os seus esforços, não atendiam ao objetivo de oferecer à população serviços de saúde que satisfizessem aos seus anseios e às suas necessidades.

Somando-se a tudo isso, associamos o fato do município de Macaé possuir, atualmente um diferencial, em relação a maioria dos municípios brasileiros, em termos de receita e crescimento populacional decorrente da exploração de petróleo na Bacia Costeira de Campos pela Petrobrás, desde 1974. A partir daí, Macaé começou a sofrer profundas mudanças em sua economia e cultura, recebendo grande quantidade de pessoas de várias partes do país e do mundo, a fim de atender a crescente demanda desta cidade por mão-de-obra especializada e que até hoje ainda não foi suprida, atraindo um grande fluxo de imigrantes em busca de empregos e salários oferecidos nas atividades de apoio a extração do petróleo. Mais de quatro mil empresas se instalaram no município e a população foi multiplicada por três, sendo hoje de quase 200 mil habitantes (MACAÉ, 2008a).

O petróleo é maior força econômica de Macaé, pois na área marítima são extraídos 83% do petróleo nacional. Até 2010, a Petrobras vai investir US\$ 25,7 bilhões na Bacia de Campos, o equivalente a 80% dos recursos da empresa em exploração e produção para todo o país. Pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) apontou a cidade como a que mais se desenvolveu na última década no eixo Rio-São Paulo. Em função do desenvolvimento econômico, Macaé foi eleita pelo jornal A Gazeta Mercantil como a cidade mais dinâmica do estado, levando em consideração o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (MACAÉ, 2008b).

Dessa forma, pode-se dizer que por um lado temos um diferencial econômico, por outro o impacto desse crescimento em termos do contingente de novos usuários, com inúmeras necessidades de saúde, desafiando a capacidade instalada de serviços da região, em todos os níveis de atenção, dos recursos básicos de saúde à atenção terciária. Considera-se como Donabedian (1973) aponta há décadas, que o sistema de saúde existe para satisfazer alguma necessidade e essas têm uma expressão sempre complexa.

Nesse contexto, entende-se, para fins deste trabalho, atenção primária à saúde como a assistência sanitária primordial onde se utilizam métodos e tecnologias práticas, com bases científicas, aceitáveis socialmente, colocadas ao alcance de toda população, a um custo real em todas as etapas do seu desenvolvimento. A atenção secundária à saúde é definida como nível de atenção composto por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e também

de pequenos hospitais de média tecnologia, incorporando funções do nível primário e adicionando tratamento especializado, com o objetivo de reabilitação. Como atenção terciária à saúde, compreende-se o nível de atenção que integra grandes hospitais gerais e especializados, que detêm tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços (CECÍLIO, 1997).

A escolha da abordagem psicossocial, através da teoria das representações sociais, para esse estudo, deveu-se à compreensão de que o uso dos serviços de saúde e a satisfação ou não quanto ao atendimento recebido, resultam em construções mentais elaboradas socialmente, que circulam nas comunicações estabelecidas entre os indivíduos, fazendo parte de uma lógica cultural e de valores presentes na sociedade, quer sejam latentes ou manifestos (JODELET, 2001).

Concordando com Sá (1996) acredita-se que nas representações dos grupos sociais pode-se encontrar conceitos presentes tanto no universo reificado ou científico, como também conceitos presentes nas comunicações do senso comum, do universo consensual. Considera-se que é a partir das representações sociais do acesso e do direito à saúde que os grupos influirão na definição das políticas públicas, pois estas se desenham, muito frequentemente, através dos interesses sociais, uma vez que a realidade reapropriada e reestruturada vai representar para o grupo social de usuários a realidade mesma, conforme afirma Oliveira (1996). A representação social é considerada uma forma de visão de um objeto e também de um sujeito; serve como guia para a ação, orienta o agir e as relações sociais (ABRIC, 1998).

O acesso, por sua vez, também se caracteriza a partir de como os modelos de saúde se apresentam historicamente, e de como os sujeitos se apropriam dessa mesma realidade histórica, constituindo representações e memórias (GIOVANELLA e FLEURY, 1995).

Assim, as representações sociais vão se constituir como uma dimensão ideológica das políticas públicas, uma vez que as demandas são atendidas de acordo com o poder de pressão dos grupos sociais mais organizados, fazendo com que o acesso seja diferencial entre regiões e entre municípios de um mesmo estado, por exemplo.

Considerando as proposições de Abric (1998) e Jodelet (2001) sobre as relações entre representações e práticas, esperamos através da última observar

como os preceitos do SUS estão se consubstanciando na prática atual, resultando em garantia e percepção do acesso aos serviços de saúde pelos usuários. Dessa forma este estudo pretende colaborar para a compreensão do processo de produção social da saúde, que teve como marco a Constituição Federal do Brasil de 1988.

A partir do exposto, definimos como objeto deste estudo o acesso aos serviços e ações de saúde, analisado a partir das representações dos usuários do SUS, implicando na utilização de diferentes níveis hierárquicos de atenção à saúde.

O objetivo geral da pesquisa foi definido em termos de analisar a representação social dos usuários sobre o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé, buscando subsídios para a problematização da participação da enfermagem nesse processo.

Instituímos como objetivos específicos:

- ⇒ Conhecer as representações sociais dos usuários em relação ao acesso aos serviços e ações de saúde oferecidos em nível de atenção primária, secundária e terciária em Macaé;
- ⇒ Analisar e comparar as representações sociais dos usuários em relação ao SUS e aos serviços de saúde de Macaé, buscando identificar a sua sobreposição ou distinção;
- ⇒ Discutir as representações sociais do acesso aos serviços de saúde do município e suas implicações para as práticas da enfermagem;

Com a análise da temática do acesso universal aos serviços de saúde, esperamos contribuir com o município de Macaé dando subsídios para a avaliação de política municipal de saúde, no que se refere ao acesso às ações e serviços. Para os usuários, espera-se que ao lhes dar voz, possa-se permitir que as suas necessidades e representações sejam consideradas no planejamento em saúde local. Para a enfermagem, espera-se estimular a reflexão sobre as suas práticas para construção de um atendimento mais equitativo, integral e participativo e, assim, repensar as suas práticas buscando a melhoria do atendimento à saúde da população.

## 1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

### 1.1 A construção das políticas de saúde no Brasil

Durante a Primeira República (1889 –1930) a saúde, pela via da política, foi alçada à posição de grande problema e ao mesmo tempo, de solução nacional na medida em que era através de políticas de saúde que se fazia a expansão da autoridade estatal.

Assim, podemos dizer que as políticas de saúde, há mais de um século, vêm se destacando dentre as demais políticas públicas do país. Na virada dos séc. XIX e XX, a capital da recém proclamada República Federativa do Brasil foi acometida por uma crise sanitária oriunda de doenças tropicais que afetou a população local e o comércio exportador, prejudicando assim, a imagem do novo país. Essa situação obrigou o governo a realizar a primeira grande iniciativa de saúde pública, com a intervenção do médico Oswaldo Cruz, que realizou campanhas contra a peste e a febre amarela, gerando, desde aquela época, polêmicas e contradições (LIMA et al., 2005).

Já no período do primeiro governo de Getúlio Vargas (1930 –1945), na chamada Revolução de 1930, fortaleceu-se o aparato estatal em saúde, porém, utilizando um modelo verticalizado, centralizado e setorializado.

Dentro desse contexto o Ministério da Saúde, criado em 1953, trouxe do antigo Departamento Nacional de Saúde (DNS) uma estrutura centralizada em inúmeros programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Nessa década foi enfatizada a necessidade de combater as endemias rurais das quais a malária era o grande problema dos organismos internacionais. Os pronunciamentos oficiais e as posições políticas no campo da saúde pública estavam atreladas à discussão da associação entre saúde, doença, problemas de desenvolvimento do país e a existência da pobreza, principalmente nas áreas rurais.

A partir deste cenário, Lima et al. relatam que:

[...] o sanitarismo desenvolvimentista, [...] reagia ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país associado a falta de informações e dados vitais - legados do Estado Novo -, e

propugnava a compreensão das relações entre a pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país (LIMA et al., 2005, p. 49).

Sabemos que existiam divergências entre alguns pensadores da saúde pública, os quais identificavam que as relações causais entre as estratégias políticas e institucionais para alterar o quadro sanitário eram insuficientes para superar o sub-desenvolvimento.

Dando continuidade a este cenário, no período compreendido entre 1945 e 1964, o país continuava a ser predominantemente rural. O combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis se manteve, principalmente através do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e, posteriormente, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que mobilizou recursos humanos e financeiros que foram associados aos projetos e à ideologia de desenvolvimento. Ao final do ano de 1963, a III Conferência Nacional de Saúde iniciou a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços médico-sanitários. Esse movimento na direção da descentralização, da horizontalidade e articulação com reformas sociais foi encerrado com o golpe militar de 1964 (LIMA et al., 2005).

Assim no final da década de 1960 os serviços hospitalares apresentavam elevada complexidade, grande mobilização de importação de medicamentos e equipamentos, assim como sua produção, com a crescente formação profissional de médicos e outras categorias profissionais de saúde. A lógica da organização dos serviços de saúde no Brasil era assim, segundo Hubner e Franco (2007), pautada em um modelo em que a prática médica estava atrelada ao tempo de contato que esses tenham tido, ou estavam tendo com laboratórios de ciências biomédicas e com clínicas hospitalares bem equipadas.

Em 1966, o Governo Federal criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP). Como cada Instituto tinha rede própria de serviços de assistência, essa união tornou o INPS o maior empregador dos serviços de saúde, sendo que esses recursos eram maiores dos que dispunham o próprio Ministério da Saúde. No ano de 1974, o governo criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), essa criação marcou a divisão entre a medicina preventiva com assistência médica hospitalar e ambulatorial dos pobres (sem carteira de trabalho)

pelo Ministério da Saúde e a saúde previdenciária dos empregados (com carteira de trabalho) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (ESCOREL, 1995). O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada, através de convênios remunerados por procedimentos, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde (LIMA et al., 2005).

Para sustentar essa grande empreitada foi necessário o crescimento da Previdência Social, que após alguns anos entrou em crise devido à necessidade de retorno ao sistema para garantir o lastro financeiro referente a despesas crescentes com as aposentadorias e pensões (LIMA et al., 2005).

Em contrapartida, ao longo da década de 80, o INAMPS passou por sucessivas mudanças com a universalização progressiva do atendimento, significando uma transição para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). É por meio de portaria inicialmente do INAMPS, que institui-se a NOB/1991 (Norma Operacional Básica) que apresentou uma grande conotação capitalista e este órgão, na época, era o único gestor de fato. A NOB/1992, por sua vez, forneceu instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais à saúde, através da normatização da assistência à saúde no SUS. Com o propósito de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS, criou-se a NOB/1993. Dentro deste contexto, o INAMPS foi incorporado, em 1990, pelo Ministério da Saúde e finalmente extinto em 1993 (STRALEN, 1995; BRASIL, 2006a).

Não podemos deixar de lembrar que anterior à Constituição Federal de 1988, houve o movimento que culminou com a Reforma Sanitária, que foi gestada a partir da década de 70, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como um valor estruturante. Esta reforma vem transformando as condições de saúde e de atenção à saúde da população. Visa a inclusão social e diminuição das desigualdades. Teve como se viu um cenário de ações verticalizadas, centralização do governo federal, forte presença do setor privado na área assistencialista e processo estancado entre saúde pública e assistência médica previdenciária.

Apesar de tudo isto e corroborando o que foi estabelecido na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, em 1978, que afirmou a saúde como um direito fundamental do ser humano, a responsabilização dos governos, o direito de participação da população nas decisões o repúdio perante

as desigualdades sociais; como também na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986, que foi defendida a idéia de que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento pessoal, econômico, social e tem grande influência na qualidade de vida. Enfatizou-se a necessidade da comunidade atuar plenamente neste processo e este movimento se reveste de novas premissas, de novos valores (BUSS, 2000).

Vale ressaltarmos a expressiva participação, na VIII Conferência Nacional de Saúde, dos usuários como nos aponta Carvalho:

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala em que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (Carvalho apud BRASIL, 2006b p. 53).

O documento final da VIII Conferência serviu como subsídio para a inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) no capítulo da Saúde na Assembléia Constituinte.

Neste processo, temos a descentralização que representa a redistribuição da responsabilidade pelas ações e serviços de saúde através de vários níveis governamentais e teve seu início com ações de alguns municípios que adotaram programas descentralizados de saúde, e essas experiências foram consideradas como laboratório do Sistema Unificado e Descentralizado em Saúde – SUDS, para posteriormente na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, serem aprovadas as bases de constituição do Sistema Único de Saúde.

## 1.2 O contexto atual do Sistema Único de Saúde – SUS

As políticas públicas representam o “Estado em ação”, ou seja, são instrumentos utilizados pelo Estado para amenizar as desigualdades originadas no mercado, tentando garantir a todos um certo grau mínimo de bem estar social. As políticas públicas são vistas diferentemente nas diversas concepções políticas (AZEVEDO, 1997). Podemos entendê-las como partes de uma totalidade maior.

Elas emergem a partir do conflito de interesses e da correlação de forças estabelecida entre grupos sociais distintos. O conceito de políticas públicas e as linhas básicas dessas políticas na área da saúde são, atualmente, definidas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, houve um direcionamento da participação social na formulação de políticas públicas, no controle da ação Estatal, associando estes elementos à descentralização. Este novo período de descentralização incorporou os projetos de organismos internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde que preconizou o modelo local de saúde (LUZ, 2006).

A partir daí, de acordo com a Constituição Federal, em seu artigo 196, a saúde é um direito de todos, é dever do Estado; o Estado deve prover acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Essas políticas públicas de saúde foram consolidadas com base na mudança de visão da sociedade que incorporou a saúde como um direito de cidadania (LUZ, 2006).

Dessa forma, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se alterando a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão. Isto é decorrente de vários fatores como por exemplo a promulgação da Constituição Federal de 1988 que definiu seu arcabouço jurídico-institucional; sua regulamentação através das Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) que dá grande ênfase à descentralização de ações e serviços para os municípios, regula setor privado, especifica as competências especialmente do Ministério da Saúde e do município, como também a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, que se concretizou após intensas mobilizações da sociedade civil organizada decorrente de vetos presidenciais de alguns artigos da Lei Orgânica que diziam respeito às questões relativas a instituição dos conselhos e das conferências de saúde (BRASIL, 1990a; 1990b, 2006a).

Dessa forma, podemos dizer que o SUS foi instituído através da Lei Orgânica nº. 8080/90 e a área de saúde, de maneira pioneira através da Lei 8.142/90 estabeleceu a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde; dessa forma temos a regulamentação e implementação desses dispositivos na área de saúde (BRASIL, 1990a, 1990b; 2006a). E como afirmam Gomes, Oliveira e Sá

(2008), a participação popular faz parte da estrutura do SUS e foi uma das razões de sua implantação.

Aliado a tudo isto, como citado anteriormente, tivemos de forma complementar as NOB (Normas Operacionais Básicas) do SUS, definindo a competência de cada esfera de governo e as condições necessárias para que todos os municípios assumissem as atribuições do SUS. Assim, com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde tivemos a NOB/1993 que institucionalizou as comissões tripartite e bipartite. Já com a NOB/1996, há a consolidação da política da municipalização, instituindo a gestão plena do sistema municipal e da atenção básica, redefinindo as responsabilidades da união e dos estados, constituindo assim, um dos principais instrumentos estruturais do SUS. Em 2001, é editada a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde), que criou mecanismos de fortalecimento da gestão do SUS, através da ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência. Já a NOAS/2002, aperfeiçoou a anterior, criando um conjunto de estratégias para a regulamentação da assistência, estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, estabelecendo critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados (BRASIL, 2006a).

Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através desse Sistema, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas (contratadas pelo gestor público de saúde).

Não podemos deixar de lembrar, dentro deste contexto, como cita Cecílio (1997), que todo e qualquer serviço de saúde é (ou deveria ser) espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço dos cidadãos. Dessa forma, o SUS objetiva prover, tanto um acesso universal aos cuidados básicos de saúde quanto os de ponta (GOMES; OLIVEIRA e SÁ, 2008; OLIVEIRA et al., 2007a; OLIVEIRA et al., 2008).

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, compondo os recursos dos governos federal, estadual e municipal que são responsáveis pela sua aplicação conforme definido nas Leis nº 8080/90, nº 8142/90 e a Norma Operacional Básica do ano de 1996 que tratam sobre o financiamento (BRASIL, 1990a; 1990b; 1997; 2006a).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro atende à população de modo geral, trabalhadores urbanos, rurais, aqueles excluídos do sistema anterior, classe média e a burguesia que muitas das vezes utilizam serviços de maior custo (OLIVEIRA et al., 2008) e não deveria ser diferente na medida em que o objetivo principal o SUS é tornar-se um importante mecanismo de promoção no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços de qualidade, adequados às necessidades dos grupos sociais, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS prevê ainda promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (vigilância epidemiológica) são algumas das responsabilidades da atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público.

A partir de todos esses instrumentos citados anteriormente, podemos dizer que temos como princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde. Tentamos assegurar a universalização do acesso aos serviços de saúde, uma vez que todos têm direito ao atendimento; a equidade, relaciona-se com a justiça social e parte do pressuposto que todo cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades individuais, levando-se em consideração os direitos de cada um de acordo com as suas diferenças; a integralidade considera a prestação de uma assistência integral em que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação são indissociáveis.

Arelado a estes princípios doutrinários, temos os princípios organizativos - regionalização, descentralização e participação popular, que a partir destes outros vão orientar o processo, ou seja, são formas de viabilizar o SUS na prática (BRASIL, 2001). Segundo Gomes, Oliveira e Sá (2008), os princípios organizativos são estratégicos para se alcançar a concretização do modelo de saúde.

Através da regionalização e hierarquização os serviços devem articular-se, organizar-se “em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e, com definição e conhecimento da clientela a ser atendida” (BRASIL, 2001, p. 302). Com a descentralização esperamos que haja distribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. O município deve ser responsável pela saúde e para isto deve ter condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Finalizando, acreditamos que a participação popular deve estar presente diariamente no sistema, através dos Conselhos e as Conferências de saúde, “que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde” (BRASIL, 2001, p. 303).

Dentro desse contexto, devemos nos lembrar que como mencionado na VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito da saúde foi ampliado, abordando a qualidade de vida (ADAMI, 1993).

Aliada a essa perspectiva, Buss (2000) aponta para uma melhoria efetiva, nos últimos anos, nas condições de vida e saúde da população. Isto decorrente de progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e do âmbito da saúde. Em contrapartida cita fatores como inadequada distribuição de renda, analfabetismo, baixo grau de escolaridade, péssimas condições de habitação e ambiente degradado levando países como o Brasil, a péssimas condições de vida e saúde.

## 2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS

### 2.1 Caracterizando acesso

No final da década de 60 os modelos de uso de serviços começaram a ser desenvolvidos com a intenção de se compreender como e por que as famílias usavam os serviços de saúde. Posteriormente a unidade de análise mudou para o indivíduo devido a dificuldade de desenvolver medidas que englobassem a heterogeneidade dos membros da família. Assim, observou-se que fatores exógenos como demográfico (idade, sexo), estrutura social (o quanto o ambiente é saudável) e também fatores como crenças de saúde (atitudes, valores, conhecimento de saúde), recursos disponíveis (incluindo pessoal, familiar e comunitário) e necessidade de saúde influenciava o uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Andersen (1995), discorre ainda, sobre o modelo de 1970 desenvolvido por Aday e outros colaboradores, onde cita que o diferencial, no uso dos serviços pela população, foi a inclusão do sistema de saúde, valorizando a política nacional de saúde. Outro fator importante, neste período, foi a inclusão da satisfação dos “consumidores”.

Dando continuidade cronológica, o modelo de 1980 -1990, associa a melhoria e manutenção da condição de saúde da população com o uso dos serviços que reconhece a importância de variáveis como ambiente externo (físico, político, econômico) como também a práticas pessoais de saúde (dieta, exercícios, cuidados pessoais) como cita Andersen (1995).

Finalizando, o modelo emergente leva em consideração o meio ambiente, o sistema de saúde, características da população (recursos disponíveis, necessidades), comportamento de saúde (práticas pessoais de saúde, uso dos serviços de saúde) e fatores como condição de saúde percebida, condição de saúde avaliada e satisfação do “consumidor” (ANDERSEN, 1995).

Segundo Matumoto, citado por Ramos (2001), quando o usuário parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde, o acesso aos serviços constitui uma primeira etapa a ser vencida.

A partir desta realidade, acesso à saúde é concebido, por vários autores,

como o grau de facilidade com que as pessoas recebem cuidados de saúde, está inserido na área temática da Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1996; ADAMI, 2000; REIS et al, 1990; SANTOS, 1995; KLOETZEL et al., 1998) e uma das formas de assegurar a qualidade dos serviços de saúde é ouvir a opinião sobre os serviços ofertados, a partir das necessidades e expectativas de quem os utiliza (LIMA et al., 2007).

O substantivo acessibilidade, indicando caráter ou qualidade do que é acessível, é um termo empregado por alguns autores pesquisados.

Neste contexto, Andersen (1995) define acesso como entrada no serviço de saúde e de recebimento de cuidados subsequentes, relacionando-o, assim como Adami (1993), Acúrcio e Guimarães (1996), Ramos e Lima (2003), diretamente com o padrão de utilização desses serviços de saúde. Fatores individuais especificamente os fatores predisponentes (anterior ao surgimento do problema de saúde); fatores capacitantes (recursos disponibilizados) e necessidades de saúde (agravos de saúde) vão influenciar o acesso no uso de serviços de saúde. Acúrcio e Guimarães (1996); Ramos e Lima (2003) acrescentam que a acessibilidade estaria vinculada a obtenção desses cuidados de saúde, de modo fácil e conveniente.

Uma segunda classificação adotada por Andersen (1995) é a de acesso potencial e acesso realizado. O acesso potencial refere-se ao nível individual de fatores capacitantes do uso de serviços e, por sua vez, acesso realizado refere-se a utilização concreta dos serviços, sendo influenciado por outros fatores, além dos que explicam o acesso potencial. Posteriormente, introduz o conceito de acesso “efetivo” e de acesso “eficiente”. Em que o primeiro consiste em utilização dos serviços com melhora das condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços, o segundo refere-se ao grau de mudanças na saúde ou na satisfação da quantidade de serviços de saúde consumidos. Passa a incluir os seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas ampliando, assim, o conceito de acesso realizado.

Em referência a acesso realizado, parafraseando Pinheiro et al. (2002), podemos dizer que nem todas as necessidades se transformam em demandas e por outro lado, quando se transformam, nem todas são atendidas.

Ainda dentro do conceito de uso, compreendemos o contato direto com os serviços de saúde, as consultas, as hospitalizações, como também o contato indireto, referindo-se a exames complementares.

Pinheiro et al. (2002) em relação ao uso dos serviços de saúde dizem que

este é determinado por fatores como perfil de necessidades em saúde e também a fatores internos e externos ao setor, podendo citar: a disponibilidade, o tipo de serviço e sua quantidade, os recursos disponibilizados como financeiros, humanos e tecnológicos, a localização geográfica da unidade, a cultura médica local, assim como aspectos ideológicos do prestador.

Neste mesmo processo de utilização dos serviços, há dois fatores que interagem, sendo eles: o comportamento do usuário que vai determinar a porta de entrada no sistema; e o profissional que o guia dentro do sistema de saúde, definindo o tipo e a intensidade de recursos que vai ser disponibilizado para cada caso.

Neste contexto, como determinantes da utilização dos serviços de saúde, citamos: o tipo de agravo, caracterizando a necessidade de saúde; as características do usuário como idade, sexo, renda, educação, cultura, etc.; os profissionais dos serviços, atentando para idade, sexo, tempo de graduação, especialidade, tipo de contrato de trabalho, experiência profissional; a unidade, avaliando tipos de recursos existentes, composição física e de pessoal, acesso geográfico e social e finalizando a política envolvendo aspectos relativos ao tipo de sistema de saúde, o financiamento, distribuição de recursos, etc.. Estes determinantes vão variar segundo o tipo de serviço e da proposta assistencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Assim, fatores individuais e fatores internos aos serviços de saúde determinam o seu uso efetivo e eficiente, interferindo na qualidade dos serviços prestados, uma vez que a acessibilidade é um indicador da qualidade destes serviços como já citado por Reis et al. (1990) e vários outros autores.

Podemos afirmar que modelos explicativos de acesso vão variar conforme cada sistema de saúde. Os Estados Unidos da América possuem como indicador tradicional de acesso a cobertura de plano de saúde o que hoje no Brasil também tem determinada expressão. Nos países europeus, como possuem um sistema de saúde com cobertura universal, tal abordagem é inexpressiva. No Brasil, segundo Ribeiro et al. (2006, p. 1012) “a organização dos serviços de saúde é do tipo misto” na medida em que se encontra por um lado um Sistema Único de Saúde, público, regendo-se por princípios de universalidade, integralidade e equidade e por outro lado um sistema privado regido pela oferta de seguros de saúde e assistência paga diretamente. Há dados, segundo Ribeiro et al. (2006), de que 34,5% da população

brasileira está coberta pelo sistema privado de saúde enquanto o sistema público está destinado a dar cobertura a 100% da população. Já Pessoto et al. (2007), ressaltam que esse dado impacta diretamente sobre a rede pública de serviços de saúde, especialmente em relação aos procedimentos de média e alta complexidade, devido à limitação de acesso dos seguros e planos privados a estes procedimentos em seus próprios serviços, aspecto citado também por Starfield e Shi (2004) quando relatam que o seguro saúde é, nos EUA, fator importante quanto ao uso dos serviços de saúde, porém, não garante o uso ou recebimento apropriado de serviços de alta complexidade.

Unglert (1990), por sua vez, como outros autores citados anteriormente, defende a idéia de que acesso à saúde extrapola a assistência a saúde em si e que estaria ligado às condições de vida, englobando acessibilidade aos serviços, que por sua vez vai além da dimensão geográfica, aspecto econômico, cultural e até a estrutura política de cada país.

Por sua vez, Adami (1993) “concretiza” o acesso ao afirmar que é a utilização dos serviços pelo usuário e não apenas a sua existência que comprova o acesso de fato a eles.

Acrescentando-se a isto, podemos dizer que a experiência com os serviços e as informações que os usuários dispõem sobre os mesmos, vai influenciar a visão destes em relação a sua facilidade/dificuldade para obterem os serviços de que necessitam e conforme citam Lima et al. (2007), informação e orientação é um desejo concreto do usuário.

Nesse sentido, podemos apontar as seguintes facetas para a classificação de acesso: Acesso seletivo referindo-se à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário. Como exemplo, os contratos feitos com seguradora de saúde ou cooperativas médicas; Acesso excludente quando se exclui grupos sociais que têm maior poder de organização na sociedade e que conseguem se inserir em formas de financiamento do sistema de atenção médica supletiva, através das cooperativas médicas e dos seguros privados de saúde e acesso focalizado quando restringe o atendimento público a determinados serviços ou programas. Assim, podemos afirmar que existe um descompasso entre a legitimidade social e a legislação.

Somando-se a tudo isso, segundo Giovanella e Fleury (1995), existem quatro dimensões que envolvem o acesso: a política, quando refere-se às relações entre as

políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde; a econômica refere-se à relação entre oferta e demanda; a técnica refere-se à utilização e as dificuldades do usuário para concretizar o atendimento pretendido, e também a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização, o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido; e a simbólica, relativa as representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários.

Assim, percebemos que estamos inseridos em um modelo de atenção à saúde em que a utilização dos serviços é um dos seus eixos fundamentais e que “o grande problema da rede é o acesso” (CECÍLIO, 1997, p. 477). Partindo deste pressuposto, adotamos neste estudo esta dimensão de acesso.

## **2.2 O acesso às ações e serviços no SUS**

Anteriormente à criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde se efetuava diferentemente entre os brasileiros. Havia o grupo de indivíduos que possuíam vinculação com as atividades previdenciárias e contribuía com o sistema existente, chamados de previdenciários, que eram os trabalhadores da economia formal, que possuíam “carteira assinada” e seus dependentes. Outro grupo eram os que não eram previdenciários e o terceiro, eram os poucos que podiam pagar pelos serviços de saúde por sua conta própria.

O acesso às ações e serviços de saúde, a partir desta divisão, diferenciava-se profundamente. Os previdenciários, mesmo com os problemas existentes no sistema, tinham à sua disposição uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais assim como hospitais providos pela previdência social, primeiramente pelos anos de 1966, por meio da atuação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente a 1977, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os não-previdenciários, tinham acesso restrito às ações dos reduzidos hospitais públicos ou filantrópicos, muitos dos quais chamados de Santas Casas. Estes eram atendidos, basicamente, através de campanhas de vacinação e ações de controle de endemias, o que caracterizava ações de promoção da saúde e prevenção de doenças de maneira bem limitada,

muitas das vezes desenvolvidas pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

Dentro deste contexto, o que se evidenciava era uma divisão profundamente injusta do acesso aos serviços, como também, uma desarticulação dos serviços de saúde, levando evidentes prejuízos à população. Toda esta situação gerou insatisfações dos profissionais como da sociedade que contribuiu para o movimento em direção de uma reforma sanitária. O INAMPS, por sua vez, passou a atender a população sem exigir a carteira de trabalho em seus hospitais próprios assim como nos contratados da rede privada. A celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, a partir de 1987, era opcional para a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) onde se inicia um sistema de saúde de caráter universal, que se caracterizou como uma política radicalmente distinta das que lhe precederam e que culminou com a criação do SUS e a toda sua regulamentação legal a partir de 1988.

Desta forma, em pesquisa citada por Gomes, Oliveira e Sá (2008) profissionais de saúde identificaram o SUS como um sistema diferente do anterior e enfatizaram o acesso universal como um dos fatores mais importantes no atual modelo de saúde. Assim, a universalidade implica que todos são titulares da saúde. Saúde é considerada direito do povo e dever dos governos.

Assim, através dos princípios do Sistema Único de Saúde como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social esperamos o atendimento de toda população em todos os níveis de atenção, com o respeito aos direitos de cada um, segundo as suas diferenças.

Outro aspecto observado, segundo Gomes, Oliveira e Sá (2007, p.118) é que o SUS tem sua imagem atrelada à da “estratégia que melhor concretizou o acesso e o atendimento desejado pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde”.

Por sua vez, a obtenção de um acesso universal (princípio da universalidade), considerando-se atendimento a toda população em toda a rede que compõe o sistema e de um acesso em que a distribuição do cuidado e seus benefícios, entre os usuários, se efetue através do que se determine do que é justo ou satisfatório (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996), que atenda a partir das necessidades individuais (princípio da equidade) onde haja respeito dos direitos de cada cidadão, levando-se em conta suas diferenças, apoia-se na convicção íntima da justiça natural e participação ativa dos cidadãos.

A este respeito, Assis, Villa e Nascimento tomando o usuário como co-responsável pela sua saúde, de seus familiares e de sua comunidade, afirmam que:

[...] o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS; VILLA e NASCIMENTO, 2003, p. 816).

A legislação do SUS, é dessa forma, como cita Moretto (2000), cidadã, voltada para os interesses da população e abre espaço para a participação tanto dos profissionais, como de usuários e da sociedade civil organizada.

Não podemos, entretanto, deixar de reconhecer que a responsabilidade de garantir o acesso ao atendimento, em todos os níveis de atenção, é do sistema como um todo e não uma batalha individual e solitária como nos lembra Cecílio (1997) e os prestadores de serviço, com suas variações de complexidade, também contribuem para que o sistema seja capaz de gerar assistência integral.

Neste sentido, há necessidade de articulação e contínua combinação de ações e serviços de prevenção e cura, de forma coletiva e individual requeridos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (GOMES; OLIVEIRA e SÁ, 2008).

Desta forma, podemos dizer que a rede de atenção básica é o topo para um número imenso de usuários e ter acesso aos serviços de um “centro de saúde” é em inúmeras situações, mais importante do que ter acesso a qualquer serviço oferecido pelos hospitais (CECILIO, 1997). Corroborando esta idéia, Starfield (2002), cita que uma atenção mais apropriada, melhores resultados de saúde e melhores custos, estão relacionados ao uso de profissionais de atenção primária no primeiro contato.

Em contrapartida, o que se observa atualmente, são acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços, sejam públicos ou privados em franca oposição à legislação vigente. Vemos, como citam Oliveira et al. (2008), a dificuldade de acesso ao atendimento, decorrente da desproporção entre oferta e demanda, gerando longas filas, espera, desgaste físico e emocional do usuário.

Assim, segundo Oliveira et al. (2008), a modernidade conceitual e legal da política pública de saúde brasileira, contrasta com práticas de saúde centradas em um modelo assistencial que quer respostas a demandas imediatas, medicalização

da saúde e alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico. Em contrapartida a este aspecto conservador citado como característica da atenção à saúde, percebemos aspectos inovadores como: princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, a qualidade dos debates e a produção intelectual do campo.

Considerando esses princípios do SUS, e pautando-nos nas suas premissas, este estudo abordou o problema do acesso aos serviços de saúde do SUS.

### 3 A TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O CAMPO DA SAÚDE

Durkheim (apud HERZLICH, 1991, p.23) desejando “ênfatar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual” propôs o termo representação social ou representação coletiva. A representação coletiva vai além da soma das representações dos indivíduos que compõe a sociedade, ela é “uma realidade que se impõe a eles” (HERZLICH, 1991, p. 23).

A partir deste contexto, em 1961, Moscovici em sua obra sobre representação social da psicanálise deu nova vida a essa noção. A teoria de representação social, apesar de muito tempo tendo sua utilização restrita à Psicologia Social, passou a ser referência para várias áreas das Ciências Sociais como também para a área da saúde, em especial a Saúde Coletiva. Ela apresenta grande relevância para a análise dos fenômenos sociais uma vez que reintroduz a dimensão social no sentido pleno. Moscovici elabora a noção de representação social enfatizando mais no sujeito ativo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, do que na própria estrutura social. Situa a representação social no campo de uma psicologia até então dominada pela tradição behaviorista (HERLICH, 1991).

O modelo teórico das Representações Sociais, será um dos eixos adotado neste estudo, na medida em que

O estudo das representações sociais possibilita um contexto de análise e de interpretação, que permite compreender a interação entre o universo individual e as condições sociais nas quais os atores sociais interagem. Permite, ainda, compreender os processos que intervêm na adaptação sócio-cognitiva dos indivíduos às realidades cotidianas e ao seu ambiente social e ideológico (OLIVEIRA, 1996, p. 12).

Assim sendo, será adotada uma abordagem que permeia o universo individual e coletivo, considerando que o acesso aos serviços de saúde é uma condição que afeta os cidadãos de maneira coletiva e que a partir da utilização desta ferramenta haverá a possibilidade da compreensão da dinâmica das interações sociais.

Para Oliveira, citando Abric, o sucesso da teoria de representações sociais:

[...] assenta-se sobre o renascimento do interesse pelos fenômenos coletivos, e, mais precisamente, sobre as regras que regem o pensamento social. O estudo do pensamento “puro”, do “senso comum”, ou mais precisamente da “visão do mundo” que os indivíduos e os grupos constroem e utilizam para agir e para tomar

decisões, é reconhecido como indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e ainda para buscar os determinantes das práticas sociais (OLIVEIRA, 1996, p. 12).

A respeito dos atributos da representação social podemos afirmar que “é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva”. Como atributo de um grupo na medida em que os grupos podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através dela. Tem sempre uma ou mais elaborações de natureza diversa, seja filosófica, científica, religiosa entre outras (HERZLICH, 1991, p. 25).

Reafirmando o exposto e citando Herzlich (1991), podemos dizer que na maioria das vezes, a representação social parte de um material verbal constituído, onde há o problema da mediação da representação pela linguagem, mas é a partir daí que o pesquisador apreende a lógica comum subjacente, o código partilhado.

Somando-se a tudo isto, podemos dizer que neste estudo a linguagem será tomada como matriz originária da realidade social e psíquica. “Isto implica compreendê-la pela mediação da ordem simbólica em sua significação e apreensão por parte dos sujeitos e grupos sociais, portadores de história, tradição e cultura” (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003, p. 817).

O uso das representações sociais deve ser levado em conta nos estudos de situações em que apostas se desenham, evoluem e se redefinem na sociedade; os debates se cristalizam; a tensão e os conflitos aparecem ou se transformam em mobilizações e ações coletivas, que são todas susceptíveis de mudanças de sentido (HERZLICH, 1991). Portanto é valiosa a inserção das representações sociais neste estudo, pois a temática do acesso aos serviços de saúde suscita mobilização popular e considera que saúde e doença têm, além de elementos de estabilidade, características particulares que fazem delas objetos privilegiados, uma vez que são susceptíveis de inscrever-se em relações de sentido moventes.

Acrescentando-se ao exposto, podemos dizer que as representações da saúde e da doença sempre aparecem articuladas às visões que os homens e mulheres possuem do biológico e do social. “A importância da doença, da saúde, do corpo, dos fenômenos biológicos enquanto objetos metafóricos” e enquanto suporte do significado da relação dos indivíduos com o social vem aumentando proporcionalmente ao avanço do crescimento do papel da ciência e da técnica biomédica (HERZLICH, 1991, p.34).

Dentro desse contexto, acreditamos que existe em cada sociedade um discurso de doença. Reportando-nos a história, temos exemplos de vários discursos que tiveram validação e expressaram os valores de sua época, como Canguilhem (2000) que acredita no processo saúde-doença decorrente de uma condição vivencial de cada indivíduo onde considera que não é apenas ordenar uma série de ações que gerem bem estar ou evitem riscos, é também, dar condições de escolha e criação aos indivíduos. A saúde está sempre relacionada à forma pela qual o indivíduo interage com os eventos da vida. Ao inventar gêneros de vida, inventa modos de ser fisiológicos. Sendo o que define, momentaneamente, o normal é a possibilidade de superar a norma como também, a possibilidade de tolerar infrações da norma cotidiana e por sua vez, instituir novas normas em situações novas.

Em contrapartida, Laurell define processo saúde-doença

[...] como o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1982, p.151).

Consideramos que esta concepção sobre processo saúde-doença é levada em consideração, até hoje, por grande parte da população. Acrescentando, a autora cita que o processo saúde-doença é

[...] determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982 p. 157).

Minayo (1997), por sua vez, parte de um discurso social-histórico sobre saúde e doença, enfatizando o ponto de vista social, entendendo concepção social como fato ocorrido em sociedades e vivenciado pelo indivíduo. Leva também em consideração o modo de produção, definindo o processo saúde-doença não como “apenas efeitos biológicos, mas também acontecimentos culturais historicamente construídos de diferentes formas em diferentes sociedades” (MINAYO 1997, p. 33).

Para Herzlich, ao tratar do contexto social da saúde e da doença:

Por meio da saúde e da doença, temos acessos à imagem da sociedade, de suas imposições, tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem a doença adquire uma significação. Para nós como para os primitivos, é provavelmente importante que a doença, se ela é desordem, não seja acaso, é provavelmente importante que, enquanto desordem, ela seja significativa. Ela encarna e cristaliza a “imposição sócia (HERZLICH 1991, p. 26).

Em uma análise dirigida para o funcionamento do entendimento cotidiano e para a construção da evidência, subjacente à construção da realidade supostamente mais natural, a da doença, do corpo e de suas manifestações, encontramos a idéia de que a representação tem função orientadora das condutas.

É importante, a partir do exposto, considerar como as concepções do processo saúde-doença são representadas, pois é através do entendimento do usuário a este respeito que o mesmo irá construir sua concepção de acesso e de necessidade e a identificação de qual tipo de acesso está sendo disponibilizado para a comunidade.

Acreditamos que profissionais, como os enfermeiros, utilizam a teoria da representação social como referencial explicativo das realidades analisadas buscando a transformação social.

Dentro deste contexto, Sá (1998) relata que há um crescente interesse, por parte da enfermagem, em relação ao paradigma das representações sociais. Cita pesquisadores como Ângela Arruda, Denize Oliveira, Rosalina Rodrigues e Antonia Paredes, entre outras, que ocupam-se com as representações sociais e tornaram-se referência no Brasil.

Já Oliveira e Rodrigues (2001a) relatam que a difusão da teoria das representações sociais no Brasil teve seu início, assim como o interesse despertado em várias áreas, decorrente tanto da possibilidade de se recuperar o interesse teórico-metodológico de uma ferramenta de saber como da possibilidade de sentimentos e relações humanas participarem na construção do conhecimento.

Dessa forma, os referenciais teóricos das Ciências Sociais e Humanas estão sendo predominantemente utilizados na área de enfermagem, devido em “grande parte a adesão por esta perspectiva humana e social dos processos saúde e doença, e em parte devido aos desafios colocados pelo início da pós-modernidade no campo da saúde” (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2001a, p.262).

O acesso aos serviços de saúde tem características que permitem que ele seja focado tanto objetivamente como subjetivamente, uma vez que a subjetividade coletiva possibilita a construção da realidade, ajuda na escolha das práticas e determina os processos de cuidar da enfermagem (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2001a).

Aliado a isto podemos dizer que o acesso aos serviços de saúde é um objeto que se caracteriza por seu caráter social na medida que, como citam Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde impacta diretamente a doença e indiretamente a saúde.

Neste contexto, a teoria das representações sociais, na área da enfermagem é utilizada com intenção de intervenção e procura-se “extração seletiva de orientações teóricas relevantes” (OLIVEIRA; RODRIGUES 2001a, p. 263). Assim, há uma instrumentalização dos estudos propiciando uma transformação social característica das pesquisas em enfermagem de saúde pública. Possibilita a reorganização das questões de saúde e, especificamente, do processo de cuidar, seja através da educação individual ou coletiva ou ação orientada para problemas específicos (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2001a).

O tema abordado neste estudo do acesso aos serviços de saúde, analisado a partir da utilização da teoria de representações sociais, parte do princípio básico de que através de conhecimentos compartilhados pelos usuários haverá uma desmistificação dos que “sabem” e dos que “não sabem”. Essa realidade possível, fruto da negociação, tem por base três planos de expressão da realidade:

- o universo real em que os sujeitos constroem suas representações sociais a partir da sua vivência concreta e que impacta no seu cotidiano.
- o universo simbólico que corresponde a uma retradução do concreto a partir de suas experiências.
- a realidade idealizada que é a idealização do seu cotidiano (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2001a).

E dessa maneira, podemos afirmar que “as formas coletivas de agir ou pensar tem uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conformam-se a elas. São coisas que tem existência própria” (HERZLICH, 1991, p 23).

Acrescentando ao exposto, observamos três dimensões que possibilitam a construção de um novo modo de pensar a saúde, e em particular as bases teóricas do movimento de promoção da saúde, a partir da identificação da especificidade e da aplicação do referencial teórico das representações sociais:

- Os sujeitos ativos, que produzem conhecimentos e determinam as práticas de saúde. Evidenciando aqui a necessidade de levarmos em conta o papel ativo pelos sujeitos individuais e coletivos juntamente com o planejamento de ações tecnicamente viáveis e que se adaptem à realidade apresentada.

- Papel das posições institucionais na formação das representações sociais e nas relações de poder. Através da apreensão do conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação aos objetos do dia a dia e também referente a relação por eles estabelecidas com os usuários dos serviços de saúde.
- Uso da teoria das representações sociais a fim de se compreender o conhecimento coletivo no campo da saúde e ajudar grupos sociais a tomar decisão. Articulação do grupo a partir de interesses específicos mas não individuais, de maneira autônoma (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2001a).

Citando Machado et al., sobre o uso da teoria na enfermagem,

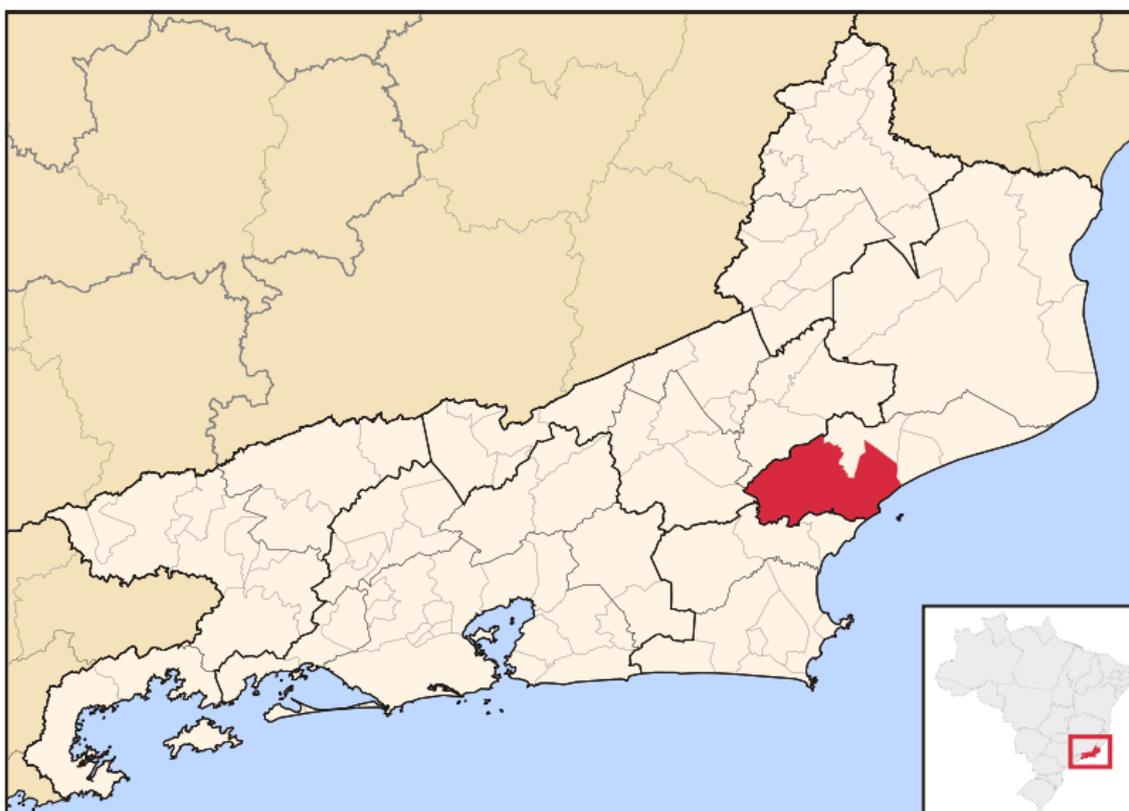
Representação social quando utilizada com competência, poderá auxiliar o enfermeiro a dar respostas sábias aos complexos problemas enfrentados no seu cotidiano, especialmente, por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sociais/afetivos sobre os quais se debruça. Em suma: a enfermagem poderá ter um “novo olhar” (MACHADO et al., 1997 p. 496)

A partir do exposto, através das representações sociais dos usuários do SUS, investigamos a sua forma coletiva de pensar sobre o acesso aos serviços de saúde no município de Macaé.

## 4 O MUNICÍPIO DE MACAÉ

Neste capítulo trataremos a caracterização do município, abordando desde os aspectos históricos, até os perfis sócio-econômico, gerenciais e financeiro, objetivando dar a visibilidade necessária ao conhecimento do campo de estudo.

A localização do Município de Macaé em relação ao Estado do Rio de Janeiro e em relação ao país pode ser observada no mapa abaixo:



Fonte: [www.tiosam.com/enciclopedia/?q=Imagem](http://www.tiosam.com/enciclopedia/?q=Imagem)

Figura 1 - Mapa de localização de Macaé no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro.

Como mostra a figura 1, Macaé localiza-se na região Norte Fluminense, que abrange os municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Quissamã, Conceição de Macabu, Cardoso Moreira, São João da Barra, São Francisco de Itabapoana e São Fidélis.

Os principais dados de caracterização do município de Macaé podem ser visualizados a seguir:

Tabela 1 - Dados gerais do município de Macaé, 2007.

Área:	1.216 km <sup>2</sup> , sendo 2,78% da área total do Estado RJ
Data de Fundação	29/07/1813
Microrregião :	Norte Fluminense
Altitude da Sede:	2 m
Distância à Capital	157 quilômetros
Receita de royalties creditada no ano fiscal 1999-2006:	R\$ 1,263 bilhões
População IBGE/ censo 2007	169.513 habitantes

Fonte: IBGE,2008.

Em relação a sua história, temos a dizer que a cidade de Macaé, conhecida como "Princesinha do Atlântico", teve sua ocupação estabelecida no século XVII, pela ordem emanada do governo espanhol ao governador-geral Gaspar de Souza. Na data de 25 de janeiro de 1814, com o território desmembrado de Cabo Frio e Campos, Macaé torna-se município (MACAÉ, 2007).

Em 1878 é fundada a primeira usina de açúcar da América do Sul, no antigo distrito de Quissamã, o que também gerou grande desenvolvimento para a cidade. Um pouco mais tarde, passou o município, a ter como fonte de receita produtos provenientes das fábricas de fósforo e sabão, exploração de minério (areia dourada de grande poder de resistência ao calor, utilizada na indústria de fundição ), que na época era vendido para os grandes centros e chegou a ser exportado para Portugal e outros países da Europa (MACAÉ, 2007).

Vale ressaltar, que a inauguração da estrada de ferro Macaé-Campos, em 1875, marcou a decadência do porto marítimo, de grande movimentação, na época. A criação da via férrea trouxe novo impulso, com as companhias concessionárias das Estradas de Macaé, do Barão de Araruama, do ramal de Quissamã e da Urbana de Macaé. Mais tarde chegaram os trilhos da Estrada de Ferro Leopoldina (MACAÉ, 2007).

Já no século XIX, nos anos 20, impulsionado pela cultura do café, o município experimenta certo crescimento. Em 1922, a população da cidade se restringia a 54.892 habitantes, incluindo os distritos já emancipados. É curioso notar que a maior

parte da população não se concentrava na área urbana, mas na zona rural, devido à pecuária e à agricultura (MACAÉ, 2007).

Macaé vivia uma fase em que a economia e toda a vida macaense vivia em função de um único produto; naquela década, a cidade vivia o Ciclo do Café; com a crise mundial em 1929, também sofre as conseqüências e com a queda dos preços internacionais do produto, agravados pelo excesso de produção e pelas ofertas do mercado interno, Macaé teve sua primeira bancarrota (MACAÉ, 2007).

Em 1938, a Comarca de Macaé passa a constar de dois termos: Macaé e Casimiro de Abreu. Vinte anos depois constitui a Comarca de Macaé de um só termo, o município de Macaé, composto pelos distritos de Macaé, Barra de Macaé, Carapebus, Quissamã, Córrego do Ouro, Cachoeiro de Macaé, Glicério e Sana. Mais tarde, ao final dos anos noventa, os distritos de Quissamã e Carapebus em função da influência da projeção da exploração do petróleo em sua área marítima são emancipados (MACAÉ, 2007).

Em 1974, com a descoberta de petróleo na bacia marítima, e com a chegada da Petrobras S.A. e de firmas prestadoras de serviços, Macaé passa a viver um novo momento econômico, em torno do petróleo, que dá muito lucro à cidade, seja em forma de royalties ou de PIB per capita elevado. Marcado fundamentalmente pelo crescimento demográfico, advindo pela chegada de gente em busca de emprego e de qualidade de vida com sua população residente de 65.318 habitantes em 1970, 132.461 habitantes em 2000, e 169.513 habitantes segundo os dados do censo demográfico (IBGE, 2007).

Esse acentuado crescimento da população gerou profundas transformações na cidade causando vários problemas socioeconômicos e ambientais tais como: favelização, criminalidade, marginalização, deficit/falta de infra-estrutura em relação ao abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia, transporte público, etc. A ocupação dos eco-sistemas costeiros como mangues e restinga, refletindo também nas cidades ao seu redor como Carapebus, Casimiro de Abreu, Conceição de Macabu e Rio das Ostras.

Hoje, a exploração de petróleo na plataforma continental representa cerca de 83% da produção nacional, impulsionando a economia local e fazendo de Macaé um dos municípios que mais contribuem para a geração de riquezas para o Estado do Rio de Janeiro (MACAÉ, 2007).

Em relação ao número de habitantes, o município de Macaé conta, conforme tabela 2 abaixo, com uma população fixa de 169.513 habitantes, e devido a atividade “offshore” da extração de petróleo têm acrescido a esse número um grande percentual de população flutuante, como por exemplo os 50.000 trabalhadores embarcados em navios e plataformas (MACAÉ, 2008c).

Tabela 2 – População residente por ano. Macaé, 2007.

Ano	População	Método
2007	169.513	Censo
2006	160.725	Estimativa
2005	156.409	Estimativa
2004	147.940	Estimativa
2003	144.209	Estimativa
2002	140.530	Estimativa
2001	136.146	Estimativa
2000	132.461	Censo
1999	125.598	Estimativa
1998	121.732	Estimativa
1997	117.758	Estimativa
1996	121.095	Contagem populacional

Fonte: IBGE, 2008.

Nesse contexto, podemos dizer que a atividade da exploração do petróleo, atraiu uma população ávida por compartilhar o aumento do número e oportunidades de emprego. Entretanto, desconhecendo que a maioria das vagas da exploração do petróleo apresenta exigência de qualificação de mão de obra, muitos foram absorvidos nas áreas de prestação de serviço e da construção civil.

Essa contínua migração ocasionou um taxa anual de crescimento de 3,88% entre 1996/2000 em comparação com a taxa anual de crescimento 1,75% do Estado do Rio de Janeiro no mesmo período (DAVIDOVICH, 20--).

Já na tabela 3, um outro fator pode-se observar que é a distribuição da população por faixa etária e sexo. A análise mais direta indica que 37,8 % da população total encontra-se no intervalo de 0 a 19 anos e 48,0 % da população total encontra-se na faixa de 20 a 49 anos sendo a principal faixa de trabalho produtivo.

Tabela 3 - Distribuição demográfica da população por sexo e faixa etária. Macaé, 2007.

Faixa Etária	Masculina	Feminina	Total
0 a 4 anos não detalhado	-	-	-
Menor 1 ano	1.506	1.469	2.975
1 a 4 anos	6.210	6.050	12.260
5 a 9 anos	7.710	7.588	15.298
10 a 14 anos	7.790	7.610	15.400
15 a 19 anos	8.232	8.258	16.490
20 a 29 anos	14.246	14.839	29.085
30 a 39 anos	13.567	14.436	28.003
40 a 49 anos	11.284	10.962	22.246
50 a 59 anos	5.792	5.774	11.566
60 a 69 anos	3.131	3.614	6.745
70 a 79 anos	1.538	1.927	3.465
80 anos e mais	618	854	1.472
Idade ignorada	-	-	-
Total	81.624	83381	165.005

Fonte: IBGE, 2007.

Em relação às condições de saneamento, de acordo com estudos efetuados, em 2008, pela Confederação Nacional dos Municípios, Macaé possui 89,39% dos domicílios com rede de abastecimento de água, atendendo 89,33% da população que é compatível com os demais índices do estado do Rio de Janeiro (CONFEDERAÇÃO ..., 2008).

No item rede de esgotos, o município possui um percentual de 68,21% de domicílios ligados à rede coletora, outros 15,79% possuem fossa séptica, 9,9% utilizam fossa rudimentar e 4,9% dos efluentes são lançados diretamente em um corpo receptor como rio, lagoa ou mar (CONFEDERAÇÃO ..., 2008).

A maioria do esgoto coletado, por rede tipo mista, que atende 67,75% dos moradores é lançado no corpo hídrico principal – Rio Macaé e posteriormente chega no mar.

A coleta regular de lixo atinge 91,84% dos domicílios, 5,4% dos domicílios o queimam e outros 0,3% do município de Macaé têm seu lixo jogado em terreno - baldio ou logradouro (CONFEDERAÇÃO ..., 2008).

A prefeitura municipal vem realizando desde 2002, de forma descontínua e pulverizada, investimentos em saneamento através da implantação de redes coletoras separadoras e estações de tratamento de esgoto; e ao mesmo tempo a prestadora estadual de abastecimento de água na área urbana, passa por dificuldades na oferta e regularização do abastecimento dos domicílios

principalmente em áreas de expansão (boa parte ocupadas irregularmente) e periféricas. Esse cenário é agravado pelo crescimento anual da população associado ao grande número de construções residenciais, comerciais e industriais.

Dentro deste contexto, podemos relacionar problemas de saúde associado à falta de saneamento, destacando que 65% de ocupação dos leitos do país é devido a problemas relacionados ao abastecimento doméstico de água e ao destino de dejetos e cerca de 80% das doenças no nosso país, são provenientes da má qualidade da água (MENDONÇA, 2005).

Na medida em que entendemos a saúde em sua visão mais ampla, de extrema importância se reverte os dados apresentados. As ações, muitas vezes extrapolam as ações específicas de uma secretaria, como a de saúde. O município deve gerenciar suas ações observando os fatores condicionantes da promoção à saúde e trabalhar a questão de habitação, educação, saneamento, entre outras objetivando o controle de fatores de risco sobre a saúde de sua população. Não basta ações que envolvam apenas a recuperação da saúde, disponibilizando acesso otimizado à atenção secundária e terciária, numa visão hospitalocêntrica da doença. Daí ser importante estabelecer um paralelo de como o município observa os fatores condicionantes da promoção à saúde e trabalha a questão do saneamento como controle de fatores de risco sobre a saúde de sua população (MENDONÇA, 2005).

Já, em relação aos indicadores econômicos, Macaé está incluída entre os 100 municípios com Produto Interno Bruto (PIB) acima de R\$ 1 bilhão, ocupando a 53ª posição em 2005, esse crescimento foi de 80% em três anos, e apresenta um per capita de R\$ 36.000,00, representando 200% acima da média nacional (IBGE, 2007). O PIB total de Macaé, em 2005, foi de R\$ 5.630.733 mil e teve a seguinte distribuição percentual por setores: 50,91% indústria, 37,11% comércio e serviços, 11,56% impostos e 0,42% agricultura (TRIBUNAL ..., 2008).

A transferência de receita federal oriunda do royalties da exploração do petróleo (Lei Federal nº 7990/89 e Decreto nº01/91), associado a transferência estadual dos valores baseada nos índices do Imposto Sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS-RJ) oriundo das atividades comerciais e de serviço das empresas do município, representa um grande

diferencial no orçamento público anual de Macaé em comparação com outros municípios fora da área de produção de petróleo e com características similares de área e de população. Podemos afirmar com base no orçamento realizado, no ano de 2006, de R\$ 801.082.699,20 que somente estas transferências correntes representaram 53,7 % da receita total (39,9% - royalties e 13,8% - ISS) no município (TRIBUNAL ...,2008).

As crescentes transferências de recursos federais, oriunda dos royalties e das participações especiais pela exploração de petróleo e gás natural, como também de recursos estaduais são as que mais tem contribuído, desde 1999, para impulsionar as receitas do Estado do Rio de Janeiro e de alguns municípios principalmente na região das Baixadas Litorâneas e Norte do estado, refletindo assim em significativas taxas de crescimento nesses mesmos municípios. Na região Norte Fluminense, Macaé e Campos dos Goytacazes são os maiores arrecadadores do Imposto Sobre Serviços (ISS).

Dessa forma, alguns municípios se destacam nestas receitas, entre eles Macaé, que está em segundo lugar, com mais de R\$ 289 milhões correspondendo a 18,5% do total de royalties transferidos ao Estado do Rio de Janeiro em 2007 e acumula assim cerca de R\$ 1,552 bilhões creditada nos anos fiscais de 1999 a 2007 (AGÊNCIA ..., 2000; 2001;2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008).

Arelado a essa principal atividade a cidade sedia a Brasil Offshore, feira que reúne quase 500 empresas do setor de petróleo de cerca de 50 países. Essa demanda por turismo de negócio estimulou a implantação de hotéis de luxo e uma série de empreendimentos do setor de serviços, principalmente no ramo de restaurantes (MACAÉ, 2008a).

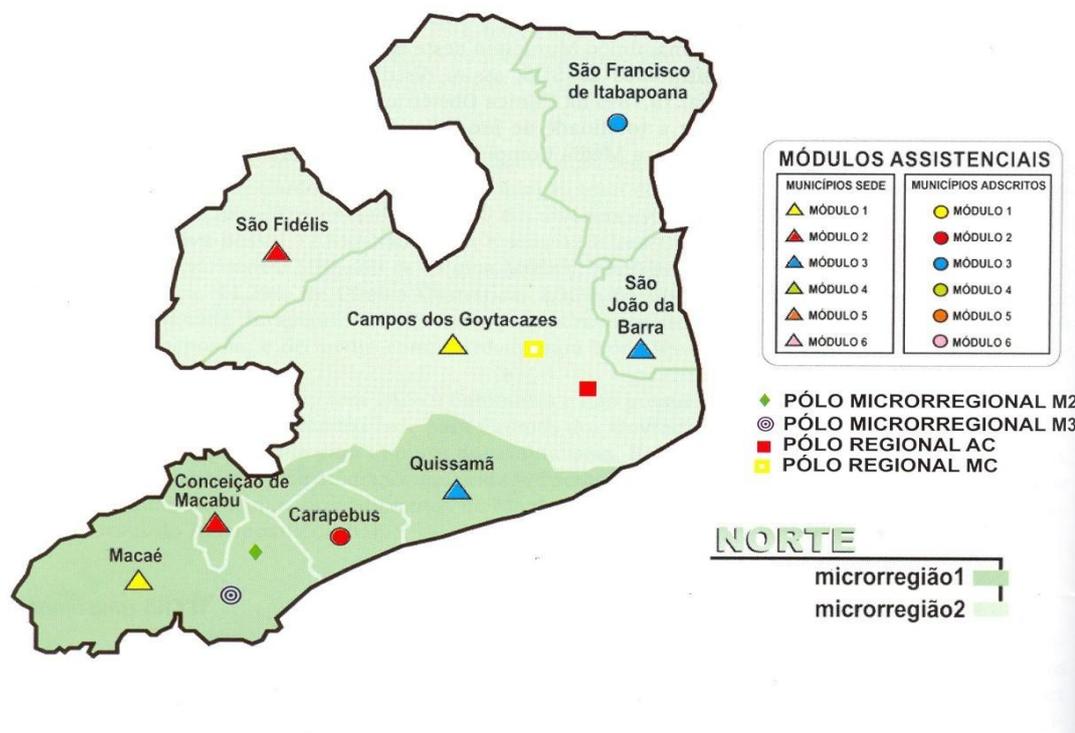
O crescimento trouxe (e ainda traz) milhares de pessoas de outras regiões do país, em sua grande maioria sem qualquer qualificação profissional, que esperavam encontrar trabalho fácil. Porém, a realidade é que a oferta de empregos é grande para quem tem boa qualificação profissional, sendo exigência mínima, quase sempre, o domínio da língua inglesa. Esses imigrantes ajudaram a aumentar enormemente o tamanho e a quantidade de moradias em áreas invadidas na cidade, gerando um crescimento desordenado e pressionando diretamente as áreas de infraestrutura, ensino e saúde.

Em relação à política de saúde, podemos dizer que a secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro, a fim de se garantir a equidade no acesso nos diversos

níveis de atenção de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar desigualdades regionais e sociais, elaborou um extenso plano de ação - Plano Diretor de Regionalização da SES-RJ (2001-2004), onde propiciou a integração entre os municípios. Para isto, em 2000, foi identificado os principais problemas de saúde e definiu-se sete áreas de intervenção, tais como: política institucional, estrutura gerencial, gestão de recursos humanos, gestão da rede de serviços, compra de produtos e serviços, gestão da atenção à saúde no estado e assistência farmacêutica (RIO DE JANEIRO, 2001).

Possibilitando a integração entre os municípios e considerando que o município de Macaé está localizado na Região Norte Fluminense, houve a sua inserção na microrregião norte I, conforme figura 2, que contém também os municípios de Carapebus, Quissamã e Conceição de Macabu, totalizando 187.525 habitantes e formando três Módulos Assistenciais. O Módulo Assistencial Norte I é o primeiro módulo e é composto por Macaé que é a sua sede, além de ser considerada a sede da Microrregião Norte I. O pólo Regional é o município de Campos dos Goytacazes. São prioridades estratégicas de atenção à saúde para a região, a atenção materno-infantil, a integração regional, a saúde da família, a modernização da gestão das unidades de saúde, a promoção e vigilância em saúde, a auditoria, acompanhamento e avaliação da qualidade do SUS.

## PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - 2001/2004



Fonte: SES, 2002.

Figura 2 - Mapa do plano diretor de regionalização, ano 2001/2004 – região norte fluminense.

Nesse contexto, os municípios através de seus gestores de saúde se reúnem com os representantes da secretaria de Estado de Saúde, incluindo a Superintendência de Programação em Saúde, para discutirem serviços pactuados no setor, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), visando otimizar o sistema de saúde, melhorar a relação de aquisição dos serviços e qualificar o atendimento. O processo conta com recursos federais e estaduais e utiliza os recursos do PPI Hospitalar, para montar um pacto de serviço e possibilitar a compra de exames com baixo custo (RIO DE JANEIRO, 2008).

A oferta de serviços ambulatoriais básicos no município é de responsabilidade do governo municipal, com a predominância de serviços públicos municipais. É importante ressaltar que Macaé recebe o fluxo migratório da microrregião Norte I e também de outras regiões como é o caso da Baixada Litorânea e Serrana,

sobretudo em procedimentos de média e alta complexidade ambulatoriais. O modelo de gestão da saúde municipal existente é a gestão plena de atenção básica.

Tabela 4 - Estabelecimento de saúde: público, particular e empresas. Macaé, 2007.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE PÚBLICA/FILANTRÓPICA	QUANTIDADE PRIVADA
Centro de saúde/unidade básica	42	0
Clinica especializada/ambulatorio de especialidade	2	17
Consultório isolado	5	81
Hospital especializado	0	1
Hospital geral	1	4
Policlínica	5	2
Posto de saúde	3	0
Pronto socorro especializado	2	0
Pronto socorro geral	1	0
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	0	20
Unidade de vigilância em saúde	1	0
Unidade móvel terrestre	1	0
Total	63	125

Fonte: CNES/DATASUS, 2007

A tabela 4 apresenta toda a distribuição dos 188 estabelecimentos de saúde (público e privado) existente no município para atender à população.

Podemos, ainda na tabela 4 constatar que no município, 33,5% dos estabelecimentos de saúde se concentram na rede pública e, 66,5 % na rede privada prestadora de serviços. Vale destacar que nos serviços privados somente se encontram serviços especializados e a rede básica é de domínio do serviço público. A maior representatividade de estabelecimento de saúde no município é a unidade de saúde da família, com 46% seguida pelos centros de saúde, 20,6 %, possibilitando, dessa forma privilegiar como porta de entrada os serviços de atenção básica.

A presença de firmas vinculadas direta ou indiretamente à exploração do petróleo, altera a distribuição e o perfil dos tipos de estabelecimento de saúde privado, muitos deles voltado para saúde ocupacional.

No que se refere a rede hospitalar, Macaé dispõe de 03 unidades hospitalares, sendo 02 hospitais filantrópicos conveniados ao SUS, com 218 leitos hospitalares oferecidos ao Sistema e 01 Hospital Público Municipal Fernando Pereira da Silva (HPM), com 150 leitos, que possibilitou o crescimento do número de

leitos públicos e da capacidade ambulatorial e de diagnóstico, servindo como uma importante referência aos outros municípios ao redor da cidade de Macaé. O total de leitos do Sistema Único de Saúde do município garante uma proporção de 2,35 leitos por mil munícipes, enquanto a média no Estado é de 2,93 leitos por cada mil habitantes (BRASIL, 2007).

Em virtude desta ainda baixa concentração de leitos, o município apresenta outras 02 unidades hospitalares de pequeno porte, cada uma com 40 leitos, ampliando o número total de leitos ofertados ao SUS para 447 leitos, passando a uma proporção de 2,71 leitos/1000 habitantes (2007). É preciso ainda ressaltar que o hospital responsável pelo maior número de internações é de natureza filantrópica, o que mais uma vez contraria o princípio do SUS que prevê a complementaridade do setor privado, conforme estabelecido na Lei n.º 8.080/1990. Atualmente, encontra-se em fase final de obras o “hospital da mulher” e o “hospital pediátrico” (BRASIL, 2007).

Tabela 5- Número de internações, média de permanência, número de óbitos e taxa de mortalidade por especialidade – 2006.

Especialidade	Número de internações	%	Média de permanência (dias)	Número de óbitos	Mortalidade Hospitalar(%)
Clin. Cirúrgica	1939	41,0	3,0	28	1,4
Obstetrícia	639	13,5	2,5	-	-
Clin. Médica	1981	41,9	6,4	110	5,4
Pediatria	167	3,5	4,5	-	-
Total	4.716	100	4,4	138	2,9

Fonte: SIH/SUS 2007

Conforme parâmetros de cobertura indicados pela Portaria Ministerial nº 1.101 de 12/06/02, o nº de leitos por especialidades (clínico, obstétricos, pediátricos, cuidados prolongados, psiquiatria e reabilitação) na região está abaixo da necessidade para a cobertura da população. Todavia, conforme tabela 5, nos leitos de clínica cirúrgica a situação é inversa, ou seja, o município apresenta

disponibilidade permitindo o atendimento em cobertura hospitalar da região ao redor (BRASIL, 2007).

Por outro lado, a atenção primária do município de Macaé, conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) que por sua vez foram criados no final da década de 1990, neste município. A Estratégia de Saúde da Família – denominação utilizada hoje pelo Ministério da Saúde – tem sua origem em 1997, quando a partir de experiências municipais exitosas, iniciou-se na esfera federal o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa tem como objetivos: prestar um atendimento de qualidade integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a garantir o acesso à assistência e à prevenção, afim de satisfazer as necessidades da população; reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios; garantir a equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades da população do município. No município de Macaé este Programa iniciou-se em 1999 e conforme tabela 6 abaixo, atende atualmente cerca de 48,3% da população total do município (BRASIL, 2007).

Tabela 6 - Modelo de atenção básica e percentual da população coberta pelos programas, nos anos 2000 a 2006.

<b>Modelo/ anos</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
PACS	10,8	1,0	1,8	1,8	2,6	4,4	4,5
PSF	15,9	29,3	31,6	37,1	44,5	44,1	43,8
Total	26,8	30,3	33,4	38,9	47,2	48,5	48,3

Fonte: SIAB/SUS/DATASUS/MS – 2007.

Segundo os dados produzidos no ano de 2006 (DATASUS, 2007) encontramos um valor de 2,77 por consultas médico ano/habitante na especialidade básica e 0,79 média mensal de visita domiciliares. Esses índices estão compatíveis com o que se preconiza, tendo em vista a expansão do número da população coberta e a estabilização do número de equipes.

Em Macaé a grande maioria de procedimentos ambulatoriais é realizada nos estabelecimentos públicos municipais, assim, o grande déficit orçamentário apresentado está no setor público, ocasionando um maior acréscimo de recursos próprios municipais para custeio da saúde em seu território (MACAÉ, 2006).

Com base nas informações apresentadas, na tabela 7 abaixo, podemos observar que as despesas totais com saúde por habitante, cerca de 86,7% é realizada com recursos do próprio município.

Tabela 7 - Dados e indicadores financeiros anuais. Macaé – RJ.

Dados	2005
Despesas total com saúde por habitante - R\$	554,16
Despesas com recursos próprio por habitante - R\$	480,84
Transferência SUS por habitante R\$	73,32
Despesas total com saúde - R\$	86.675.366,86
Despesas com recursos próprio – R\$	77.501.219,51
% despesas com investimento/despesa total	1,2
Transferências SUS - R\$	11.468.024,82
Despesas com pessoal - R\$	47.960.207,06

Fonte: SIOPS/DATASUS, 2006

Em relação aos indicadores do financiamento do setor saúde, especificamente, na avaliação da produção ambulatorial do SUS no município de Macaé devemos observar conforme tabela 8 que a quantidade anual, apresentada em média, tem sido acima da quantidade aprovada em cerca de 28% no ano de 2006 o que equivale dizer que, a capacidade instalada realiza em média cerca de torno de 743.703 procedimentos a mais dos que são pagos pelo Ministério da Saúde através do teto financeiro especializado.

Associado a esses serviços, podemos observar, conforme se apresenta na tabela 8, que as quantidades autorizadas para manutenção, com seu correspondente desembolso financeiro, principalmente nas atividades realizadas nos procedimentos especializados, apresentam um acréscimo em torno de 44% entre o que foi pactuado e o que foi executado.

A quantidade estabelecida dos procedimentos assistenciais de alta complexidade tem sido cumprida integralmente; entretanto a análise dos custos finais aponta um acréscimo do valor total dos procedimentos. Essa diferença foi coberta através de autorização por parte da secretaria estadual de saúde, que utiliza os recursos correspondentes não realizados pelos outros municípios (MACAÉ, 2006).

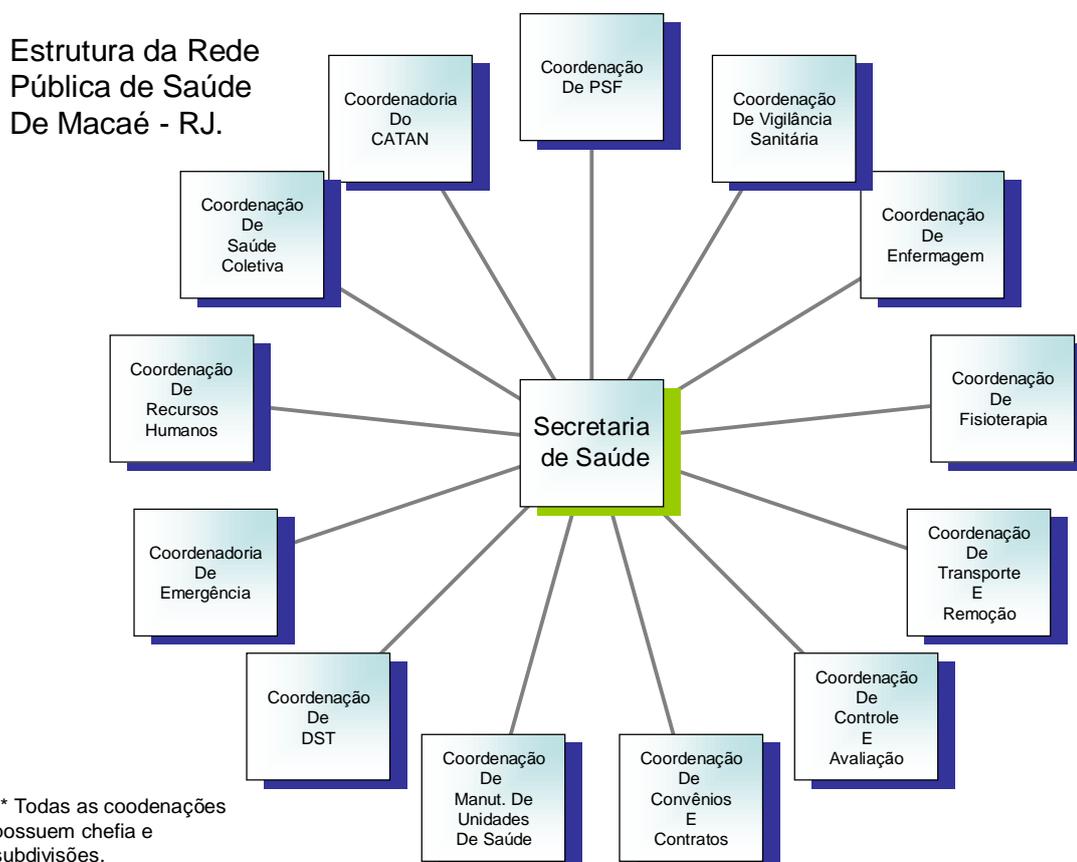
Tabela 8- Quantitativo e custo dos procedimentos ambulatoriais. Macaé, 2006.

<b>Categoria de procedimentos</b>	<b>Qtd. Aprovada</b>	<b>Valor Aprovado</b>	<b>Qtd. Apresentada</b>	<b>Valor Apresentado</b>
	Nº.	R\$	Nº.	R\$
<b>Procedimentos de Atenção Básica</b>	<b>1.378.325</b>		<b>1.696.099</b>	
..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	632.616	-	<b>818.086</b>	-
..02-Ações Médicas Básicas	387.557	-	445.843	-
..03-Ações Básicas Em Odontologia	279.929	-	302.132	-
..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	72.593	-	117.807	-
..05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	8.630	-	12.231	-
<b>Procedimentos Especializados</b>	<b>517.281</b>	<b>2.808.762,87</b>	<b>923.250</b>	<b>5.460.845,06</b>
07- Proc.esp.prof.medico,out/nivel sup/med	108.024	576.915,84	270.816	2.039.792,83
..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	5.250	22.295,61	7.452	249.865,49
..09-Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos	1.582	52.547,03	1.582	52.547,03
..10-Ações Especializadas Em Odontologia	12.755	62.783,43	13.975	66.693,16
..11-Patologia Clínica	249.585	1.135.672,06	468.110	2.138.829,40
..12-Anatomopatologia e Citopatologia	10.017	53.791,29	11.265	60.493,05
..13-Radiodiagnóstico	38.780	318.919,84	40.363	375.978,18
..14-Exames Ultra-Sonográficos	2.214	27.961,11	5.099	64.383,86
..17-Diagnose	22.130	212.443,23	29.898	236.925,84
..18-Fisioterapia (Por Sessão)	66.567	154.510,32	74.038	171.559,72
..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	377	923,11	652	3.776,50
<b>Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade</b>	<b>35.354</b>	<b>2.886.525,05</b>	<b>36.735</b>	<b>2.936.429,04</b>
..26-Hemodinâmica	-	-	-	-
..27-Terapia Renal Substitutiva	18.355	2.586.600,05	18.551	2.626.420,83
..28-Radioterapia (Por Especificação)	-	-	-	-
..29-Quimioterapia - Custo Mensal	-	-	-	-
..30-Busca de Órgãos para transplante	-	-	-	-
..31-Ressonância Magnética	-	-	-	-
..32-Medicina Nuclear - In Vivo	960	180.274,30	960	180.274,30
..33-Radiologia Intervencionista	-	-	-	-
..35-Tomografia Computadorizada	-	-	-	-
..36-Medicamentos	-	-	-	-
..37-Hemoterapia	16.039	119.650,70	17.224	129.733,91
..38-Acompanhamento de Pacientes	-	-	-	-
..40-Procedimentos Específicos para Reabilitação	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.930.960</b>	<b>5.695.287,92</b>	<b>2.656.084</b>	<b>8.397.274,10</b>

Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, SAS, DATASUS, 2007

A Lei Orgânica Municipal, através do artigo nº 171, determina que a prefeitura deverá gastar 13% de sua arrecadação dos impostos para custear as despesas com a saúde; no ano de 2006, a prefeitura realizou uma despesa de R\$ 117.676.230,94, correspondente a 14,69% do valor de sua arrecadação, demonstrando assim o atendimento a esse dispositivo legal (TRIBUNAL ..., 2008).

Em relação ao organograma da secretaria municipal de saúde, conforme figura 3, percebemos uma estrutura que privilegia a atenção primária e a descentralização de planejamento e execução de tarefas. Não podemos deixar de lembrar que existe no município uma Fundação Municipal Hospitalar de Macaé que gerencia grande parte da atenção terciária e que não se insere nesta estrutura da secretaria municipal de saúde. Situação que pode gerar dicotomia no atendimento, disputas internas de poder, dificuldade no atendimento integral, assim como criou duas instâncias de ordenação de despesa, sendo que uma delas, como já citado anteriormente, se mantém à margem do controle social.



Fonte: MACAÉ, 2006.

Figura 3 - Estrutura da rede pública de saúde de Macaé – RJ.

Com relação ao quadro de profissionais de saúde, o município de Macaé dispõe de um total de 2.234 funcionários, em que a maior concentração se dá em relação ao nível superior, em torno de quarenta por cento (MACAÉ, 2006).

O setor saúde municipal apresenta três estruturas gestoras orçamentárias: o Fundo Municipal de Saúde (FMS), a Fundação Municipal Hospitalar de Macaé (FMHM) e a própria Prefeitura. Essa estrutura está em desacordo com o que preceitua o § 3 do artigo nº 77 do Ato da Disposição Constitucional Transitória e restringe a capacidade de controle social através do Conselho Municipal de Saúde, Lei Municipal nº 1594/95 (TRIBUNAL ..., 2008).

Uma consequência da descentralização política tem sido o crescimento dos recursos fiscais disponíveis para o município, especialmente em relação aos recursos dos Estados e da União, como relatado anteriormente.

A Constituição Federal preconiza que, para o recebimento de recursos destinados às áreas sociais, os municípios devem criar seus Conselhos Gestores Municipais. A socialização das práticas e decisões da gestão local é fundamental para formar uma população sensível à sua cidadania, que desempenhe papel ativo perante a agenda pública. Os conselhos municipais buscam trazer a esfera pública não estatal à realidade local. Macaé tem Conselhos de Educação; dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes; de Assistência Social; e de Saúde, mas somente este último tem o perfil de administrar o Fundo de Saúde (MACAÉ, 2006).

No caso específico do Conselho Municipal de Saúde de Macaé, o mesmo foi criado por Lei Municipal em 24/03/1995, é composto por representantes dos usuários, gestores, trabalhadores e entidades, atendendo o critério de paridade assim como a Resolução nº 333/2003 do CNS. As reuniões são mensais e a população é convidada a participar das reuniões e assembléias através de edital em jornal de circulação municipal, contudo, nestes fóruns, ela somente tem direito a voz, não sendo permitido o voto nas decisões das plenárias, que fica a cargo dos 54 conselheiros, membros efetivos do Conselho (DATASUS, 2008; BRASIL, 2007).

Considerando que, a ouvidoria em saúde também é um dispositivo de controle social, a Secretaria Municipal de Saúde de Macaé implantou no ano de 2003, o setor de Ouvidoria em Saúde, este tem por finalidade receber as queixas e

sugestões da população usuária dos serviços públicos de saúde e transformá-las em propostas de melhorias na atenção em saúde da população.

Esse serviço iniciou-se com a análise da organização do sistema de saúde local e seus condicionantes, assim como as diferentes formas encontradas por cada unidade para lidar com os problemas em seu cotidiano e suas conseqüências. Significou deparar com as limitações do sistema diante das necessidades e expectativas dos usuários (MENDONÇA, 2005).

A população tem acesso direto e deposita suas queixas e sugestões através de relatos escritos, relacionados a atendimento na atenção à saúde. Os funcionários do setor recebem os relatos e geram um processo administrativo, e dois servidores de nível superior, são responsáveis pela apuração das queixas, pareceres, identificação dos setores responsáveis, retorno aos usuários e encaminhamentos de propostas que se revertem em ações nestes setores, caso haja viabilidade técnica e administrativa. Na análise, mesmo a população usuária não tendo intenção de propor mudanças, algumas questões acabam se transformando em propostas para a melhoria da atenção à saúde para o bem da coletividade e se transforma em informação que seguirá em forma de relatório para o gestor municipal (MENDONÇA, 2005).

Fortalecendo a participação popular, a Prefeitura Municipal de Macaé, vem desenvolvendo um Projeto, conhecido como Macaé Cidadão, que a partir de inquéritos domiciliares identifica o perfil sócio-econômico do município a fim de traçar necessidades e demandas. Como produto desse estudo, foi elaborado um livro intitulado Exclusão social e desenvolvimento humano: um mapeamento das desigualdades e do desenvolvimento sócio-econômico do município de Macaé (COSTA, 2007a).

Nas informações referentes ao setor saúde, foram identificadas, a partir do quesito “controle social”, as principais queixas do sistema de saúde pública municipal, segundo os chefes de família ou cônjuges, nos setores administrativos – 2001/2003, conforme tabela 9 abaixo:

Tabela 9: Principais queixas do sistema de saúde público municipal.

<b>Total Geral: 42.667</b>	<b>Área urbana</b>	<b>Área rural</b>
Total da população pesquisada	42.151	516
Queixas (%)		
Dificuldade de atendimento	<b>24,49</b>	<b>5,04</b>
Atendimento insatisfatório	<b>6,9</b>	<b>1,74</b>
Carências de recursos materiais	<b>1,77</b>	<b>0,78</b>
Carência de recursos humanos	<b>1,11</b>	<b>0,39</b>
Carência de especialista	<b>6,29</b>	<b>1,94</b>
Falta de unidade próxima de casa	<b>3,2</b>	<b>24,81</b>
Falta de informação ao usuário	<b>0,4</b>	<b>0,0</b>
Não tem queixas	<b>54,51</b>	<b>65,31</b>
Não informado	<b>1,33</b>	<b>0,0</b>
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão, 2001-2003

Conforme tabela 9, dentre as várias respostas da população pesquisada, porcentagem expressiva dos usuários, tanto da área urbana e rural (54,5% e 65,3%, respectivamente) não tem queixas do sistema de saúde público municipal, denotando uma positividade em relação a esses serviços. Por outro lado, identificamos dois quesitos negativos que despontam: a dificuldade de atendimento e a falta de uma unidade próxima de casa. No que se refere a dificuldade de atendimento, a zona urbana apresenta índice de 24,49% de reclamações em comparação com o índice de 5,04% na zona rural. Acreditamos que essa situação está relacionada com a concentração de usuários em relação à unidade de saúde. Quanto à falta de uma unidade próxima de casa, podemos afirmar que há divergências quando comparados os locais de pesquisa; na zona urbana é o quinto índice (3,2%) de reclamações da população, em comparação com a zona rural que se apresenta como primeiro índice (24,81%) de reclamações, refletindo uma dificuldade de acesso e/ou transporte em função da dispersão da população e da insuficiência de unidades de saúde.

Os dados apresentados apontam para problemas que serão objeto de exploração e posterior análise na continuidade deste trabalho.

## 5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 5.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa caracteriza-se por um estudo exploratório quantitativo descritivo. Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que visa à descrição e exploração de aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995). As pesquisas descritivas são aquelas, segundo Gil (1999), que pretendem estudar as características de um grupo, o nível de atendimento dos serviços de uma comunidade, que procuram investigar opiniões, atitudes e crenças de uma população, assim como ocorrido nessa pesquisa. Consideramos exploratória, uma vez que o tema escolhido é pouco conhecido, no universo pesquisado, tornando-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Houve a utilização de técnicas qualitativas e quantitativas de coleta de dados, com desenho amostral não probabilístico, do tipo intencional, tornando possível evidenciar em curto espaço de tempo as diversas interações a que está submetido o objeto de estudo.

Dentro desta perspectiva, Oliveira (1996, p. 46) corrobora essa alternativa na medida em que afirma “a necessidade de associar esta (entrevista) a outras técnicas complementares visando controlar, recortar ou aprofundar as informações recolhidas”. Desta forma, apesar deste estudo trabalhar a partir das evocações livres e de um instrumento estruturado, acreditamos que a afirmação acima continua sendo válida.

A questão da utilização de métodos quantitativos e qualitativos, que a princípio mostra-se polêmico e pode parecer antagônico, não o é, e isto nos reafirma Oliveira (2005a, p. 86) quando cita que “a utilização associada de técnicas qualitativas e quantitativas terem permitido a obtenção de resultados complementares”. Da mesma forma, Leopardi (2001), afirma que se o problema proporciona a necessidade de análise quantitativa e qualitativa, partes dele serão esclarecidos em ambas perspectivas.

Segundo Minayo (1994, p. 20), o significado, a intencionalidade é incorporada pela metodologia qualitativa como fatores “inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Através do estudo qualitativo, há a possibilidade de se apreender a totalidade coletada tendo em última instância a intenção de se obter conhecimento de um fenômeno histórico que tem significado em sua singularidade.

A pesquisa qualitativa é afeita a questões muito próprias, particulares. A significação das ações e relações humanas é aprofundada pela abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1994, p.21) “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”.

Neste trabalho, utilizamos técnicas qualitativas e quantitativas para descrever a estrutura das representações sociais do SUS e dos serviços de saúde de Macaé, buscando identificar a sua sobreposição ou distinção, a partir do uso da técnica de evocações livres.

Em contrapartida, utilizamos procedimentos sistematizados, generalizáveis, lógicos e objetivos que são preocupações da pesquisa quantitativa na procura do conhecimento sobre determinado problema (LEOPARDI, 2001).

Assim, o método quantitativo foi muito importante nesta pesquisa na medida em que possibilitou identificar o perfil sócio-econômico dos usuários estudados, caracterizar a utilização das ações e serviços de saúde, descrever suas expectativas, assim como determinar diferentes dimensões das representações sociais relativas ao acesso aos serviços de saúde.

A partir do exposto e a partir da abordagem teórica escolhida, acreditamos que a utilização dessas metodologias complementares colocadas pela Teoria possibilitou a análise mais aprofundada das representações sociais sobre o acesso aos serviços e ações de saúde, bem como as suas implicações para a prática de enfermagem.

## **5.2 Sujeitos do estudo**

O presente estudo foi realizado com usuários do SUS, no município de Macaé, não pareou amostra representativa e sim intencional, a partir de “critérios do

pesquisador” (GIL,1999, p.101) que selecionou um subgrupo da população, sendo estes em número de 50 usuários para cada unidade representando os níveis de atenção primária, secundária e terciária, para permitir comparação entre eles, perfazendo um total de 150 usuários da rede de saúde de Macaé.

Os critérios de inclusão foram: sexo masculino e feminino; diferentes faixas etárias a partir de 21 anos (idade adulta) e pessoas que já tinham utilizado os serviços de saúde daquela cidade.

Uma característica da população de Macaé é ser flutuante e a presença de inúmeros usuários advindos de municípios circunvizinhos, que não contam com uma estrutura de saúde como a do município de Macaé, principalmente em relação à atenção secundária e terciária e, apesar das restrições burocráticas de acesso, os usuários são atendidos. Acrescentando a tudo isto, desde 2004, quando da inauguração do Hospital Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva, inúmeros usuários se servem desse estabelecimento de saúde, em decorrência do mesmo ser referência em traumatologia na região.

Assim, foram entrevistados 150 usuários, 50 do Centro de Saúde Dr. Jorge Caldas, 50 do Centro de Especialidades Dr. Moacyr Santos e 50 do Hospital Dr. Fernando Pereira da Silva. Esses usuários, provavelmente, fazem parte de um grupo representativo frente a temática estudada na medida em que os mesmos devem compartilhar um maior número de conhecimento, atitude, prática de acesso aos serviços públicos de saúde de Macaé, decorrente dos critérios de inclusão definidos, assim como por utilizarem serviços que possibilitam atendimento indistinto de toda população.

As instituições citadas, são as que favorecem a formação e circulação dos conteúdos da representação estudada na medida em que representam a assistência primária, secundária e terciária, respectivamente, no referido município.

Para esses grupos sociais descritos, o acesso aos serviços de saúde de Macaé, apresenta relevância, sendo apropriado na vida cotidiana, reconstruído mentalmente e muito provavelmente, compartilhado de forma efetiva entre os membros do grupo, gerando comportamentos, atitudes e imagens entre seus membros.

### 5.3 Cenários do estudo

Apresentamos em anexo, a planta de localização das unidades de saúde discriminadas neste estudo em relação à área urbana.

#### 5.3.1 Centro de saúde Dr. Jorge Caldas

O centro de saúde Dr. Jorge Caldas, localiza-se na Praça Washington Luiz, s/nº - Centro e representa um serviço de atenção primária.



Figura 4 - Fachada do centro de saúde Dr. Jorge Caldas.

Fonte: Acervo de Lenise Lobo



Figura 5 - Recepção e pátio interno do centro de saúde Dr. Jorge Caldas.

Fonte: Acervo de Lenise Lobo

Através da figura 4 e 5 temos a visualização, de maneira sumária, da estrutura física deste serviço.

A partir de informações colhidas no próprio serviço por ocasião da coleta de dados<sup>1</sup>, podemos afirmar que o centro de saúde Dr. Jorge Caldas:

Teve o início de suas atividades a partir de sua construção em 1962 até 1965 na gestão do então Governador General Paulo F. Torres<sup>2</sup>.

Ações de saúde prestadas: atendimento em ginecologia, obstetrícia, clínica geral e pediátrica, nutricionista, dermatologia, cardiologia, pneumologia (tuberculose), odontologia, urologia, assistência social, infectologia, nefrologia, psicologia, psiquiatria, angiologia, homeopatia, consulta de enfermagem, entre outros, perfazendo uma média de 8.500 atendimentos mensais.

O centro de saúde Dr. Jorge Caldas também é referência para teste do pezinho e vacina BCG, além da divisão de laboratório.

Neste serviço funcionam vários programas do município, tais como: Programa de Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde da Mulher, Imunização e etc.

A recepção do centro de saúde já está informatizada e tem cadastrados todos seus clientes por nome e endereço, facilitando o bom atendimento.

Na sua estrutura de recursos humanos, podemos encontrar funcionários do governo do estado, concursados e contratados pelo município.

### 5.3.2 Centro de especialidades Dr. Moacyr Santos

O centro de especialidades Dr. Moacyr Santos, localiza-se à rua Marechal Rondon, nº 390 - bairro Miramar e representa um serviço de atenção secundária. Na figura 6 e 7 temos a visualização, de maneira sumária, da estrutura física deste serviço.

---

<sup>1</sup> Janeiro de 2008.

<sup>2</sup> Informação através de placa inaugural.



Figura 6 - Fachada do centro de especialidades Dr. Moacyr Santos.

Fonte: Acervo de Lenise Lobo



Figura 7 - Interior do centro de especialidades Dr. Moacyr Santos.

Fonte: Acervo de Lenise Lobo

A partir de informações colhidas no próprio serviço por ocasião da coleta de dados<sup>3</sup>, podemos afirmar que:

Inicialmente, este serviço prestava atendimento somente aos servidores municipais através de dez especialidades.

Foi reconstruído em abril de 1999 na gestão do 1997/2000<sup>4</sup>.

Devido à crescente procura ao serviço, os atendimentos foram expandidos à população e foi transformado em unidade do SUS em 1999.

Atualmente conta com 21 especialidades, com estimativa de 12 mil atendimentos ao mês.

Esse serviço, também conhecido como “Barracão” tem por princípio que todos os pacientes de primeira vez deverão chegar encaminhados pelas unidades de

<sup>3</sup> Janeiro de 2008.

<sup>4</sup> Informação através de placa inaugural.

saúde do município de Macaé. Os demais pacientes deverão marcar suas consultas seguindo o calendário mensal da unidade.

Essa unidade é a única no município onde podemos encontrar algumas especialidades, tais como: acupuntura, nefropediatria, neurocirurgião, proctologista e otorrinolaringologista.

Como ações de saúde prestadas temos atendimentos em várias especialidades como acupuntura, alergista, angiologia, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, nefropediatria, neurocirurgia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, pequenas cirurgias, proctologia, serviço social, urologia, etc.

### 5.3.3 Hospital público municipal Dr. Fernando Pereira da Silva (HPM)

O hospital público municipal Dr. Fernando Pereira da Silva, conhecido como o “HPM”, localiza-se na rodovia 168, Km 4, Virgem Santa e representa um serviço de atenção terciária.



Figura 8 - Fachada do HPM.

Fonte: Acervo de Lenise Lobo



Figura 9 - Circulação interna e enfermaria do HPM.

Fonte: Acervo de Lenise Lobo

A partir de informações colhidas no próprio serviço por ocasião da coleta de dados<sup>5</sup> e a partir do relatório de gestão de 2007<sup>6</sup> podemos afirmar que esta unidade hospitalar foi inaugurada em março de 2004. Tem como entidade mantenedora a Fundação Municipal Hospitalar de Macaé (SANTOS JÚNIOR; SILVA, 2007).

Possui uma área física de 8.000 m<sup>2</sup> com capacidade instalada de 150 leitos. Número de funcionários: 1.207. Possui um perfil assistencial de Urgência e Emergência. Sua missão consiste em ser reconhecido como hospital de emergência que supera as expectativas dos clientes. Tem como desafio: regionalizar o HPM (SANTOS JÚNIOR; SILVA, 2007).

Os setores de atendimento são Emergência, Pronto-atendimento; Centro Cirúrgico: 04 salas de operações; Centro Obstétrico: 02 salas de operações; Serviço de Terapia Intensiva (Adultos/ Pediátrico/ Neonatal); Recuperação Pós-Anestésica (C. Cirúrgico / C. Obstétrico); Salão de Politrauma; Maternidade e Berçário Intermediário.

Possui 19 especialidades médicas atendendo todos os dias por 24 horas: Clínica Médica; Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrico e Neonatal); Pediatria; Obstetrícia; Cirurgia Geral; Ortopedia; Neurocirurgia; Cirurgia Plástica; Otorrinolaringologia; Oftalmologia; Cirurgia Vascular; Anestesia; Urologia;

<sup>5</sup> Janeiro de 2008.

<sup>6</sup> Elaborado pela direção do HPM

Radiologia; Hemoterapia; Psiquiatria; Nefrologia; Infectologia e Cirurgia Bucomaxilofacial.

Possui serviços especializados como: Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Enfermagem; Farmácia; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviço Social; Capelania; Ouvidoria e Brinquedoteca.

Apoio diagnóstico: Patologia Clínica, Radiologia, Tomografia Computadorizada, Ultra-sonografia, Endoscopia Digestiva, Eletrocardiograma e Broncoscopia.

Como serviços externos contratados possui: Hemodinâmica, Hemodiálise, Ecodoppler, Hiperbárica e Ressonância Nuclear Magnética.

Opera com 12 Comissões e/ou Programas de Treinamentos.

Teve uma média de atendimentos no ano de 2006 de 80.000 no Pronto Atendimento enquanto na Emergência de 10.000 atendimentos. Relativo ao ano de 2006, a grande maioria dos setores apresentaram uma média de ocupação de 100% (SANTOS JÚNIOR; SILVA, 2007).

#### **5.4 Técnicas de coleta de dados**

Segundo Sá (1996, p. 99) “a pesquisa de representações sociais tem se caracterizado, desde o início, por uma utilização bastante criativa e diversificada de métodos”. Dentre as várias alternativas para o estudo das representações sociais, optou-se pela utilização das técnicas de evocações livres e questionário, aplicadas através de entrevista feita individualmente. Essas técnicas se enquadram entre os métodos interrogativos e associativos de coleta de dados das representações sociais, conforme definidos por Oliveira (2005a).

Por sua vez, uma das técnicas mais apropriadas para obtenção de dados nas pesquisas sociais é o questionário, que através de um número de questões mais ou menos elevado permite obter informações dos sujeitos do estudo (GIL, 1999).

Dessa forma, o questionário também segundo Sá (1998), é bastante utilizado nas pesquisas de representação social, principalmente em estudos que pretendem a comparação entre grupos. O instrumento utilizado nesse estudo (apêndice A), foi estruturado em três partes: a primeira privilegiando variáveis específicas que

permitiram traçar o perfil sócio-econômico-demográfico dos sujeitos pesquisados; a segunda parte composta pela técnica de evocações livres; e a terceira de variáveis mais abrangentes acerca do acesso aos serviços de saúde que possibilitaram observar as particularidades do atendimento prestado na rede de saúde de Macaé; o atendimento das expectativas dos usuários; as dificuldades encontradas, dentre outras. Para isto utilizamos, nessa parte, inúmeras questões fechadas que foram estruturadas a partir da experiência profissional da pesquisadora como enfermeira lotada na Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria dos Serviços de Saúde de Macaé.

Quando da confecção do questionário, tivemos uma preocupação com a linguagem utilizada, para que ela fosse compreensível para os sujeitos entrevistados. Em relação a esta questão um dos grandes problemas dessa pesquisa foi a tradução do termo utilizado para o objeto de estudo que foi “acesso”, e que não se fazia compreensível para a maioria dos usuários. Isso foi comprovado antes mesmo do pré teste do questionário, quando fizemos um instrumento preliminar para o termo indutor da evocação livre com as palavras “acesso” e “acessibilidade”. Assim, as variáveis do questionário foram construídas a partir de elementos do atendimento em saúde que pudessem expressar diferentes facetas do acesso e ações.

Em relação ao questionário, comparando-o com outros instrumentos, ele não exige grandes habilidades para aplicação, como cita Gil (1999), embora tenhamos tido bastante cuidado para uniformizar a maneira de se chegar ao usuário, de não interferir de maneira verbal ou de outra forma em suas respostas, de incentivá-lo a expor suas opiniões. Para isto, tomou-se o cuidado na hora da entrevista de ficar longe dos olhares dos funcionários das unidades, que inúmeras vezes ficaram curiosos com a entrevista. Para minorar este problema, ao terminar alguma entrevista ou antes mesmo de começá-la, quando notávamos alguma curiosidade por parte de qualquer funcionário, íamos ao seu encontro, nos apresentávamos, dizíamos para que vínhamos e mostrávamos o instrumento. Após estas abordagens, os funcionários compreendiam o propósito do trabalho e mostravam-se mais tranquilos e desarmados.

Para a aplicação do questionário, informamos ao entrevistado o tema e a finalidade do estudo, quem éramos (mestranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ, da Faculdade de Enfermagem). Asseguramos aos mesmos que o

importante era a sua resposta frente às questões apresentadas e que garantiríamos a confidencialidade da entrevista, bem como que qualquer dúvida poderia ser tirada mesmo após o início da entrevista, através do contato impresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O período de coleta de dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2008. Pesquisamos em três cenários: o Centro de Saúde Dr. Jorge Caldas, o Centro de Especialidade Dr. Moacyr Santos e Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva que correspondem a atenção primária, secundária e terciária respectivamente.

Coletamos uma amostra em número igual, ou seja 50 sujeitos para cada um dos três serviços pesquisados, a fim de possibilitar uma comparação entre eles, considerando os seguintes critérios de inclusão da pesquisa: aceite em participar, estar utilizando os serviços de saúde e idade de 21 anos ou superior a essa.

Realizamos sucessivas visitas, pelo período da manhã e da tarde, aos serviços de saúde por ocasião da coleta de dados, não havendo agendamento prévio. Sentimos acolhimento muito bom por parte dos gerentes desses serviços.

O tempo, em média, dispensado para a aplicação completa do questionário a partir das entrevistas foi de vinte a trinta minutos. A parte do questionário que teve maior gasto de tempo foi a evocação livre. Houve um acolhimento muito bom por parte dos gerentes desses serviços.

Outro aspecto que merece destaque foi a enunciação das perguntas, onde tentamos fazê-las de forma mais clara e objetiva possíveis para garantir a uniformidade de entendimento.

A partir de um pré-teste realizado com 10 sujeitos, reelaboramos o instrumento, onde dentre várias pequenas modificações, alteramos a ordem de apresentação da evocação livre, como também, reduzimos para apenas dois termos indutores, pois no pré-teste tínhamos três termos indutores, na seguinte ordem de apresentação: “serviços de saúde de Macaé”, “ser atendido no SUS” e “SUS”. A partir das modificações mencionadas, os termos indutores passaram a ser: “SUS” e “serviços de saúde de Macaé”, respectivamente.

Nesse estudo foram solicitadas 5 palavras associadas a cada termo indutor “SUS” e “serviços de saúde de Macaé”. Após as evocações foi solicitado a cada sujeito que classificasse as mesmas da mais para a menos importante e segundo sua positividade, negatividade ou seu caráter neutro. Tal técnica, segundo Sá

(1996), possibilita colocar em evidência a saliência dos elementos das representações, assim como a sua importância hierárquica.

Assim, esses termos indutores permitiram analisar as representações sociais dos usuários em relação ao SUS e aos serviços de saúde de Macaé, buscando identificar a sua sobreposição ou distinção. A associação ou evocação livre nos possibilitou coletar os elementos constitutivos do conteúdo e da estrutura da representação, a partir dos termos indutores.

Gostaríamos de tecer alguns comentários em relação as percepções do pesquisador no período de coleta dos dados. Os usuários demonstraram interesse e verbalizavam bastante no início da entrevista. Na grande maioria das vezes, a receptividade era muito boa, considerando que apenas 4 usuários se negaram a participar da entrevista. Os usuários do hospital, em sua maioria, não apresentavam condições de responder ao questionário, sendo assim, foi solicitado aos seus acompanhantes que respondessem. Na unidade de atenção primária, houve necessidade de se chegar muito cedo para conseguir quantidade adequada de usuários para entrevista, enquanto aguardavam atendimento, pois o horário mais adequado mostrou-se ser o do pré-atendimento. Alguns entrevistados que interromperam a entrevista para serem atendidos, retornavam com boa vontade para terminá-la. Alguns usuários utilizavam, algumas vezes, termos técnicos que nos deixavam surpresos. No período da coleta de dados estava havendo vacinação contra febre amarela, não utilizamos esses usuários, pois de um modo geral, entravam e saíam com muita pressa.

## **5.5 Aspectos éticos de pesquisa**

No início da concepção do projeto, assim que se estruturou o objeto e os prováveis campos de estudo, realizamos contato pessoal prévio com Diretor Superintendente da Fundação Municipal Hospitalar de Macaé e com o Secretário Municipal de Saúde, a fim de que o projeto fosse apresentado, objetivando a obtenção de autorização institucional.

Posteriormente confeccionamos carta solicitando autorização institucional para as citadas autoridades e encaminhado, juntamente, o projeto para apreciação.

O coordenador de enfermagem do município de Macaé concretizou a autorização para o desenvolvimento do estudo, através de memorando endereçado aos administradores informando-os sobre a autorização para realização da pesquisa entre os usuários dos respectivos serviços.

A pesquisa também foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) para análise dos aspectos legais. Esta Comissão a analisou sob o protocolo de nº. 032.3.2007, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisas envolvendo seres humanos e, após análise, deliberou pela aprovação do projeto através do parecer da COEP nº 065/2007.

Assim, respeitados os critérios do Conselho Nacional de Saúde, a partir da Resolução 196 de 1996, com relação à pesquisa envolvendo sujeitos humanos, utilizou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, que visa o respeito à dignidade dos sujeitos envolvidos, garantindo-lhes o anonimato e assegurando-lhes a liberdade de desistência a qualquer momento (BRASIL, 1996).

Dessa forma, os sujeitos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, o termo de consentimento foi lido e explicado antes do início da entrevista, bem como a necessidade de assinatura do mesmo por eles e pela pesquisadora ao final da entrevista, ficando uma via com a pesquisadora e outra com os informantes.

## **5.6 Tratamento e análise dos dados**

Segundo Gil (1999), utilizamos a análise de dados a fim de se organizar e resumir os dados obtidos, sendo que os processos de análise variam muito em função do plano de pesquisa. Na maioria das pesquisas sociais, temos passos a serem seguidos como: estabelecimento de categorias, codificação, tabulação, análise estatística dos dados, avaliação das generalizações obtidas com os dados, inferência de relações causais, interpretação dos dados.

Para análise do questionário, algumas etapas foram seguidas. Primeiro, criamos um dicionário de códigos para cada variável (apêndice A), onde os dados brutos foram transformados em símbolos para poderem ser tabulados. Assim, nas perguntas fechadas, as alternativas foram associadas a códigos impressos no

próprio questionário, no espaço à esquerda do enunciado de cada alternativa (apêndice A). A partir daí, cada questionário foi codificado.

Foi realizada a digitação de todos os dados e ao término desta digitação, confeccionamos um banco de dados contendo o conjunto de todos os sujeitos sob o formato de uma planilha (apêndice B). A partir do banco de dados, fizemos uma quantificação das respostas de forma descritiva, identificando as frequências absolutas e relativas de cada variável.

Decorrente de uma primeira análise dos dados, selecionamos algumas variáveis a partir da possibilidade de correspondência estatística entre elas. Foi realizado o cruzamento das variáveis consideradas mais importantes para o estudo e construção de tabelas bivariadas e gráficos. A partir daí, a descrição dos resultados teve como objetivo a caracterização do que é típico no grupo.

Dessa forma, confeccionamos tabelas simples e de dupla entrada, bem como representações gráficas (quadros, figuras e tabelas). Através, da análise lógica das relações houve a possibilidade de se fazer a inferência de relações entre duas variáveis e, especialmente, entre os diferentes níveis de assistência estudados e as variáveis escolhidas.

O questionário construído continha perguntas fechadas com respostas livres, ou seja, permitindo a livre manifestação dos sujeitos. Essas questões foram submetidas à análise de conteúdo. Acreditamos que a utilização dessa abordagem plurimetodológica pudesse completar-se reciprocamente. O uso de premissas aritméticas associou-se a técnicas de evocação livre e análise de conteúdo e possibilitou um tratamento mais holístico do fenômeno estudado. Atualmente, segundo Oliveira (2005a), há muita diversificação, no campo das representações sociais, em relação às técnicas de coleta e análise de dados.

Oliveira (2005b), afirma que conforme a vertente teórica e as intenções do autor, a análise de conteúdo pode ser determinada de diversas formas. Para Bardin (1977, p. 31) “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Bauer e Gaskell (2000) mencionam que análise de conteúdo é simplesmente um método de análise de texto. Oliveira (2005b), por sua vez, discorre sobre a percepção de Berelson e afirma que a interpretação das comunicações se dará a partir da descrição objetiva, de forma sistemática e quantitativa a partir do conteúdo presente nessas mesmas comunicações.

Segundo Bauer e Gaskell (2000), na análise de conteúdo clássica, antes que qualquer quantificação seja feita, grande atenção é dada aos tipos, qualidades e distinções do corpus do texto. A complexidade de uma coleção de textos pode ser reduzida pela análise de conteúdo.

Diversas leituras podem ser feitas através de um corpus de texto e a análise de conteúdo da mesma forma. Para fins de pesquisa social, segundo Bauer e Gaskell (2000, p.191) “é uma categoria de procedimentos explícitos de análise textual”.

Acrescentando ao exposto, podemos dizer que a análise de conteúdo utiliza normalmente textos escritos, porém, podem ser usados imagens ou sons. Em relação aos textos escritos, podem ser de dois tipos: os que são elaborados no processo da pesquisa (fruto de entrevista e relatório de observação) e os que já foram feitos para outros fins como jornais ou expedientes de instituições. Assim o que uma comunidade escreve, pode ser representado e expressado através de um corpus de texto.

Dentro desse contexto, importante frisar que fidedignidade (difícil na medida em que implica julgamento humano) e validade são preocupações principais da metodologia da análise de conteúdo, assim como coerência e transparência. Outra vantagem da análise de conteúdo é ela ser sistemática e pública e que as tendências sociais podem ser estabelecidas de forma barata.

Dessa forma, a partir das respostas da pergunta número 11, “o que é SUS para você?”, utilizamos para a análise de dados a técnica de análise de conteúdo temática. Buscamos ativamente nestes conteúdos elementos que nos permitiram identificar as diferentes percepções dos usuários sobre a temática estudada. A partir dos dados colhidos, procuramos reparti-las em unidades. Estas foram agregadas formando as categorias conforme o sentido que cada unidade inseria, isto nos permitiu uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo e a partir disto construímos um quadro demonstrativo da construção de categorias (apêndice G).

Como uma outra etapa da pesquisa foi feita a análise estrutural das evocações livres para os termos “serviço de saúde de Macaé” e “SUS”. Nessa fase, para tratamento dos dados coletados, utilizamos o software “EVOC – versão 2003” (Ensemble de Programmes Permettant L’analyse des Evocations), que se destina a

realizar a organização das palavras produzidas em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem de evocação (OLIVEIRA et al., 2007a). Lembrando que nessa pesquisa a ordem de evocação foi definida pelo usuário, quando após a evocação das cinco palavras, o mesmo as classificou da mais para a menos importante.

Este software, produzido na França por Pierre Vergés, quantifica as palavras que foram evocadas e em seguida realiza o cruzamento da frequência e com a ordem de evocação informada pelo pesquisador.

Fazendo parte desta fase, digitamos as palavras evocadas e agrupamos em ordem alfabética que gerou um dicionário que norteou a categorização das evocações, na medida em que palavras de significado semelhante foram agrupadas, evitando repetições (apêndice C e E). Conforme padronização feita, inserimos as palavras no corpus de cada termo indutor, para utilização do software EVOC. Dessa forma rodamos esse programa, que gerou os relatórios EVOC para o termo indutor “SUS” e para o termo indutor “serviços de saúde de Macaé”, conforme apêndice D e F, que possibilitaram a construção dos quadros de quatro casas dos respectivos termos indutores.

Fizemos a construção do quadro de quatro casas, como citam Oliveira e Sá (2001b, p.611) da seguinte forma:

O eixo horizontal do quadro representa o valor da frequência média dos termos evocados, o vertical informa a média das ordens médias ponderadas de evocação dos mesmos termos, ou seja, a quantificação da importância atribuída ao termo em função da ordem que ocupa no conjunto dos dicionários produzidos.

Assim o EVOC, segundo Oliveira e Sá (2001b), permite a análise do conteúdo e da estrutura da representação a partir da distribuição e análise combinada dos termos evocados resultando nesse quadro de quatro casas, onde encontraremos o núcleo central, a primeira periferia, a segunda periferia e a zona de contraste, conforme figura abaixo:



Figura 10 – Esquema de um quadro de quatro casas.

Para a leitura desse quadro temos que levar em consideração que:

- Os elementos do núcleo central da representação estudada se situarão no quadrante superior esquerdo e são aqueles que tiveram as maiores frequências e foram os mais prontamente evocados. “Esses elementos caracterizam a parte mais consensual e estável da representação, assim como menos sensível a mudanças em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos.” (OLIVEIRA et al., 2007a, p. 380).

- O quadrante superior direito do quadro de quatro casas, denomina-se primeira periferia e é onde localizam-se as palavras que tiveram uma alta frequência, porém as suas posições na ordem de evocação não foram suficientes para estarem no núcleo central.

- No quadrante inferior esquerdo, denominado zona de contraste, encontramos uma situação inversa, onde as palavras possuem menores frequências mas foram muito prontamente evocadas. “Essa zona comporta elementos que caracterizam variações da representação em função de subgrupos, sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação.” (OLIVEIRA et al., 2007a, p. 381).

- Já os elementos que possuem menores frequências e foram os menos prontamente evocados, se situarão no quadrante inferior direito, chamado de segunda periferia, que segundo Oliveira et al. (2007a, p. 380) “constitui a interface mais próxima da representação com as práticas sociais”.

## 6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

O conhecimento das características dos usuários estudados possibilita o entendimento e a aplicabilidade dos resultados, assim como a identificação do padrão de utilização dos serviços. Apresentaremos a seguir variáveis individuais como idade, sexo, escolaridade, posição no mercado de trabalho como também variáveis relativas à família que caracterizam o grupo estudado.

Dessa forma, podemos afirmar que os sujeitos desta pesquisa foram os usuários do Sistema Único de Saúde em Macaé. Esta população foi composta de 150 sujeitos, que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, 50 de cada campo escolhido.

Constatamos que a grande maioria dos sujeitos, de todos os níveis de atenção, moram há mais de cinco anos na cidade (63,3%), fato significativo pois conforme citamos no capítulo referente a população de Macaé, a população deste município é bastante flutuante.

A partir da tabela 10, faremos associações referentes a variável sexo.

Tabela 10 - Distribuição dos usuários do SUS em relação ao sexo, por serviços de saúde estudados. Macaé, 2008.

Serviços de Saúde	Sexo					
	fem		masc		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nível prim	46	30,6	4	2,7	50	33,3
Nível sec	38	25,3	12	8,0	50	33,3
Nível terc	43	28,7	7	4,6	50	33,3
<b>Total</b>	127	84,6	23	15,3	150	100,0

Os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo feminino, perfazendo um total de 127 (84,6%) em relação a todos os níveis de atenção, sendo apenas 23 (15,3%) do sexo masculino, conforme apresentado na tabela 10. Corroborando com esses dados, Ribeiro et al. (2006) citam que no Brasil há predomínio de mulheres nos

usuários do SUS e Travassos et al. (2002) referem que a utilização dos serviços de saúde é maior pelas mulheres do que pelos homens. Fato também reiterado por um estudo financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), citado pela mesma autora, assim como Capilheira e Santos (2006) enfatizam a partir de dados de vários países como também de seus próprios estudos.

Em relação à distribuição dos usuários segundo faixa etária, temos a tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos usuários do SUS em relação a faixa etária, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.

Serviços de saúde	21 a 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		> 60 anos		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	23	15,3	13	8,7	6	4,0	7	4,6	1	0,7	50	33,3
Nível sec	6	4,0	10	6,6	13	8,7	16	10,7	5	3,3	50	33,3
Nível terc	22	14,6	11	7,3	12	8,0	4	2,7	1	0,7	50	33,3
<b>Total</b>	51	33,9	34	22,6	31	20,7	27	18,0	7	4,7	150	100,0

Observamos, conforme tabela 11, uma concentração significativa de usuários com idade de até 50 anos (77,2%), sendo que há uma maior concentração desses na faixa etária de 21 a 30 anos (33,9%), havendo prevalência na atenção primária (15,3%) e terciária (14,6%). Já na atenção secundária, há uma maior porcentagem na faixa etária de 51 a 60 anos (10,7%).

Segundo Travassos et al. (2002), a maior chance de uso de serviços preventivos apresenta-se pelas mulheres jovens casadas, daí podermos associar a porcentagem significativa, citada acima, de usuários jovens na atenção primária na medida em que, possivelmente, o consumo dos filhos impacta sobre o uso dos serviços de saúde pelas mães.

A utilização dos serviços é maior na faixa etária abaixo dos sessenta anos, sendo o oposto o que cita a literatura onde se associa a maior chance de uso dos serviços pelos aposentados (TRAVASSOS et al., 2002), fato também citado por Capilheira e Santos (2006) quando associam a maior probabilidade de utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos com 60 anos ou mais.

Ao analisarmos a situação de trabalho, percebemos que há uma porcentagem ligeiramente maior dos que trabalham (54%) sendo que na atenção secundária

apresentam-se equitativamente distribuídos (16,6%) em relação dos que não trabalham. Já na atenção primária e terciária há uma ligeira prevalência (17,3% e 20% respectivamente) dos que trabalham fora do lar, conforme tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos usuários do SUS em relação a sua situação de trabalho, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.

Serviços de Saúde	Situação de trabalho					
	trabalha		não trabalha		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nível prim	26	17,3	24	16,0	50	33,3
Nível sec	25	16,6	25	16,6	50	33,3
Nível terc	30	20,0	20	13,3	50	33,3
<b>Total</b>	81	54,0	69	46,0	150	100,0

Estes resultados apontam em sentido inverso ao que afirmam Travassos et al. (2002) quando cita que as maiores chances de uso são das mulheres sem inserção no mercado de trabalho do que as economicamente ativas.

Já Neri e Soares (2002) referem que indivíduos que não trabalham tem 23% mais de chance de procurar serviço de saúde, sendo que este autor relaciona esta afirmação aos trabalhadores que levam acima de uma hora para chegar ao trabalho.

No que se refere ao nível de escolaridade, podemos observar a tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos usuários do SUS em relação ao nível de escolaridade, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.

Serviços de saúde	Nível de escolaridade							
	Fund incomp		Fund comp ou méd incomp		Méd comp ou superior		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	17	11,4	8	5,3	25	16,6	50	33,3
Nível sec	29	19,3	9	6,0	12	8,0	50	33,3
Nível terc	25	16,6	5	3,3	20	13,4	50	33,3
<b>Total</b>	71	47,3	22	14,6	57	38,0	150	100,0

Grande porcentual de usuários possuem escolaridade até o fundamental incompleto (47,3%), destacando-se os da atenção secundária (19,3%) e da atenção terciária (16,6%). Na atenção primária, há destaque para os usuários que possuem nível de escolaridade referente ao ensino médio completo ou superior a esse (16,6%), denotando, como afirmam Travassos et al. (2002) que a escolaridade

impacta positivamente no uso dos serviços de saúde. Ainda, enfatizamos uma citação da autora que diz que nesses anos de implementação do SUS houve ênfase e desenvolvimento de programas de atenção básica, daí podermos associar a utilização desses serviços por uma clientela com nível de escolaridade maior na medida em que a população assim reconhece a melhoria da qualidade desses serviços.

Já Neri e Soares (2002, p. 118) relatam que usuários de “[...] maior escolaridade tem maior percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde.”

Por outro lado, Capilheira e Santos (2006, p. 144) afirmam que “[...] o grau de escolaridade como determinante da utilização dos serviços de saúde tem sido controverso”.

Em relação à análise da distribuição da renda familiar, podemos através da tabela 14, visualizar maior concentração de usuários na faixa de renda de 2 até 5 salários, com destaque para uso dos serviços na atenção primária e secundária, fato também relatado por Travassos et al. (2002) quando destacam que usuários com renda acima de 2 salários fazem mais uso de serviços de saúde.

Tabela 14 - Distribuição dos usuários do SUS em relação a renda mensal, por serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	Renda mensal									
	Até 2 salários		Acima de 2 salários até 5 salários		Acima de 5 salários		Não informou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	12	8,0	24	16,0	13	8,6	1	0,7	50	33,3
Nível sec	21	14,0	23	15,3	5	3,3	1	0,7	50	33,3
Nível terc	21	14,0	19	12,7	8	5,3	2	1,3	50	33,3
<b>Total</b>	54	36,0	66	44,0	26	17,2	4	2,7	150	100,0

Destacamos porcentagem digna de nota (17,2%) de usuários com faixa de renda acima de 5 salários, e dentre estes, destaca-se os da atenção primária (8,6%). Segundo Ribeiro et al. (2006, p. 1021), há uma “[...] constatação de que pessoas com maiores níveis de escolaridade e renda utilizam mais procedimentos preventivos e de promoção de saúde”. Reportando-nos a esta assertiva lembramos que também uma escolaridade maior evidencia-se neste nível de atenção primária quando comparado com os outros níveis de atenção.

Nesse sentido e através da porcentagem observada de 8% de usuários com renda até 2 salários na atenção primária, Ribeiro et al. (2006, p. 1019) citam que vários estudos demonstram que para procedimentos preventivos “[...] há menor demanda e também menor acesso entre os grupos com pior inserção social.”

Assim podemos afirmar, junto com Capilheira e Santos (2006), que há uma correlação positiva de uso dos serviços com o nível sócio-econômico mais elevado como também com Ribeiro (2006, p. 1018) referindo “maior dificuldade de acesso entre os indivíduos com piores condições sócio-econômicas”.

Corroborando a assertiva acima, Neri e Soares (2002, p. 117) relatam que “[...] usuários de maior poder aquisitivo tem maior procura dos serviços de prevenção e exames de rotina [...]”.

## **6.2 Representação social do SUS e dos serviços de Saúde**

### **6.2.1 Os conceitos do SUS na percepção dos usuários**

Foram analisadas as respostas dos sujeitos oriundas da pergunta “O que é SUS para você?” das 150 entrevistas realizadas nesta pesquisa, adotando-se a técnica de análise de conteúdo temática, de forma explorar os conceitos construídos sobre o SUS no grupo estudado.

Nessa análise foram identificadas 296 unidades de registro (UR) distribuídas em 13 categorias. As categorias foram nomeadas da seguinte forma: (1) SUS como atendimento para todos; (2) SUS como sistema único; (3) A Gratuidade no SUS; (4) SUS associado a população de baixa renda; (5) SUS como INSS; (6) SUS associado com o poder público; (7) SUS associado aos planos de saúde; (8) SUS associado à saúde; (9) SUS associado ao atendimento; (10) SUS associado à atenção hospitalar; (11) Desconhecimento do SUS; (12) Desvalorização do SUS; (13) Valorização do SUS.

A categoria 1 denominada “SUS como atendimento para todos” representa 9,1% do total de UR, sobressaindo o conhecimento dos usuários acerca do princípio de universalidade como identidade do SUS, quando discorrem sobre o atendimento

irrestrito a qualquer pessoa, sendo percebido como um direito de todo cidadão, e ainda estando esse sistema de portas abertas para a população, podendo todos contar com o mesmo quando precisam. As falas nesta categoria foram afirmativas diretas como: “*O SUS atende todo mundo com preferência*”, “*quando a gente precisa tá de braços abertos*” (E. 86; E 79), denotando a importância e o conhecimento desta temática dentro de sua produção verbal.

A categoria 2 que se refere ao “SUS como sistema único” é formada por 19 UR, equivalendo a 6,4% de seu total. Se caracteriza por falas que remetem a idéia de “*unificar o atendimento no país*” (E 67) assim como “*sistema único*” (E 16; 28; 34), não apresentando, na grande maioria dessas falas, juízo de valor. Percebe-se que os usuários remetem nesta categoria à idéia de funcionamento articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde enquanto estratégia de melhor atender às suas necessidades de saúde.

Na categoria 3 “A Gratuidade no SUS” foram identificadas 8 UR correspondendo a 2,7% do total do material analisado. Os sujeitos relatam sobre o financiamento do sistema. O aspecto da gratuidade dos serviços prestados é referido como se percebe nas falas: “*Saúde grátis para o povo*” (E 43), “*Não precisa pagar*” (E 22) e também muito bem colocado por uma fala quando questiona esta gratuidade na seguinte afirmação: “*de graça não, porque o povo paga imposto e alto*” (E 43).

A categoria 4, que corresponde a 11,5% do total de UR, sendo uma das categorias mais representativas, denominada “SUS associado a população de baixa renda” relaciona o uso dos serviços do SUS a uma clientela de baixa renda, “*que não tem condição de pagar médico ou tratamento especial*” (E 46), sendo “*adequado à pessoas de nível mais baixo*” (E 104), qualificando os serviços de “*muito bom para os pobres*” (E 90) e “*para pessoas carentes*” (E 72). Esta percepção dos usuários reflete também, uma concepção de medicina pobre para os pobres que esteve presente quando do surgimento do PSF (Programa Saúde da Família), segundo Paim (2003) pelos anos de 1994.

Na categoria 5 – “SUS como INSS” - foram observadas 7,1% de UR, e se refere a falas que remetem a comparação do SUS com o INSS, inserindo os conceitos de “*carteira assinada*”, “*benefício*”, “*institutos profissionais*”, “*contribuição*” como podemos observar: “*é o INPS*” (E 47), “*para se encostar*” (E 74), denotando

que as percepções dos sujeitos estão atreladas a conceitos relativos ao modelo previdenciário anterior ao SUS, descaracterizando a imagem e as funções do SUS.

Na categoria 6 – “SUS associado com o poder público” -, denotado por 6,1% do total de UR. Nessa categoria há falas que solicitam que “os *governantes deveriam investir mais nesta área*” (E 108), assim como referências a articulação entre as três instâncias de governo em “*tinha que ter sintonia para funcionar*” (E 102), demonstrando assim, que os sujeitos concebem a postura do Estado como responsável e provedor da saúde da população e, como citam Oliveira et al. (2007b), é uma forma de abordagem com crivo paternalista, reforçada, nesse estudo, pela ausência de falas que indiquem contrapartida dos usuários no processo.

A categoria 7 representa 7,1% de UR, e foi denominada “SUS associado aos planos de saúde”, numa clara referência associando a imagem do SUS àquela dos planos de saúde: “*O SUS é um plano de saúde*” (E 72), enquanto em outras falas há referência ao uso dos serviços decorrentes da falta de opção de quem não tem plano de saúde, como expressa um usuário: “*quem não tem plano de saúde vai no SUS mesmo*” (E 146), denotando a idéia de que plano de saúde garante conforto e dignidade humana no processo de atendimento (PONTES; CESSO, 2008) e se coloca como um ideal para o SUS.

Na categoria 8 - “SUS associado à saúde” - com 5,1% do total de UR, encontra-se nas falas a referência de sistema, assistência à saúde sempre de maneira bastante ampla como: “*negócio de saúde*” (E 5), “*é um meio de saúde*” (E 100), “*é coisa... representante da saúde do Brasil*” (E 106). Referente a este aspecto, Donabedian (1973) relata que o processo de saúde relaciona-se a satisfação de necessidades, assim como procura geralmente por serviços “médicos”.

A categoria 9 - “SUS associado ao atendimento” -, com 12,1% do total de UR, corresponde a associação do SUS a atendimento, denotando a percepção de um modelo biomédico de assistência à saúde baseado na medicalização. Há décadas, Donabedian (1973) relata que o processo de busca aos serviços de saúde levava, essencialmente, a procura do médico. Franco, Bueno e Merhy (1999) citam, por sua vez, a partir de sua pesquisa, que nem sempre esses usuários necessitam realmente dessa consulta médica e isto causa, por sua vez, a subestima dos outros profissionais assim como um trabalho na unidade centrado na figura e no saber médico. Podemos dizer que há a necessidade de uma reorganização dos serviços

saúde “[...] a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional [...]” (FRANCO; BUENO e MERHY, 1999, p. 345).

Na categoria 10 – “SUS associado a atenção hospitalar” - com 5,1% do total de UR, encontramos falas como: “*SUS é um hospital*” (E 109), “*é assistência de emergência*” (E113), que remete à uma época em que os hospitais eram a porta de entrada do sistema e causava muitas distorções decorrentes da omissão das esferas governamentais em relação às ações básicas de saúde. Reforçando essa visão, podemos dizer que o modelo que influenciou a formação médica centrada nos hospitais de ensino especializado continua, como mencionam Hubner e Franco (2007, p.174) “[...] ainda hoje hegemônico no país”. Como vemos, até hoje esse modelo assistencial que quer respostas a demandas imediatas, assim como alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico está atrelado ao ideário dos usuários assim como às práticas de saúde.

Na categoria 11, contabilizando 5,7% de UR, denominada “Desconhecimento do SUS”, os usuários relatam desconhecer o que é o SUS, como revela as falas: “*nunca ouvi falar*” (E149), “*sei lá*” (E 109), “*O SUS é, sinceramente, não sei te explicar*” (E 122), denotando a dificuldade da implementação do mesmo, pois os próprios usuários que deveriam participar do controle social sequer tem o conhecimento da existência do SUS e do seu funcionamento.

A desvalorização do SUS caracteriza a categoria 12 - “Desvalorização do SUS” com 9,8% do total de UR, onde os usuários expressam percepções como: “*mal administrada*” (E 75), “*uma organização falida*” (E 75), “*desorganizado*” (E 93), “*foi um fracasso*” (E 116), etc. denotando uma crítica mais em relação ao funcionamento dos serviços do que à concepção do sistema em si.

Na categoria 13 “Valorização do SUS”, uma das maiores categorias apresentadas com 12,1% do total de UR, sobressai a avaliação positiva dos usuários em relação ao SUS, havendo por vezes uma supervalorização, conforme as seguintes falas: “*SUS é a salvação*” (E 27), “*Tudo, minha filha*” (E 15). Provavelmente contribui para esta avaliação positiva do SUS a rede de saúde de Macaé avaliada positivamente, como poderemos ver a partir de outras questões.

A partir do exposto, podemos dizer que as categorias mais significativas foram as que associam o SUS à atendimento, à população de baixa renda, ao atendimento para todos, assim como o valorizam e, contraditoriamente, o desvalorizam.

Podemos assim, dizer que o SUS vivo, expresso no cotidiano de seus usuários revela a presença de práticas assistenciais baseadas em um modelo biomédico que permanece o mesmo há décadas, apesar de grandes esforços e recursos dispendidos para alterar essa prática. Por outro lado, há um reconhecimento, por parte dos usuários, do avanço do acesso universal à saúde, porém ao mesmo tempo, grande parte desses, o associam contraditoriamente à população de baixa renda. A valorização manifesta-se de forma bem expressiva e supera, em termos quantitativos a desvalorização que se revela também presente na percepção dos usuários. Essa conotação negativa, porém, na maioria das vezes, aborda o sistema de saúde na sua forma funcional, não havendo julgamento nas falas sobre o modelo teórico de atendimento do SUS, assim como a sua estrutura de organização institucional.

Dessa forma, fica demonstrado a necessidade de pensarmos em estratégias para criação de sujeitos, de todas as instâncias, capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde que se adeque aos princípios do SUS.

### 6.2.2 A estrutura da representação social do SUS

A análise do corpus formado pelas evocações de 146 usuários pesquisados, nas três unidades, sendo elas de atenção primária, secundária e terciária, revelou que, em resposta do termo indutor “SUS”, foram evocadas 637 palavras e que a média da ordem de evocação foi de 2,8, numa escala de 1 a 5. Foram desprezadas as evocações cuja freqüência foi inferior a 12; a freqüência média foi de 23. O quadro de quatro casas apresentado na figura 11 foi resultante da análise combinada desses indicadores (freqüência e ordem de evocação).

OME <2,8		OME ≥2,8				
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥23	Médico	41	1,85	Atendimento-bom	42	2,92
	Saúde	40	2,05	Hospital	24	3,00
	Remédio	24	2,50	Demora	24	3,04
<23				inss	17	2,88
	Atendimento-ruim	21	2,42	Péssimo	15	3,13
	Exames	21	2,66	Doença	14	3,92
	Atendimento	13	1,92	Desorganização	12	3,08

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 11 - Estrutura da representação social dos usuários, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008.(n=146)

A partir das palavras evocadas, realizamos uma padronização dos termos que possuíam significados semelhantes, possibilitando a compreensão dos conteúdos da representação.

Em relação ao termo indutor “SUS” encontramos grupos de palavras que convergiram para sentidos análogos e, segundo sua distribuição nos quadrantes, possibilitaram a interpretação de suas dimensões.

Percebemos no quadrante superior esquerdo, onde encontramos os elementos do possível núcleo central da representação, a presença das palavras que tiveram as maiores freqüências e foram prontamente evocadas, sendo elas: *médico*, *remédio*, indicando uma dimensão curativa da atenção à saúde, conforme o modelo biomédico.

Nesse contexto, a palavra “médico” possuiu a segunda maior freqüência das evocações, sendo esta a palavra mais prontamente evocada, apresentando-se como o componente mais importante do núcleo, e reforçando a centralidade do significado do modelo de atenção biomédica, percebida e vivenciada a partir de uma realidade estruturada de forma conservadora do sistema de saúde. O SUS completa duas décadas de existência e, apesar das mudanças impressas nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência de saúde no país, o caráter conservador se expressa no senso comum, devido talvez à “baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde” (OLIVEIRA, 2007a, p.378).

A palavra “remédio”, também presente neste quadrante, corrobora as assertivas acima, assim como, a presença nos quadrantes de palavras que reforçam a idéia de medicalização da assistência. Nos quadrantes próximos (primeira periferia e zona de contraste) encontramos as palavras “hospital” e “exames”, reforçando o significado da medicalização da assistência.

A palavra “saúde”, também presente no núcleo central caracteriza, em harmonia com as outras duas palavras, a parte consensual e estável dessa representação, reforçando, provavelmente a associação do SUS à atenção à saúde, enquanto objetivo central do sistema, mas podendo também evidenciar um significado voltado à positividade da saúde e não apenas ao seu oposto expresso na doença.

Lembrando que as duas funções do núcleo central são gerir, pois cria e transforma elementos da representação e organizar, na medida em que unifica e

estabiliza a representação (SÁ, 1996); possuindo também, segundo Abric (2001), um caráter normativo no sentido de expressar o normal, mas não a certeza, pode-se inferir que a representação analisada reflete a incorporação do modelo biomédico, impresso nas instituições de saúde, também no conhecimento do senso comum.

Na primeira periferia (quadrante superior direito) observamos a presença de uma dimensão avaliativa do SUS expressando um posicionamento positivo frente a assistência à saúde, a partir da expressão “atendimento-bom”, que se apresenta bem próxima ao núcleo central, já que conta a maior frequência de toda a análise e ordem de evocação próxima da média do grupo. Enfatizamos, ainda, que “atendimento-bom” está presente em todos os subgrupos analisados, sem exceção, e com uma frequência sempre superior a palavra “atendimento-ruim”, quando essa aparece, reforçando a atitude positiva diante do SUS.

Avaliando as palavras negativas presentes nos quadrantes, parece que o termo “demora”, que apresenta uma frequência superior a todo este grupo, é que estabelece a relação de qualificação das outras palavras, ou seja, a configuração negativa expressa por estes termos deve-se a fatores relacionados à demora no atendimento e ao enfrentamento de filas resultantes da desorganização dos serviços, e não propriamente a uma avaliação negativa do sistema, uma vez que o núcleo central e os termos mais próximos a este não traduzem um conteúdo negativo da representação.

Dentro desse contexto, é na segunda periferia (quadrante inferior direito), que aparecem as palavras “desorganização” e “péssimo”, traduzindo a negatividade caracterizada por este conjunto. Também presente nesse quadrante a palavra “doença” e “INSS” caracterizando, a partir desta última, uma concepção atrelada a conceitos em que a assistência médica era garantida para aqueles que tinham carteira assinada e contribuía com a previdência social e reforça, junto com a palavra “doença”, a concepção do modelo biomédico, também presente neste período e até os dias de hoje.

Em relação à zona de contraste (quadrante inferior esquerdo), encontramos a expressão “atendimento-ruim”, que traduz uma avaliação negativa do sistema de saúde e não apenas de aspectos desse sistema, presente nesta representação. Essa atitude negativa se apresenta como característica de um subgrupo minoritário.

Ainda nesse quadrante, encontramos as palavras “atendimento” e “exames” que parecem não expressar relação com a negatividade acima relatada.

Buscando melhor compreender o subgrupo que avalia negativamente a atenção prestada, realizamos uma análise complementar, buscando distribuir as evocações por nível de escolaridade (apêndice H).

Dessa forma, analisando a estrutura da representação social dos usuários que possuem nível de escolaridade mais alto, conforme figura 12, encontraremos a expressão “atendimento-ruim” no núcleo central, ou seja, como elemento consensual e estável da representação, levando a acreditar que este é o subgrupo de usuários responsáveis pela assunção dessa atitude negativa.

Nessa análise, os elementos presentes nos outros quadrantes reforçam os conteúdos da representação do grupo geral, já apresentada.

OME		<2,8		≥2,8		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥12	Saúde	22	2,13	Atendimento-bom	14	3,28
	Médico	14	1,71			
	Atendimento-ruim	12	2,75			
<12				Demora	11	3,09
				Hospital	10	3,40
				Desorganização	9	2,88
				Doença	6	3,66

Ordem Média de Evocações.

Figura 12 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui nível de escolaridade médio completo ou nível superior, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008.(n=57)

### 6.2.3 A estrutura da representação social dos serviços de saúde

A análise da estrutura da representação da expressão indutora “serviços de saúde de Macaé” entre os 149 usuários pesquisados, pode ser observada na figura 13. Foram evocadas 598 palavras, a média da ordem de evocação foi de 2,6, desprezamos as evocações cuja frequência foi inferior a 13 e a frequência média foi de 21. O quadro de quatro casas apresentado na figura 13 foi resultante da análise combinada desses dados.

OME		<2,6		≥2,6		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥21	Médico	40	2,17	Péssimo	25	2,92
	Atendimento	35	1,74	Demora	25	2,96
	Atendimento-bom	35	2,57			
<21	Hospital	17	2,17	Atendimento-ruim	19	2,73
	Remédio	16	2,18	Atenção	15	2,93
	Exame	16	2,50	Melhor	15	3,33
	Falta-remédio	14	2,57	Consulta	13	2,69

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 13 - Estrutura da representação social dos usuários, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=149)

Em relação ao núcleo central (quadrante superior esquerdo) encontramos a presença de palavras como “médico”, com uma frequência expressivamente maior em relação a todas as outras palavras presentes no quadro e “atendimento” denotando a percepção de uma atenção à saúde estruturada de forma conservadora, sinalizando uma dimensão biomédica da atenção. Essa análise é reforçada pela presença das palavras “hospital”, “remédio”, “exame”, “falta-remédio” na zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) e ainda a presença da palavra “consulta” na segunda periferia (quadrante inferior direito). A presença nesse quadrante relativo ao núcleo central, da palavra “atendimento-bom” evidencia uma concepção positiva dos serviços de saúde.

Uma dimensão negativa do atendimento pode ser identificada quando na primeira periferia (quadrante superior direito) se expressam as palavras “péssimo”, “demora” e na zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) aparece a palavra “falta-remédio”, que parecem traduzir uma negatividade relativa mais a uma faceta do atendimento, um aspecto da atenção, do que em relação aos serviços de saúde em si ou no seu todo.

Podemos afirmar, dessa forma, que esta representação é estruturada a partir de um elemento operacional do sistema de saúde, qual seja, o atendimento, considerado enquanto função precípua dos serviços de saúde, avaliado positivamente, mas que apresenta conteúdos negativos não centrais importantes.

Para podermos ter maior clareza quanto aos posicionamentos aparentemente contraditórios diante dos serviços e possibilitar a identificação das modulações dos subgrupos de usuários, vamos apresentar a construção dos quadros de quatro casas em função de variáveis características de subgrupos de usuários.

A fim de melhor identificar a dimensão negativa do atendimento, mencionada anteriormente, examinamos em subgrupos de sujeitos a localização de palavras que pudessem denotar essa conotação.

Verificamos que no subgrupo relativo à escolaridade (apêndice I), são os do nível médio completo ao superior (figura 14), que possuem uma pior avaliação dos serviços, onde a palavra “demora” aparece no núcleo central, assim como na zona de contraste aparecem as palavras “precário”, “falta-remédio” e “desorganização”; estando também presente na segunda periferia a palavra “atendimento-ruim” e “péssimo”. Percebemos também, no citado subgrupo, o reconhecimento de um “atendimento-bom” presente na primeira periferia, caracterizando uma contradição presente na representação.

OME		<2,7		≥2,7		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥9	Atendimento	12	1,50	<b>Atendimento-bom</b>	10	3,10
	Médico	11	1,72			
	<b>Demora</b>	11	2,63			
<9	<b>Precário</b>	8	2,00	<b>Atendimento-ruim péssimo</b>	8	2,75
	<b>Falta-remédio</b>	8	2,25			
	Profissionais-capacitados	8	2,50			
	<b>Desorganização</b>	7	2,57			

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 14 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui escolaridade do médio completo ao superior, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=56)

A atitude negativa expressa pela palavra “atendimento-ruim” está presente tanto no subgrupo cujos entrevistados apresentam renda mensal até 2 salários mínimos (figura 15), como no de 2 a 5 salários mínimos (figura 16). No primeiro subgrupo mencionado, essa palavra se encontra na zona de contraste e junto com a palavra “demora” na primeira periferia, como também junto das palavras “péssimo” e “falta-remédio” na segunda periferia, contribuindo para uma conotação negativa da representação. Já, no subgrupo referente à renda mensal de 2 a 5 salários mínimos, essa concepção é reforçada ao encontrarmos a palavra “péssimo” na primeira periferia, “demora” na zona de contraste e “atendimento-ruim” na segunda periferia. Para maior clareza podemos visualizar no apêndice J todo o subgrupo relativo a renda mensal.

OME		<2,5		≥2,5		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥9	Atendimento-bom	15	2,46	<b>Demora</b>	14	3,07
	Médico	14	2,21			
	Atendimento	11	1,81			
<9	<b>Atendimento-ruim</b>	6	2,00	<b>Péssimo</b>	7	3,28
	Hospital	6	2,20			
				<b>Falta-remédio</b>	6	2,50

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 15 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui renda mensal até 2 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n= 53)

OME		<2,7		≥2,7		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥12	Atendimento	18	1,88	<b>Péssimo</b>	15	2,86
	Médico	16	2,31			
<12	<b>Demora</b>	9	2,33	Especialidade	9	2,77
				<b>Atendimento-ruim</b>	9	2,88
				Melhor	9	3,44

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 16 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários que possui renda mensal de 2 a 5 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=66)

#### 6.2.4 Comparando as representações sociais do SUS e dos serviços de saúde

Nas duas representações analisadas evidencia-se uma dimensão biomédica e uma dimensão de medicalização da atenção à saúde, caracterizando por parte dos usuários uma percepção da atenção à saúde conservadora e muito aquém do que o texto legal assegura como direito. Fica claro que os usuários não incorporaram a sua representação o acesso aos bens de saúde, em sua plenitude, estando ainda presos a um modelo de saúde hospitalocêntrico, medicocêntrico.

A avaliação fortemente positiva presente na estrutura da representação social dos “serviços de saúde de Macaé”, onde se consideram os serviços de saúde bons, não se notou na estrutura da representação do “SUS”.

Quando da análise do quadro de quatro casas referentes ao “SUS”, a idéia estável e consensual se baseia em assistência à saúde nos moldes assistencialista sem, contudo qualificá-los. Embora encontremos na primeira periferia a expressão

“atendimento-bom”, apresentando a maior freqüência de todo quadrante e uma ordem média de evocação próxima do corte estabelecido.

Nas duas representações sociais, encontramos uma dimensão negativa do atendimento, especificamente no quadrante referente aos serviços de saúde, onde na primeira periferia se expressam as palavras “demora”, “péssimo”, e, na zona de contraste a palavra “falta-remédio”, que parecem traduzir, como na análise da representação do SUS, uma negatividade relativa mais a uma faceta do atendimento, um aspecto da atenção, portanto operacional, do que em relação ao sistema de saúde em si ou no seu todo.

A representação social dos “serviços de saúde de Macaé”, portanto, evidenciou questões relativas ao atendimento e aos serviços que são oferecidos. A representação social do “SUS” revelou outras questões além do atendimento. Reporta à saúde, à sua organização de maneira conservadora, não se mostrando coerente com o corpo doutrinário do SUS.

A forte presença da medicalização e do modelo biomédico na representação analisada é mais conhecida e prestigiada pelos usuários, porém, não contempla o conjunto de problemas de saúde de toda a população. Tem origem na assistência filantrópica e na medicina liberal, estando muito presente no dia a dia dos serviços de saúde, tanto através de modelos ainda vigentes de cooperativas médicas, medicina de grupo, assim como nos serviços públicos, que possuem um caráter eminentemente curativo, caracterizando-se como um modelo incapaz de alterar significativamente os níveis de saúde da população. Tende a prejudicar o atendimento integral ao indivíduo e comunidade (PAIM, 2003).

A partir do exposto podemos inferir que as representações sociais do “SUS” e dos “Serviços de Saúde de Macaé” são diferentes. Atualmente, o que vemos é um conjunto desordenado de estabelecimentos de saúde, que não podemos chamar de “rede de serviços”. O usuário não percebe, apesar da formulação do SUS ter envolvido grande participação social, as reais possibilidades de transformação do sistema de saúde brasileiro, cujos fundamentos encontram-se estabelecidos há décadas através das diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal de 1988. Esse caráter conservador incorporado pelos usuários do SUS de Macaé, talvez se deva à “[...] baixa institucionalidade alcançada, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde” (OLIVEIRA et al. 2008, p. 198).

### 6.3 As dimensões do acesso

#### 6.3.1 Avaliando as dimensões que envolvem o acesso

Um olhar sobre as dimensões sócio-organizacionais e geográficas, conforme abordado por diversos autores anteriormente referidos, pode possibilitar a adequação de profissionais e recursos tecnológicos que, por sua vez, poderão aumentar ou diminuir a possibilidade de uso dos serviços pelos usuários.

Podemos, a partir da tabela 15, avaliar o tempo de proximidade dos usuários com o objeto de estudo.

Tabela 15 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação ao tempo de utilização dos serviços de saúde prestados pelo município. Macaé, 2008.

Serviços de saúde	Até 2 anos		Entre 2 e 5 anos		Mais de 5 anos		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	17	11,3	9	6,0	24	16,0	50	33,3
Nível sec	5	3,3	7	4,7	38	25,3	50	33,3
Nível terc	13	8,7	7	4,7	30	20,0	50	33,3
Total	35	23,3	23	15,4	92	61,3	150	100,0

Conforme tabela 15, a grande maioria dos usuários (61,3%), utiliza os serviços de saúde de Macaé há mais de cinco anos, em todos os níveis de atenção. Desses, segundo tabela 16, vamos verificar que 35,3% e 17,3% referem uma frequência mensal de ida aos serviços de saúde de Macaé, ou mais de uma vez por mês (respectivamente), perfazendo um total de 52,6%. Essa média encontra-se muito acima da “recomendação do Ministério da Saúde do Brasil de duas a três consultas ao ano”, conforme relato de Capilheira (2006, p. 442).

Tabela 16 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação a sua frequência em serviços de saúde do município. Macaé, 2008.

Serviços de saúde	mais uma vez por mês		mensalmente		6 meses a 1 ano		acima 1 ano		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	10	6,7	19	12,6	14	9,3	7	4,7	50	33,3
Nível sec	12	8,0	15	10,0	23	15,3	-	-	50	33,3
Nível terc	4	2,6	19	12,7	16	10,7	11	7,3	50	33,3
<b>Total</b>	26	17,3	53	35,3	53	35,3	18	12,0	150	100,0

Podemos dizer que esses dados influem diretamente na percepção dos usuários quando da identificação de fatores que denotam a qualidade do serviço, que, por sua vez, impacta o uso desses serviços. Desta forma, vamos discorrer sobre algumas variáveis que denotam a qualidade do serviço, sob a ótica do usuário.

Como nos lembra Cecílio (1997), além da cobrança de investimento humano, os usuários, muitas vezes, referem à necessidade de investimento em equipamentos. Em relação à estrutura física dos serviços, Moretto (2000) cita que um dos aspectos do SUS é a sua limitação físico-estrutural. Assim, a partir da tabela 17, vamos avaliar essa dimensão, levando-se em consideração espaço, conservação, limpeza e equipamentos.

Tabela 17 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados e sua percepção sobre a estrutura física dos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	ótima		muito boa		boa		regular		péssima		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	3	2,0	4	2,7	17	11,3	20	13,3	6	4,0	50	33,3
Nível sec	8	5,3	1	0,7	17	11,3	22	14,7	2	1,3	50	33,3
Nível terc	9	6,0	4	2,6	28	18,7	8	5,3	1	0,7	50	33,3
<b>Total</b>	20	13,3	9	6,0	62	41,3	50	33,3	9	6,0	150	100,0

Podemos observar que a maioria dos usuários avalia positivamente a estrutura física dos serviços de saúde de Macaé, sendo que 41,3% a consideram como boa, 6% muito boa e 13,3% como ótima, perfazendo um total de 60,6%.

Cientes de que há inúmeras dimensões que envolvem o acesso e, a partir do exposto por Adami (2000, p.194), que a avaliação dos usuários não se atém “somente às questões de hotelaria”, vamos observar outros fatores que expressam facetas dessa avaliação.

Considerando que a dimensão geográfica é um dos fatores que vai aumentar ou diminuir a possibilidade de uso dos serviços pelos usuários, e estão atreladas a isso questões como distância, tempo de locomoção e custo de viagem (RAMOS e LIMA, 2003 e ADAMI, 1993). A partir da tabela 18, através do relato dos usuários sobre a facilidade para chegar a um serviço de saúde, vamos avaliar essa outra faceta do acesso.

Tabela 18 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação à facilidade para se chegar aos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	é fácil		mais ou menos		é difícil		não respondeu		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	27	18,0	10	6,7	13	8,7	-	-	50	33,3
Nível sec	26	17,3	11	7,3	13	8,7	-	-	50	33,3
Nível terc	24	16,0	9	6,0	16	10,6	1	0,7	50	33,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>51,3</b>	<b>30</b>	<b>20,0</b>	<b>42</b>	<b>28,0</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

A maioria, 51,3% dos usuários, considera fácil e 20% considera razoável a facilidade para se chegar ao serviço de saúde em Macaé. A partir do exposto, podemos considerar a dimensão geográfica como condição e possibilidade concreta, viabilizando o acesso às ações e serviços para a maioria dos usuários. Fato relevante na medida em que, como cita Cecílio (1997), a proximidade do serviço de saúde à residência facilita tanto o acesso como a criação de vínculos.

Adami (1993) e Lima et al. (2007) relatam, por sua vez, que a proximidade geográfica entre moradia e unidade nem sempre constitui elemento central determinante da escolha. Fatores como capacidade da equipe, profissionais competentes e bom acolhimento também são fatores determinantes. Acrescentando ao exposto, concordamos também com Unglert (1990), quando nos lembra que acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo outros aspectos. Assim, com base na tabela 19, identificamos outros fatores de extrema importância.

Tabela 19 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação à avaliação do seu atendimento pelos profissionais dos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	muito bem atendido		bem atendido		mal atendido		com indiferença		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	7	4,7	32	21,3	4	2,7	7	4,6	50	33,3
Nível sec	10	6,6	36	24,0	-	-	4	2,7	50	33,3
Nível terc	9	6,0	33	22,0	-	-	8	5,3	50	33,3
<b>Total</b>	26	17,3	101	67,3	4	2,7	19	12,6	150	100,0

Em relação ao atendimento recebido, conforme tabela 19, 17,3% e 67,3% dos usuários consideram-se muito bem atendidos e bem atendidos nos serviços de Macaé (respectivamente) perfazendo um total de 84,6% que podemos considerar bem significativo, pois a boa recepção, a relação humanizada é um dos fatores identificados, por vários autores, que interferem na percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços e conseqüentemente na sua utilização.

A importância sobre as dimensões abordadas é incontestável, porém, a prova de acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem deles necessite (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1996). Dessa forma, através do tabela 20, vamos avaliar a percepção do usuário em relação à sua capacidade de obter, quando necessitar, de cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente.

Tabela 20 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação à existência e disponibilidade para si de atendimento ou exame nos serviços de saúde do município. Macaé, 2008.

Serviços de saúde	encontra		as vezes encontra		não encontra		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	29	19,3	17	11,4	4	2,6	50	33,3
Nível sec	35	23,4	13	8,6	2	1,3	50	33,3
Nível terc	32	21,3	14	9,3	4	2,7	50	33,3
<b>Total</b>	96	64,0	44	29,3	10	6,6	150	100,0

Como observado no tabela 20, a grande maioria dos usuários (64%) relata encontrar atendimento ou exame nos serviços de saúde, sendo que apenas 6,6% relatam não encontrar. Acrescentando a esse contexto, conforme tabela 21, abaixo,

42,7% e 32,6% consideram ser razoável e fácil (respectivamente) conseguir tais atendimentos, perfazendo um total de 75,3%. Assim, podemos juntos com Andersen (1995), abordar a questão tanto em relação à entrada no serviço como também de recebimento de cuidados subseqüentes como a realização de exames.

Tabela 21 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, em relação à sua facilidade de conseguir atendimento em serviços de saúde do município. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	é fácil		mais ou menos		é difícil		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	14	9,3	24	16,0	12	8,0	50	33,3
Nível sec	17	11,3	21	14,0	12	8,0	50	33,3
Nível terc	18	12,0	19	12,7	13	8,6	50	33,3
<b>Total</b>	49	32,6	64	42,7	37	24,6	150	100,0

Podemos considerar, baseados nos dados apresentados, uma positividade em relação ao acesso aos serviços de saúde na medida em que consideramos o acesso como o padrão de utilização dos serviços (ADAMI, 1993; ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1996; RAMOS; LIMA, 2003).

Apesar da certa facilidade em conseguir atendimento nos serviços de saúde, referido pelos usuários em todos os níveis de atenção, conforme os dados acima, Santos (1995), por sua vez, relata que melhor cuidado para todos não existe. Paraphrasing Adami (2000, p.192), “o conjunto de atividades sistematizadas visando que os recursos e o processo assistencial permitam assegurar uma assistência de qualidade elevada” muitas vezes pressupõem um sistema de referência e contra-referência visando assistir a todos com serviços de complexidade diferentes através de fluxo ordenado, em todos os sentidos, para que as necessidades sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados. Embora saibamos que qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos, como nos lembra Cecílio (1997).

Nesse sentido, vamos visualizar através da tabela 22, a utilização do sistema de referência nesse sistema.

Tabela 22 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados e o quantitativo que foi referenciado para outro serviço de saúde. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	Foram referenciados		Não foram referenciados		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nível prim	31	62,0	19	38,0	50	100,0
Nível sec	43	86,0	7	14,0	50	100,0
Nível terc	33	66,0	17	34,0	50	100,0

A grande maioria, conforme tabela 22, tanto nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (perfazendo um total de 62%, 86% e 66% respectivamente) foram referenciados de um serviço para outro, denotando decisão profissional a fim de melhor adequar a terapia necessária no serviço apropriado.

Partindo da premissa de que é o sistema como um todo que tem que garantir a integralidade do atendimento e não devendo ser uma batalha individual e solitária do usuário (CECÍLIO, 1997), vamos através da tabela 23, identificar a partir dos usuários que foram referenciados, a forma como se procederam os encaminhamentos de um serviço para outro.

Tabela 23 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé que foram referenciados de um serviço a outro e o tipo de encaminhamento feito, segundo os serviços de saúde pesquisados. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	inform verbal c/ usuário		impresso		contato verbal do prof c/ serviço		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível prim	2	6,5	27	87,0	2	6,5	31	100,0
Nível sec	-	-	38	88,4	5	11,6	43	100,0
Nível terc	-	-	22	66,7	11	33,3	33	100,0

Dessa forma, a partir da tabela acima, podemos dizer que houve, para a grande maioria os usuários, que foram referenciados, em todos os níveis de atenção, um fluxo formal de encaminhamento, caracterizando, de certa forma, uma responsabilização do serviço perante este processo.

Dentro desse contexto, temos que levar em conta que um dos aspectos de extrema importância é a participação do profissional que fez o encaminhamento para os outros profissionais que estão determinando as novas condutas. Podemos dizer,

como Donabedian (1973), que o primeiro profissional é o eixo fundamental. Dessa forma, através da tabela 24, visualizaremos a existência da contra-referência.

Tabela 24 - Distribuição dos usuários do SUS de Macaé, por serviços de saúde pesquisados, que foram referenciados de um serviço para outro e a existência de contra-referência a partir desses atendimentos. Macaé, 2008.

Serviço de saúde	Tiveram contra-refer		Não tiveram contra-refer		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nível prim	10	32,2	21	67,8	31	100,0
Nível sec	14	32,5	29	67,5	43	100,0
Nível terc	17	51,5	16	48,5	33	100,0

A partir do exposto na tabela 24, verificamos que a grande maioria, tanto da atenção primária (67,8%), quanto da atenção secundária (67,5%) não foram contra-referenciados, enquanto que a maioria (51,5%) dos usuários da atenção terciária foram contra-referenciados. Esses dados denotam a necessidade de ajustes para se criar um fluxo organizado que permita referência e contra-referência a todos níveis hierárquicos do sistema, possibilitando uma maior resolutividade e melhor utilização, otimizando os três níveis de atenção, sem dicotomia.

### 6.3.2 Representação social do acesso em nível de atenção primária, secundária e terciária

A partir da definição do objeto deste estudo, como o acesso aos serviços e ações de saúde pelos usuários do SUS, implicando na utilização de diferentes níveis hierárquicos de atenção à saúde, definimos, como um dos objetivos, conhecer as representações sociais dos usuários em relação ao acesso aos serviços e ações de saúde oferecidas em nível da atenção primária, secundária e terciária em Macaé.

Atentando para o fato de que o resultado da análise da estrutura da representação dos “serviços de saúde de Macaé” revelou questões relativas ao atendimento, aos serviços e ações de saúde que são oferecidos no município de

Macaé, utilizamos como um dos recursos, a análise dos quadros de quatro casas referentes aos subgrupos da atenção primária, secundária e terciária.

OME		<2,7		≥2,7		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥8	Médico	13	2,00	Demora Péssimo	11	2,81
	Atendimento	10	1,60		10	2,80
	Atendimento-ruim	9	2,66			
<8	Atendimento-bom	7	1,85	Exame Melhor	6	2,83
	Precário	6	2,33		6	3,83
	Profissionais-capacitados	6	2,33			

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 17 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários da atenção primária, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=50)

Na atenção primária, conforme figura 17, o núcleo central, representado pelo quadrante superior esquerdo, onde a parte consensual e estável desta representação se insere, denota-se através das palavras “médico” e “atendimento” uma concepção conservadora do sistema de saúde onde a palavra “médico” possui a maior freqüência, conferindo identidade ao sistema, assim como “atendimento” na medida em que foi a palavra mais prontamente evocada e possui uma das freqüências mais elevadas. A palavra “atendimento-ruim”, expressa uma negatividade dos usuários frente à qualidade das ações e à funcionalidade dos serviços.

O termo “atendimento-ruim” expressa uma negatividade caracterizada por um conjunto de significados, como mau atendimento, não atende à sociedade, não atende às necessidades, atendimento horrível. O termo “médico” abrange afirmativas como médico atende bem, bons médicos, médicos bons, denotando uma positividade em relação ao atendimento. Já o termo “atendimento” não expressa no seu conjunto de significados nem atitudes positivas e nem negativas, pois o seu conjunto de significados abrangeu essencialmente afirmativas como vaga e atendimento, sem expressões de juízo de valor.

Dessa forma, observamos que os termos “médico” e “atendimento” apresentam-se como os elementos mais importantes do núcleo central. Eles expressam a forma como os usuários representam os serviços de saúde de Macaé em seus aspectos gerais. E, apesar da negatividade presente nesse quadrante,

parece referir-se a ações e serviços que não têm sido suficientes para suprir as demandas resultantes das necessidades de saúde da população.

A partir do exposto, podemos reforçar a concepção de que fatores relacionados à demora no atendimento, ao enfrentamento de filas, conferem um conteúdo negativo à representação, onde a palavra “demora” apresenta-se, junto com a palavra “péssimo”, na primeira periferia, onde se localizam palavras que também tiveram uma alta freqüência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para integrar o núcleo central. Segundo Kloetzel (1998) a demora na sala de espera leva a efeito negativo sobre a impressão geral deixada pela qualidade do atendimento.

Já no quadrante inferior direito, que constitui a interface mais próxima da representação com as práticas sociais, encontramos os termos “exame” e “melhor” que segundo Oliveira et al. (2007a) espelha as mudanças sofridas pela representação a partir das ações desenvolvidas e mudanças do meio externo, o que se evidencia com o significado do termo “melhor” que para os usuários é uma forma de comparar a antiga gestão de saúde com a atual.

Por outro lado, no quadrante inferior esquerdo, denominado zona de contraste, observamos atitudes opostas: uma positiva com uma freqüência muito próxima à freqüência média e bem abaixo da média da ordem de evocação, referindo-se a um “atendimento-bom” dispensado aos usuários e por outro lado, a palavra “precário” referindo-se à funcionalidade do sistema.

A representação do subgrupo que se insere na atenção secundária pode ser observada na figura 18.

OME		<2,6		≥2,6		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥10	Médico	16	2,31	Atendimento-bom Demora	12	2,66
	Atendimento	12	1,58		11	3,27
<10	Remédio	8	2,00	Consulta Péssimo	8	2,75
	Falta-remédio	8	2,12		8	3,37

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 18 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários da atenção secundária, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=50)

No núcleo central, aparecem as duas palavras “médico” e “atendimento” caracterizando de modo harmonioso a parte consensual e estável da representação social denotando como na análise da atenção primária uma visão biomédica e medicalizada da saúde, reforçada pela presença da palavra “consulta” na segunda periferia, “remédio” e “falta-remédio” na zona de contraste.

Nessa análise, verificamos um caráter menos negativo do atendimento quando comparada com o subgrupo da atenção primária, porém, reforça o posicionamento negativo quando, na primeira periferia, aparece a palavra “demora”, na zona de contraste a palavra “falta-remédio” e “péssimo” na segunda periferia. A partir destes dados podemos inferir que a negatividade se expressa a partir da interação desse conjunto.

Na primeira periferia, aparece a palavra “atendimento-bom” que estabelece uma relação positiva em relação ao atendimento e às ações de saúde, na medida em que este termo possui uma frequência maior que a média estabelecida e uma ordem de evocação muito próxima à estabelecida, dotando a palavra de significação.

Uma terceira análise foi efetuada com o propósito de melhor compreender o subgrupo da atenção terciária, conforme figura 19.

OME <2,5				OME ≥2,5		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥8	Atendimento	13	2,00	Atendimento-bom	16	2,81
	Médico	11	2,18	Enfermagem	8	3,00
<8	Hospital	6	1,50	Atenção	5	2,80
	Ótimo	5	1,80	Melhor	5	2,80
	Remédio	5	2,20	Péssimo	7	2,57

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 19 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários da atenção terciária, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=49)

Na análise da figura 19, podemos observar a mesma conotação dada, na parte consensual e estável da representação social, da visão biomédica e medicalizada da saúde. Neste caso como na atenção secundária, os termos se equivalem, sendo que a palavra “atendimento” nesse caso é a que apresenta maior frequência e é a mais prontamente evocada desse quadrante em detrimento da

palavra “médico”. Como nas outras análises, os termos como “remédio” e “hospital” presentes na zona de contraste e “atenção” na segunda periferia, reforçam essa idéia conservadora da assistência.

Na primeira periferia, encontramos a palavra “atendimento-bom” de forma bem significativa, apresentando a maior freqüência de todo quadro. A palavra “enfermagem” aparece somente neste subgrupo e provavelmente, devido à inserção e presença de maneira inigualável da enfermagem nesse nível de assistência, ao compararmos com os outros níveis de atenção.

Para reforçar a conotação positiva que o citado subgrupo apresenta, temos, na zona de contraste, o termo “ótimo” sendo muito prontamente evocado, assim como a palavra “hospital” que denota o nível da atenção pesquisado e que está muito presente na concepção de saúde da população.

Em relação à negatividade do grupo, vamos encontrá-la apenas na segunda periferia através do termo “péssimo” que, se considerarmos as dimensões positivas expressas pelos outros termos já citados, tanto em termos de freqüência e ser prontamente evocado, a avaliação configura-se majoritariamente positiva.

A partir do exposto, denota-se que a representação social dos usuários nos três níveis de atenção apresenta-se a partir de um modelo biomédico.

Na atenção primária, a conotação negativa investe-se de maior significado, na medida em que os termos mais negativos aparecem nos quadrantes de maior significância como núcleo central e primeira periferia. Podemos, entretanto, considerar que a conotação negativa presente tanto no subgrupo da atenção primária quanto da atenção secundária refere-se mais a uma faceta do atendimento, na medida em que os termos “demora”, “falta-remédio” estabelecem uma relação de qualificação com esses outros termos.

A conotação mais positiva decorrente dos serviços e ações oferecidos originou-se a partir da análise da estrutura da representação social dos usuários da atenção terciária, onde também apareceu a palavra “enfermagem”, “hospital” assim como a qualificação dos serviços como “ótimo”.

### 6.3.3 Representação social do acesso e suas implicações para as práticas multiprofissionais de saúde e de enfermagem

A equipe de enfermagem representa dentro das instituições de saúde o maior contingente de profissionais, atua em diversas atividades meio e fim e em diversificados setores. Desenvolve as mais diversas funções e no seu processo de trabalho apresenta uma maior proximidade com os usuários (BARBOSA, et al. 2004). Daí, segundo Gomes, Oliveira e Sá (2007, p.110) atribuir “à inserção da profissão na atenção pública à saúde grande visibilidade, importância social e política”. No entanto, pela própria característica da ação de enfermagem, ela não se concretiza isoladamente e necessita estar inserida em um processo de trabalho coletivo para a sua efetivação.

Dentro desse contexto, o profissional de enfermagem, seja por ocasião de sua formação profissional ou como cidadão, deve ter consciência de que saúde, educação, trabalho, lazer, segurança e previdência social são direitos sociais inseridos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988. Entretanto, no artigo 197 o direito à saúde é o que podemos considerar de relevância pública por estar diretamente conectado à vida (CORREIA, 2005).

No texto legal temos a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurando que todos têm direito ao acesso aos bens de saúde. Saúde não se apresenta como valor de troca, como mercadoria, é valor de uso. Muitas vezes, porém, vemos a saúde ser tratada como mercadoria, sendo utilizada para o favorecimento de uma minoria que evidencia uma “ideologia não-includente, o que justifica algumas das dificuldades encontradas no processo de implementação do SUS” (GOMES; OLIVEIRA e SÁ, 2007, p. 123).

Como desdobramento dessa idéia de saúde como direito de todos, coloca-se o primeiro princípio do SUS: a universalidade do acesso. Esse princípio se desdobra em garantir a um grupo heterogêneo, com demandas diferenciadas, ofertas de saúde de maneira a adequá-las às necessidades específicas, ou seja, de maneira equânime. Há urgência de adequação das ofertas dos serviços às necessidades e demandas específicas dos usuários para cumprimento do segundo princípio do SUS que é a equidade.

A equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde se deparam cotidianamente com um contingente de usuários que apresenta grande diversidade de demandas e necessidades de bens de saúde. Nesse cenário, temos que considerar que apesar de decorridos mais de 20 anos do movimento da reforma sanitária, com o desenvolvimento de uma nova concepção de saúde e modelo de assistência, o que a equipe multiprofissional, e dentro dela a de enfermagem, se depara são usuários que trazem demandas ancoradas em um modelo tradicional de saúde, de caráter biomédico e medicalizante, cuja expectativa de atendimento é voltada para o enfrentamento imediato de uma queixa a qual deve corresponder uma conduta especializada de exames e medicamentos, ou seja, a cura dos males do corpo, conforme foi observado neste estudo.

Caberia aqui perguntar quais elementos vêm determinando essa representação do SUS e as expectativas dela decorrentes? Uma hipótese é a de que não só deparamos no nosso dia-a-dia com esta concepção do usuário, como, também, de muitos profissionais e gestores da área de saúde, talvez, por termos herdado, desde décadas passadas, uma valorização do perfil técnico-hospitalar, muito presente também, quando da implantação do SUS. Como cita Oliveira (2005c, p.133), a “[...] perspectiva biomédica reduz a saúde e a doença ao contorno biológico individual, separando o sujeito do seu entorno social e contexto integral da vida”.

Não se observa, portanto, uma postura profissional de atuação orientada por um enfoque de equipe e multiprofissional, onde não há primazia sobre o doente e nem detentores privilegiados do saber. Através de abordagens individuais e baseadas, essencialmente, em condutas pontuais dirigidas a uma queixa, como temos trabalhado até hoje, vemos baixíssima resolutividade em contradição ao que se estabeleceu legalmente, e que contribui para a perpetuação dessa representação dos usuários de um modelo de saúde conservador.

Esse modelo de atuação não está alicerçado na “escuta” dos usuários, além dos sintomas relatados pelos mesmos e, como citam Lopes e Silva (2004, p.686), “[...] é essencial desenvolver habilidades de escuta e troca centradas na trajetória emocional de cada pessoa”. Devemos, no entanto, como menciona Donabedian (1993), equilibrar a valorização individual com a social, ou como referem Oliveira e Sá (2001b) que o sujeito coletivo seja visto e acessado na sua expressão individual. Os profissionais desconhecem como é a vida dos usuários, seus hábitos, a sua

relação com o trabalho, com o lazer, o que faz com que as ações de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros e demais profissionais tenham baixa resolutividade e não atendam ao que os usuários reconhecem como necessidade de saúde ou as suas demandas. As práticas assistenciais, dessa forma, encontram-se conforme relato de Franco

“[...] estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas, os atendimentos continuam sumários e os trabalhadores abrigam-se no seu pequeno espaço de saber-fazer, demonstrando grande dificuldade de interagir e conformar uma prática multiprofissional [...]” (FRANCO, 2007, p. 428).

A análise do processo de trabalho atual da enfermagem e dos outros profissionais de saúde revela a reprodução do modelo da clínica de caráter individual e curativo que se expressa em “[...] uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos [...]” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, p.127), e não em um modelo assistencial orientado pela promoção, prevenção e vigilância da saúde. Esta prática não deve ser, como citado anteriormente, dissociada dos demais profissionais da equipe, pois como menciona Jodelet (2006, p.75), o campo da saúde é (ou deveria ser) “um lugar de encontro das preocupações de diferentes ciências humanas e sociais”. A tarefa da equipe multiprofissional, a partir desta perspectiva, se torna mais complexa na medida em que as práticas devem ser construídas a partir dessas relações que devem se articular. Dessa forma, o desenvolvimento de uma prática alicerçada numa clínica de tipo novo, solidária e responsável com o serviço e seus usuários, diferentemente desse modelo de clínica que se materializa até os dias de hoje, nos serviços e nas representações dos usuários.

A prática de enfermagem, por sua vez, envolve prioritariamente o cuidar que segundo Neves (2002, p.79) é “[...] essencial para a sobrevivência das espécies, promoção de vida e preservação do planeta”. Se passarmos a ampliar esse sentido de cuidado, ele se aproxima de uma noção de todo, daí podermos abordar o terceiro princípio do SUS que pode ser traduzido pela integralidade do sistema de saúde e do sistema do cuidado.

Em referência à integralidade do sistema de saúde identifica-se a possibilidade de acesso do usuário aos vários níveis de complexidade da assistência que a rede de serviços oferece. Já a integralidade do sistema de cuidado refere-se ao atendimento do usuário através de uma perspectiva que integre as diferentes

dimensões humanas, ou seja, de uma “[...] prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, p.127).

Em relação a este aspecto identificamos que nos serviços de Macaé os usuários relatam que já foram referenciados de um serviço para outro de maneira formal, denotando-se assim a responsabilização dos serviços ao encaminhar seus usuários. Já em relação à contra-referência, evidenciou-se uma postura diferente, na medida em que tanto na atenção primária quanto na secundária, a maioria não foi contra-referenciada. Neste sentido, considerando que a enfermagem diversifica seu campo de ação, seja em atividades de assistência, gerência, ensino e pesquisa, poderá contribuir em diversos níveis para a criação de um fluxo organizado permitindo a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema.

Vimos, também, na presente pesquisa quando da análise da estrutura da representação social dos usuários, tanto do termo “SUS” como do termo “serviços de saúde de Macaé”, uma dimensão negativa do “atendimento”, associando-o às palavras “demora”, “péssimo”, espelhando uma negatividade no sentido da atenção recebida.

Dessa forma, podemos afirmar que dificuldades no interior do sistema de saúde como essas levam a enfermagem, como citam Gomes, Oliveira e Sá (2007), a preocupações e estresses no seu dia-a-dia devido à impossibilidade da mesma atender à clientela segundo padrões de dignidade e resolutividade necessários. Por outro lado, na avaliação dos serviços encontramos uma atitude positiva evidente, na medida em que a grande maioria dos usuários avalia positivamente a estrutura física, acha fácil chegar aos serviços, relata encontrar atendimento ou exame e considera-se bem atendida.

Como sugere Passos (2008) é preciso que assumamos uma posição protagonista co-responsável, onde somos todos co-responsáveis no processo de produção de saúde. Todos no sentido mais amplo da palavra de um grande coletivo, onde os diferentes sujeitos que são os trabalhadores de saúde e a equipe multidisciplinar criem um padrão de co-responsabilidade e de protagonismo distribuído entre esses diferentes atores. Para realizarmos o mandato social do SUS, portanto, temos que realizar nossa tarefa, assumindo um reposicionamento subjetivo, compromisso com o público e com o Sistema Único de Saúde, apesar de todas as suas dificuldades e de todos seus obstáculos.

A enfermagem, muitas vezes, tem dupla inserção no sistema de saúde, como já abordado, que é de trabalhador de ponta e, ao mesmo tempo, de gerência. Como mencionam Gomes, Oliveira e Sá (2007, p.110) é “[...] freqüente assunção de cargos de direção e gerência”. As práticas de co-responsabilidade devem ser capazes de abranger estas duas dimensões e podemos afirmar que quando o enfermeiro está desempenhando papéis em nível gerencial, há a possibilidade de uma ação mais direta no sentido de concretização dos princípios do SUS, destacando ainda, a valorização da humanização da assistência e do trabalho multidisciplinar (GOMES; OLIVEIRA e SÁ 2007).

Dentro desse processo, como relata Passos (2008), é insuficiente que só trabalhadores participem, porque o processo de produção de saúde envolve trabalhadores, gestores e usuários, que têm direitos e deveres, sendo todos co-responsáveis e protagonistas.

Dentro dessa perspectiva, temos que ter bem claro que essa postura de co-responsabilidade do trabalhador de enfermagem, como dos outros trabalhadores e dos usuários, não está “dado”, não é “natural”. Deve ser resultado do trabalho cotidiano e da criação das condições e possibilidades de experiências democráticas (PASSOS, 2008). A tarefa é criar essas condições, ou seja, produzir esses sujeitos autônomos, pois não há prática democrática sem autonomia.

O SUS é uma porta na democratização do campo da saúde e, portanto em prática de autonomia. Nesse sentido, Oliveira e Sá (2001b) defendem a relação de confronto produtivo onde os profissionais e sujeitos coletivos da atenção à saúde podem gerar uma ação pactuada, a fim de melhor definir as necessidades em saúde, como também “[...] uma resposta social geradora de preocupação ativa e genuína em relação aos problemas de saúde, só pode se constituir a partir da negociação de interesses e vontades profissionais e dos clientes/pacientes” (OLIVEIRA; SÁ, 2001b, p. 618).

As conferências (municipal, estadual e nacional) de saúde são, também, práticas de autonomia onde todos os sujeitos implicados se comprometem com o que está acordado. A idéia da conferência é a idéia do controle social. Como citam Gomes, Oliveira e Sá (2008), participação popular integra a estrutura do SUS e foi uma das razões de sua implantação.

Na perspectiva das práticas multiprofissionais e de enfermagem temos que ter em mente que quem cuida é a rede. A primeira expressão de rede se concretiza nos

trabalhadores, na equipe. Ninguém consegue cuidar sozinho no campo da saúde coletiva, somos todos co-responsáveis e não apenas responsáveis. A segunda expressão da rede é o “sistema”. O usuário não pertence ao hospital, à unidade básica, ele é da rede, o que implica a existência de contrato de gestão dessa rede, permitindo a sua comunicação (PASSOS, 2008). O enfermeiro seja como trabalhador de ponta ou de gestão, participa dessa roda de co-gestão juntamente com outros profissionais, discutindo os dispositivos que podem ser utilizados no dia-a-dia para atender à população.

Não podemos, entretanto, deixar de pontuar que a alteração do modelo de atenção compromete o cotidiano do trabalhador e que não há como alterar os modelos de atenção e gestão sem que tenhamos o cuidado com o cuidador. Temos que estar conscientes de que os trabalhadores do SUS, em sua maioria, estão em condições de trabalho precarizadas, exigindo o desenvolvimento de uma política para discutir saúde x trabalho, assim como os processos de trabalho de forma a possibilitar a mudança do modelo assistencial em coerência com o processo de trabalho.

A alteração do modelo assistencial também implica na mudança dos modos de produzir conhecimento e dos modos de transformar os trabalhadores nos seus processos de formação. Dessa forma, temos que refletir como as instituições de ensino estão abordando com seus alunos a sua inserção nesta nova forma, segundo Oliveira et al. (2007b, p.27), “de pensar, conceber e realizar a assistência à saúde no país”. A abordagem de um referencial teórico adotado pelas instituições de ensino que propicie o conhecimento das políticas municipais, associando-as com a prática concreta, é muito importante na medida em que “possibilite visualizar a implantação do SUS não apenas a partir do olhar normativo-institucional, mas também por diferentes olhares, que permitam retraduzir o cotidiano das relações dentro desse complexo sistema” (OLIVEIRA et al., 2007b, p 29).

Não há, segundo Passos (2008), possibilidade de formar sem engajar os sujeitos num processo de transformação. É preciso intervir no processo de formação daqueles que vão ser futuros trabalhadores.

De longa data até os dias atuais os profissionais de saúde são formados para uma prática profissional pautada no individualismo, para a concorrência, para o exercício indiscriminado do poder, em contrapartida, vivem precarizações difíceis de administrar. Inverter este processo é, paradoxalmente, um trabalho sobre a

consciência individual, mas também sobre a formação de representações sócio-profissionais mais aderentes ao novo modelo instituído pelo SUS.

Dessa forma, citamos Franco (2007, p.431) quando o mesmo diz que é a subjetividade que faz com que o profissional aja dessa ou daquela forma, sendo a mesma “estruturada com base na sua história de vida, das suas experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde”.

Pelo exposto observamos que, apesar dos três princípios fundamentais do SUS - universalidade do acesso, equidade e integralidade - estarem socialmente e juridicamente pactuados, definidos como política de Estado, mostra-se que esses pactos não são suficientes para garantir a mudança das práticas concretas e, especialmente das representações.

Embora esteja evidente, através da análise dos conceitos do SUS, uma dimensão expressiva valorizando o SUS, uma outra também importante associa-o a atendimento, remetendo como já relatado, a modelos conservadores de saúde de caráter hospitalocêntrico, na medida em que uma parcela desses usuários o associa à atenção hospitalar. Denota-se que os usuários têm a percepção do SUS como sendo gratuito, associado ao poder público, com um caráter universal, como sistema único e, por outro lado, também o associam com o INSS, aos planos de saúde, a pessoas de baixa renda.

Esses dados apontam para a necessidade de uma maior aderência entre o texto legal e as práticas concretas desenvolvidas pelos profissionais, para que se efetive concretamente o SUS no cotidiano dos seus usuários. Por outro lado, não podemos deixar de lembrar que vinte anos é um período muito curto para a efetiva transformação dos modos de fazer e pensar exigida por esse inovador modelo de atenção à saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo assistência integral e gratuita para a totalidade da população brasileira. Dessa forma, todo e qualquer serviço de saúde que é espaço de alta, baixa ou média complexidade tecnológica deve ser colocado a serviço dos cidadãos. Dessa forma, o acesso extrapola a assistência à saúde em si, está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo, educação, dentre outros. Um dos desafios mais importantes do SUS refere-se à dificuldade de ampliar o acesso à assistência a saúde, aliado à manutenção e melhoria da qualidade da mesma.

Para possibilitar o enfrentamento desse desafio, algumas dimensões do acesso precisam ser mais bem entendidas, como a dimensão geográfica, a dimensão da estrutura e das normas dos serviços de saúde, a das demandas e das necessidades, dos aspectos econômicos e culturais, dentre outros. Quando o usuário busca a satisfação de uma necessidade de saúde, o primeiro passo é transformá-la em demanda, seguida da obtenção do acesso aos serviços de saúde que atendam a sua necessidade. Como fatores determinantes dessa escolha destacam-se: como o cliente é recebido no serviço, a resolutividade dos mesmos, proximidade da casa, existência de profissionais competentes, confiança na equipe, sentimento de acolhimento, dentre outros.

Consideramos que essa pesquisa validou parcialmente a hipótese de que, apesar de seus esforços, a Secretaria de Saúde de Macaé não conseguia oferecer à população ações e serviços que satisfizessem aos anseios e às necessidades dos usuários.

Quando interrogados sobre o significado do SUS, os usuários participantes desse estudo o associaram a poder público, gratuidade, universalidade e sistema único, denotando que alguns princípios do atual Sistema de Saúde são perceptíveis no cotidiano de utilização dos serviços de saúde. A associação do SUS a pessoas de baixa renda e à desvalorização dos serviços não se apresenta como conteúdo central da representação, apesar de fazer parte do seu conteúdo; a atenção à saúde é avaliada positivamente, especialmente a hospitalar, e se revela atrelada a uma concepção de assistência à saúde conservadora, representada pelo seu caráter biomédico. Quando comparam o SUS ao INSS os sujeitos se referem a um modelo

de acesso bem diverso do que se pretende atualmente, expressando naquele uma oferta limitada a certas categorias profissionais, como à época dos institutos de aposentadorias e pensões.

O SUS como atendimento foi uma categoria definidora e bastante presente na análise, na qual pode-se considerar a exacerbação da dimensão biomédica que perpassou por todo o estudo de forma explícita, inclusive na estrutura da representação social dos usuários como elemento central. A outra categoria destacada foi a valorização do SUS, sendo este um resultado surpreendente considerando o posicionamento atual da mídia que procura desvalorizar e depreciar o sistema de saúde brasileiro.

Do conjunto dos usuários estudados, a maior parte era do sexo feminino, fato que reforça a idéia presente em vários trabalhos de predomínio de mulheres entre os usuários do SUS, implicando em acesso diferencial entre homens e mulheres.

Com relação à distribuição da faixa etária houve uma concentração significativa de usuários com idades até 50 anos. Desses, evidenciou-se que há um predomínio de uso da atenção primária na faixa etária entre 21 e 30 anos, devido provavelmente à utilização dos serviços por jovens mães que agregam também o consumo dos filhos, fato que é igualmente evidenciado na atenção terciária. Já na atenção secundária há uma maior concentração da faixa etária de 51 a 60 anos, o que caracteriza a utilização desses serviços por uma faixa superior à média do grupo geral, porém, abaixo da faixa etária na qual se esperava uma maior utilização dos serviços, que é a dos aposentados.

A maior parte dos usuários está inserida no mercado de trabalho, estando equitativamente distribuídos apenas na atenção secundária. Em relação a esta característica dos usuários temos que considerar a realidade local, o mercado de trabalho e a absorção de mão de obra na cidade, que oferece chances maiores de inserção no mercado de trabalho do que em outros centros urbanos semelhantes.

No que se refere à escolaridade, grande percentual possui escolaridade fundamental incompleto, destacando-se os usuários da atenção secundária e terciária; já na atenção primária o que se observa é a utilização por usuários com maior nível de escolaridade, em sua maioria, reforçando a idéia de que esse grupo possui maior percepção da importância da prevenção, ou ainda que o mesmo passou a utilizar os serviços públicos de saúde, após o processo de elevação dos custos dos planos de saúde. Nesse aspecto, visualizamos maior concentração de

usuários na faixa de renda de 2 a 5 salários ou mais, explicitando o maior uso dos serviços por pessoas com mais alto nível sócio-econômico, contrariando o conteúdo representacional de que o SUS se destina aos pobres.

Os usuários estudados moram na cidade e utilizam os serviços de saúde há mais de 5 anos, em sua maioria, evidenciando que o que mais impacta os serviços é a população com residência fixa e não a expressiva população flutuante na cidade como poderia se esperar.

A freqüência predominante de utilização dos serviços foi a mensal ou mais de uma vez por mês para a maioria dos usuários, denotando uma utilização intensa e maior do que a esperada. Já na atenção terciária, a maioria possui uma freqüência de uso de 6 meses a 1 ano ou mais. Em relação ao uso do próprio serviço pesquisado no momento da coleta de dados, encontramos na atenção primária uma freqüência mais intensa, sendo referido um tempo relativamente curto para marcação de um atendimento quando procurado, sendo esse tempo considerado normal. Na atenção secundária a freqüência do uso do serviço foi menos intensa, com um tempo de demora bem maior para agendamento de um atendimento, o que foi considerado pelos usuários como longo a muito longo. Já na atenção terciária encontramos uma freqüência de utilização acima de um ano, fato que condiz com a natureza desse serviço. Em relação ao tempo de espera para ser atendido na atenção terciária, este foi considerado como imediato pela quase totalidade dos usuários, referindo ser um tempo de espera normal.

Em relação à avaliação dos usuários das dimensões geográfica e sócio-organizacional, observamos os seguintes resultados. Em relação às questões de espaço, conservação, limpeza e equipamentos, houve uma avaliação muito positiva em termos gerais, e de maneira destacada na atenção terciária, onde podemos observar um espaço e uma estrutura física privilegiados, na medida em que é uma edificação nova e moderna, contando com um aparato de serviços (hotelaria) de alto nível, além de apresentar os melhores e mais sofisticados equipamentos de imagem-diagnóstico da região. Já em relação à atenção primária e secundária, o que se denotou foi uma avaliação negativa focando questões como a planta física das unidades, nas quais os usuários estavam, interferiram na avaliação dos serviços em geral, tanto na estrutura privilegiada da atenção terciária como nas instalações antigas da atenção primária e secundária. Essas instalações não são adaptadas ao fluxo crescente de usuários que demandam esses níveis de atenção.

A partir da análise da dimensão geográfica evidenciou-se que metade dos usuários considerou que não há barreiras físicas ao acesso aos serviços de saúde, no entanto, porcentual significativo de usuários relatou dificuldades para chegar aos serviços. As dificuldades mais citadas foram distância da moradia em relação aos serviços e o transporte coletivo. Um fato ocorrido na cidade impactou esta avaliação relativa ao transporte urbano, que foi a criação da integração dos ônibus urbanos, com pagamento de uma só passagem para vários trechos, facilitando de forma considerável a chegada à unidade de saúde e reduzindo o seu custo. Por outro lado, houve proibição de circulação de transporte alternativo (Vans) e a oferta das linhas dos ônibus não foi suficiente para a demanda, daí as queixas em relação à demora do transporte, estar sempre cheios ou até mesmo falta deles.

A avaliação do atendimento recebido é majoritariamente positiva na representação quando as dimensões do acesso são avaliadas, e representa um dos fatores mais importantes da percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de saúde recebidos. No entanto, essa atitude é acompanhada por um posicionamento negativo referente a aspectos pontuais da organização dos serviços, tais como a demora para o atendimento e a falta de medicamentos, o que caracteriza uma avaliação informada das ações e serviços que particulariza e seleciona aspectos mais ou menos funcionais da atenção à saúde.

A disponibilidade de atendimento ou exames em todos os níveis de atenção foi afirmada pelos usuários, no entanto, esta disponibilidade nem sempre é reconhecida no atendimento a todas as demandas dos sujeitos. A análise da percepção da garantia do acesso distribui-se entre relativamente assegurado e assegurado, caracterizando uma visão positiva em relação à garantia de atendimento nos serviços.

Em relação ao sistema de referência de um serviço para outro, evidenciou-se que a mesma é reconhecida como existente em todos níveis de atenção. A forma como esta se concretizou foi através de impresso, denotando a formalização das ações dos profissionais dentro do sistema de saúde. Já em relação à contra-referência, esta não foi reconhecida, caracterizando um sistema que assegura o desdobramento da ação imediata, mas não a manutenção do princípio de hierarquização, através do retorno da informação.

A representação social do SUS e dos serviços de saúde de Macaé, em todos os níveis de atenção, é estruturada a partir da percepção de uma dimensão

biomédica e medicalizada da atenção à saúde, o que decorre da experiência dos usuários com uma estrutura hospitalocêntrica e medicocêntrica, historicamente predominante no setor saúde, e também no município onde predominam os investimentos no nível terciário de atenção, sem a contrapartida necessária nos outros níveis. A estrutura da representação social do SUS apresenta, ainda, a assistência à saúde como objetivo central do SUS, enquanto os serviços de saúde de Macaé são representados a partir do atendimento e dos serviços que são oferecidos no município de Macaé. Assim, entende-se que a representação dos serviços de saúde de Macaé não se sobrepõe àquela do SUS, uma vez que se limitam às ações específicas de saúde, sem uma concepção sistêmica ou de direito associada à mesma.

A análise da estrutura ainda revela uma dimensão negativa presente nas representações sociais do SUS, na qual a palavra demora, estabelece uma relação de qualificação entre as palavras que traduz negatividade. Esse conteúdo representacional está associado ao enfrentamento de filas e à demora no atendimento pelo profissional, uma vez que em atributos específicos essa avaliação mostra-se bastante positiva. Por outro lado, a avaliação negativa apresenta-se como característica da atenção primária; já na atenção terciária observamos uma conotação mais positiva e se associarmos às outras questões vamos encontrar o diferencial na percepção desse grupo em relação à estrutura física em geral, fazendo crer que há uma associação automática ao serviço em que os entrevistados se encontram no momento de coleta de dados.

O presente estudo possui importância no sentido de explicitar questões relativas ao atendimento, às ações, aos serviços que são oferecidos no município, mas sobretudo por revelar o “SUS real”, ou seja, a base de realidade a partir da qual os usuários se movem dentro do sistema, qual seja a das representações construídas no cotidiano de relações estabelecidas com esse sistema nos últimos 18 anos. Deve-se lembrar que as representações sociais formam a base sócio-cognitiva a partir da qual as práticas populares se estruturam, conforme afirmam diversos autores da Escola Moscoviana.

O conhecimento dessa base de realidade permite o reconhecimento desse “SUS real”, a partir do qual podemos apontar subsídios para regular ou modificar o sistema atual de atendimento, repensando questões importantes como as destacadas a seguir.

O modelo biomédico característico das representações dos sujeitos deste estudo é reforçado por vários fatores, como a postura de muitos profissionais da rede de atenção à saúde que dão continuidade ou iniciam uma clínica centrada no biológico, mostrando-se não capacitados a atuar através do vínculo que deve se estabelecer com o usuário, pautado na escuta e interação de saberes e práticas, tão necessários à concretização de um cuidado integral e necessário para se mudar o atual modo de produção da saúde.

Esse modelo de atenção e as representações construídas são reforçadas pela preocupação focal do gestor municipal com a atenção terciária, e foi observada nos resultados na medida em que salários e verbas são destinadas para a instituição desse nível de maneira privilegiada e distinta dos outros níveis de atenção. Havendo, inclusive, como citado no corpo deste estudo uma fundação hospitalar que gerencia esse nível de atenção, criando disputas internas, dificuldades no atendimento integral, uma vez que se criam redes de forças dentro da própria prefeitura, desconsiderando o controle social, ou seja, o conselho municipal de saúde.

Ainda, observa-se uma valorização exacerbada dos gestores, profissionais de ponta e usuários dos recursos de diagnose e terapia, em detrimento dos processos de trabalho que privilegiam o cuidado integral à saúde e um modo de produção de saúde que valoriza a clínica centrada no cuidado.

No que se refere à atuação profissional do enfermeiro, mesmo com sua inserção diferenciada no sistema de saúde possuindo um quantitativo em atuação na rede de serviços do município muito maior do que de todos os outros profissionais atuando em ações gerenciais, de ensino e pesquisa, não impacta os serviços e não se faz visível nas representações dos usuários.

Destacamos como conclusão do presente estudo a necessidade de uma atuação da enfermagem e da equipe multiprofissional centrada em uma clínica solidária, que rompa com a produção de procedimentos focados essencialmente em atos prescritivos, possibilitando, dessa forma, adequar o avanço legal com a prática cotidiana dos serviços de saúde.

Por fim, novas pesquisas nessa área podem colaborar para o aumento do conhecimento sobre os determinantes objetivos e subjetivos do acesso às ações e serviços participantes do SUS, possibilitando contribuir para uma efetiva melhoria da utilização dos serviços, bem como para a resolução da equação necessidades-

demandas-atendimento. A proposição e implementação de estratégias para resolução dos problemas existentes, assim como a construção de um modelo de atenção que seja coerente com o corpo doutrinário do SUS e com o avanço do seu texto legal coloca-se ainda como desafio a ser enfrentado.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 1998. p. 27-38.

\_\_\_\_\_. **Prácticas sociales y representaciones**. México: DF: Ediciones Coyocán, 2001. 228p.

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 233-42, abr./jun. 1996.

ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n.2, p.53-67, jul. 1993.

\_\_\_\_\_. A melhoria da qualidade nos serviços de Enfermagem. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v.13, n. especial, pt 1, p.190-6, 2000.

AGÊNCIA NACIONAL DO PETRÓLEO (Brasil). **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2000. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2001. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2002. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2003. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2004. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2005. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2006. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2007. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

\_\_\_\_\_. **Transferência de receita dos royalties governamental**. [s.l.]: A Agência, 2008. Disponível em < [www.anp.gov.br/participacao\\_gov/royalties.asp](http://www.anp.gov.br/participacao_gov/royalties.asp) >. Acesso em: 19 abr 2008.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ASSIS, M.M.A; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Revista ciência&saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 815-23, 2003.

AZEVEDO, J.M.L. **A Educação como política pública**. Campinas: Ed. Autores Associados, 1997. 84 p.

BARBOSA, M.A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 06, n.01, p. 09-15, [s.l.:s.n.] 2004. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/pdf/f1\\_coletiva.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f1_coletiva.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: \_\_\_\_\_ **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Ed. Vozes Ltda, 2000. p.189 a 217.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 140 p.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial [da] república federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção I.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário oficial [da] república federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Resolução 196/1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial [da] república federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 out. 1996, p.21082-5.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do SUS-NOB 96. Alterada pela portaria 1882 de 18/12/1997. **Diário oficial da união**. Brasília, DF, 1997, 34p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

\_\_\_\_\_. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Conselho nacional de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 208p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 300p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. **1º Seminário de gestão participativa em saúde da região norte do Rio de Janeiro**. Brasília DF, 2007. 78p.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista ciência&saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-77, 2000.

CANGUILHEM, G. Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico. In: \_\_\_\_\_. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p. 205-61

CAPILHEIRA, M.F.; SANTOS, I.S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista saúde pública**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 436-43, june, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, 1997.

CONFEDERAÇÃO nacional dos municípios. **Apresenta informações gerais dos municípios brasileiros**. Disponível em: <[http://www.cnm.org.br/infra/mu\\_infra.asp?ildMun=100133038](http://www.cnm.org.br/infra/mu_infra.asp?ildMun=100133038)>. Acesso em: 9 jun. 2008.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 280p.

COSTA, R.C.R. **Exclusão social e desenvolvimento humano: um mapeamento das desigualdades e do desenvolvimento sócio-econômico do município de Macaé**. Análise sociológica da Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão. Macaé: [s.n.], 2007a. 267 p.

DATASUS. **Dados gerenciais**. [s.l: s.n.] 2006. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tab.data/cadernos/rj.htm> >. Acesso em: 8 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. **Dados gerenciais.** [s.l: s.n.] 2007. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tab.data/cadernos/rj.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. **Inventário de sistemas de informação na área de saúde e ambiente.** [s.l: s.n.] 2008. Disponível em: <[http://formsus.datasus.gov.br/site/unidade.php?id\\_aplicacao=30](http://formsus.datasus.gov.br/site/unidade.php?id_aplicacao=30)>. Acesso em: 7 jun. 2008.

DAVIDOVICH, F. **Comentando crescimento populacional do Estado do Rio de Janeiro.** [s.l: s.n., 20--] Disponível em: <[www.observatoriodasmetrolopolos.ufrj.br/download/artigo\\_davidovich.pdf](http://www.observatoriodasmetrolopolos.ufrj.br/download/artigo_davidovich.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2008.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: \_\_\_\_\_.(Ed.). **Aspects of medical care administration.** Cambridge: Harvard University Press, 1973. p. 58-77.

\_\_\_\_\_. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud pública de México**, México, v. 35, n.1, p. 94-7, 1993.

ESCOREL, S. Projeto Montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.M.F. (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.127 a 126.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 61-70, 1998.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-53, 1999.

\_\_\_\_\_; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo: HUCITEC. 2003. p. 125-35.

\_\_\_\_\_. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.11, n.23, p. 427-38, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 205 p.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Políticas de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995. p. 177-98.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.; SÁ, C.P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia teoria e prática**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p.109-25, 2007.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, D.; SÁ, C.P. Social representations of the Brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, according to the structural approach. **Revista latino-americana de enfermagem**, Brasil, v.16, n. 1, p. 122-9, 2008.

HERZLICH, C. A Problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 23-36, 1991.

HUBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 173-91, 2007.

IBGE. **Anuário estatístico brasileiro**. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Cidades**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php)>[s.l: s.n., 20--]. Acesso em: 19 abr 2008.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

\_\_\_\_\_. Presença da cultura no campo da saúde. In: ALMEIDA, A.M.O. et al. (Org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: Estudos em Representações Sociais**. Brasília: Ed. UnB, 2006. p. 75 a 109.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-8, jul./set. 1998.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista latinoamericana de salud**, México, v. 2, p.133-58, 1982.

LEOPARDI, M.T. **Metodologias de pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LIMA, M.A.S. et al. Acesso e acolhimento em unidade de saúde na visão dos usuários. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 12-7, 2007.

LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2005. 504 p.

LOPES, M.J.M.; SILVA, J.L.A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Brasil, v.12, n.4, p. 683-8, julh.-ago. 2004.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 17 a 37.

MACAÉ (RJ). PREFEITURA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2006 – 2007**. Macaé, 2006. 92p.

\_\_\_\_\_. Centro de Memória Antonio Alvarez Parada. **História**. Disponível em <[www.macaetour.com.br/história.htm](http://www.macaetour.com.br/história.htm)> [s.l: s.n., 19--]. Acesso em: 27 setembro 2007.

\_\_\_\_\_. **Notícias**. Disponível em <[www.maca.e.rj.gov.br/municipio/riquesafundomar.asp](http://www.maca.e.rj.gov.br/municipio/riquesafundomar.asp)> [s.l: s.n., 20--] Acesso em: 19 abr 2008a.

\_\_\_\_\_. **Notícias**. Disponível em <[www.maca.e.rj.gov.br/noticias/mostranot.asp?id=261](http://www.maca.e.rj.gov.br/noticias/mostranot.asp?id=261)> [s.l: s.n., 20--] Acesso em: 23 abr 2008b.

\_\_\_\_\_. **Notícias**. Disponível em <[www.maca.e.rj.gov.br/noticias/mostranot.asp?id=10323](http://www.maca.e.rj.gov.br/noticias/mostranot.asp?id=10323)> [s.l: s.n., 20--] Acesso em: 23 abr 2008c.

MACHADO, A. L. et al. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 486-97, 1997.

MENDONÇA, L. M. N. **Ouvidoria em Macaé**: a participação popular na construção do sistema público de saúde. 2005. 245f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde) – Centro Universitário Plínio Leite, Niterói, 2005.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p.9-29.

\_\_\_\_\_. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997. p. 31-9.

MORETTO, E. F. S. Os enfermeiros e sua relação com os princípios do SUS. **Texto & Contexto enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, pt 2, p.611-20, maio/ago. 2000.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291p.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 109-18, 2002.

NEVES, E.P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, supl. 1, p. 79-92, dez. 2002.

OLIVEIRA, D.C. **A Promoção da saúde da criança**: Análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais. 1996. 365f. Tese (doutorado em Saúde

Pública) -Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_; RODRIGUES, B.M.R.D. A Utilização da teoria de representações sociais no campo da enfermagem: uma busca de aproximação. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 260-69, 2001a.

\_\_\_\_\_; SÁ, C. P. Representação sociais da saúde e da doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 54, n.4, p. 608-22, 2001b.

\_\_\_\_\_. Um olhar sobre o tempo: como o paradigma “biológico” migrou para o “social”. In: \_\_\_\_\_. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. Tese (Professor Titular) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2001c. p. 17-42.

\_\_\_\_\_. Pontuando idéias sobre o desenvolvimento metodológico dos estudos de representações sociais nas pesquisas brasileiras. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 86-90, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Análise de Conteúdo Temática**: uma proposta de operacionalização. Texto didático e instrumentos, Rio de Janeiro, Mimeo, 2005b.

\_\_\_\_\_. A Identificação das necessidades de saúde e sua articulação ao campo das representações sociais. In: \_\_\_\_\_. CAMPOS, P.H.F. (Org.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Museu da República. 2005c. p. 119-40.

\_\_\_\_\_; et al. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto&Contexto**, Florianópolis, v.16, n. 3, p. 377-87, julh/set. 2007a.

\_\_\_\_\_; et al. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicologia: teoria e prática**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 26-46, 2007b.

\_\_\_\_\_; et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.(Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 567-86.

PASSOS, E. **A Política Nacional de Humanização e a formação do enfermeiro: uma articulação necessária**. Rio de Janeiro, [s.n.], 2008. 1 MP3 (90min).

PESSOTO, U.C. et al. Desigualdade no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. **Ciência &Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-62, 2007.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 390p.

PONTES, A.P.M.; CESSO, R.G.D. **O princípio de universalidade do SUS na visão dos usuários**: uma contribuição para práticas dos enfermeiros. 2008. 88f. Monografia de conclusão de curso (Bacharel em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, D.D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2001.

\_\_\_\_\_; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.50-61, jan./mar.1990.

RIBEIRO, M.C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano diretor de regionalização**. 2001/2004: Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. **Pacto de serviços para consórcio de Saúde**. Rio de Janeiro. [s.n.] 2008. Disponível em <[www.governo.rj.gov.br/noticias\\_interior.asp?N=4463](http://www.governo.rj.gov.br/noticias_interior.asp?N=4463)>. Acesso em: 19 abr 2008.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

\_\_\_\_\_. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. 1998.107p.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.48, n. 2, p. 109-19, abr./jun.1995.

SANTOS JÚNIOR, A.; SILVA, M.C.X. **Gestão hospitalar – 2007**. Macaé, [s.n.],2007. 101p. Relatório técnico.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

\_\_\_\_\_. & SHI, L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. **Official journal of the american academy of pediatrics**. Illinois, v.113, n. 5, p. 1493-8, 2004.

STRALEN, C.J.V. Do Projeto de Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. In TEIXEIRA, S.M.F. (Org.). **Projeto Montes Claros**: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p.165-92.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de. salud publica**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, may/june 2002.

\_\_\_\_\_; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p.190-8, 2004.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO (Rio de Janeiro). Processo Nº 211476-2/2007. In: \_\_\_\_\_. **Informações Municipais**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível a partir de <[www.tce.gov.rj.br](http://www.tce.gov.rj.br)>. Acesso em: 19 abr 2008.

UNGLERT, C.V. de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de saúde pública.**, São Paulo, v. 24, p. 445-52, 1990.

**APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nº questionário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Hora início: \_\_\_\_\_ Hora término: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO:**

Identificação: \_\_\_\_\_

1-Instituição de atendimento: \_\_\_\_\_

2- Nível de atenção ( ) 1. primária ( ) 2. secundária ( ) 3. terciária

3- Idade: \_\_\_\_\_

4- Sexo:

( ) 1. Feminino

( ) 2. Masculino

5- Escolaridade:

( ) 1. Fundamental incompleto

( ) 2. Fundamental completo ou médio incompleto

( ) 3. Médio completo ou superior incompleto ou superior completo

6- Bairro de moradia: \_\_\_\_\_

7- Tempo de moradia em Macaé:

( ) 1. menos de 1 ano

( ) 2. entre 1 e 2 anos

( ) 3. entre 2 e 5 anos

( ) 4. mais de cinco anos

( ) 5. em outra cidade

8- Situação de trabalho:

( ) 1. Trabalha

( ) 2. Não trabalha (aposentado ou desempregado)

9- Profissão: \_\_\_\_\_

10- Renda Mensal aproximada: \_\_\_\_\_

**COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES:**

Diga as primeiras cinco palavras que ocorrem imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

**SUS**

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

**Serviços de saúde de Macaé**

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

( ) \_\_\_\_\_ ( )

Agora coloque as palavras em ordem de maior para menor importância.

Classifique cada palavra como positiva (+), negativa (-) ou neutra (N).

**DADOS SOBRE O SUS E O ACESSO AOS SERVIÇOS:**

11-O que é o SUS para você?

---

---

---

---

12-Qual a relação do SUS com os serviços de saúde de Macaé?

---

---

---

---

13- Há quanto tempo que você utiliza os serviços públicos de saúde de Macaé?

- 1. até 2 anos
- 2. entre 2 e 5 anos
- 3. mais de cinco anos

14- Tempo que utiliza este serviço?

- 1. menos de 1 ano
- 2. entre 1 e 2 anos
- 3. entre 2 e 5 anos
- 4. mais de cinco anos

15- Cite outros serviços de saúde que você conhece no município:

- 1. Não conhece nenhum outro serviço
- 2. PSF
- 3. Posto de Saúde
- 4. Centro de Especialidades “Dr. Moacyr Santos” – Barracão
- 5. Pronto Socorro 24h odontológico
- 6. PADT- programa atendimento domiciliar terapêutico
- 7. Núcleo de saúde mental ou CAPES
- 8. Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva – HPM
- 9. Farmácia popular
- 10. PS Aeroporto

Outros quais? \_\_\_\_\_

16-Quais desses serviços você utiliza? E que nota de 0 a 10 você daria para esses serviços que utiliza?

- ( ) 1. PSF \_\_\_\_\_
- ( ) 2. Posto de Saúde \_\_\_\_\_
- ( ) 3. Centro de Especialidades “Dr. Moacyr Santos” – Barracão\_\_\_\_\_
- ( ) 4. Pronto Socorro 24h odontológico \_\_\_\_\_
- ( ) 5. PADT- programa atendimento domiciliar terapêutico \_\_\_\_\_
- ( ) 6. Núcleo de saúde mental ou CAPES \_\_\_\_\_
- ( ) 7. Hospital Público Municipal – HPM \_\_\_\_\_
- ( ) 8. Farmácia popular \_\_\_\_\_
- ( ) 9. PS Aeroporto \_\_\_\_\_
- Outros quais? \_\_\_\_\_

17- Qual a frequência que você costuma ir a algum serviço de saúde público em Macaé?

- ( ) 1. mais de uma vez por mês
- ( ) 2. mensalmente
- ( ) 3. 6 meses a 1 ano
- ( ) 4. acima de 1 ano

18- Qual a frequência que você costuma vir a este serviço?

- ( ) 1. mais de uma vez por mês
- ( ) 2. mensalmente
- ( ) 3. 6 meses a 1 ano
- ( ) 4. acima de 1 ano

19- Conhece serviços de saúde de outras cidades? Caso positivo, que nota daria de 0 a 10 para esses serviços? \_\_\_\_\_

- ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não

Quais? \_\_\_\_\_

20- Em que situações você procura os serviços de saúde?

---

---

---

21- O que você espera encontrar nos serviços de saúde?

---

---

---

22- Na sua experiência, quando você precisa de um atendimento ou exame, você encontra nos serviços de saúde de Macaé?

( ) 1. sim            ( ) 2. não            ( ) 3. às vezes

23- E as outras pessoas também conseguem?

( ) 1. sim            ( ) 2. não            ( ) 3. às vezes

24-Quais são os atendimentos mais difíceis de conseguir nos serviços de saúde de Macaé?

---

---

---

25- Na sua experiência, como é para se chegar a um serviço de saúde de Macaé, normalmente?

( ) 1. é fácil            ( ) 2. é difícil            ( ) 3. mais ou menos

Se a resposta foi difícil, quais as maiores dificuldades?

---

---

---

26- Na sua experiência, como é conseguir um atendimento em um serviço de saúde de Macaé, normalmente?

( ) 1. é fácil            ( ) 2. é difícil            ( ) 3. mais ou menos

Se a resposta foi difícil, quais as maiores dificuldades?

---

---

---

27-Na sua experiência, quanto tempo demora para ser atendido em um serviço de saúde de Macaé, normalmente?

- ( ) 1. imediato ( ) 2. uma semana  
 ( ) 3. menos de um mês ( ) 4. um mês  
 ( ) 5. mais de um mês ( ) 6. entre um e dois meses  
 ( ) 7. entre dois e seis meses ( ) 8. 6 meses a 1 ano  
 ( ) 9. acima de 1 ano

28-Na sua experiência, quanto tempo demora para ser atendido neste serviço, normalmente?

- ( ) 1. imediato ( ) 2. uma semana  
 ( ) 3. menos de um mês ( ) 4. um mês  
 ( ) 5. mais de um mês ( ) 6. entre um e dois meses  
 ( ) 7. entre dois e seis meses ( ) 8. 6 meses a 1 ano  
 ( ) 9. acima de 1 ano

29-O que você acha desse tempo de espera para atendimento?

- QUESTÃO 27 ( ) 1. normal ( ) 2. curto ( ) 3. longo ( ) 4. muito longo

- QUESTAO 28 ( ) 1. normal ( ) 2. curto ( ) 3. longo ( ) 4. muito longo

30-Qual seria, na sua opinião, o tempo correto de demora para atendimento?

---



---



---

31- Como você é atendido normalmente pelos profissionais dos serviços de saúde de Macaé?

- ( ) 1. muito bem atendido ( ) 2. bem atendido  
 ( ) 3. mal atendido ( ) 4. com indiferença

Explique a sua resposta:

---



---



---

32- Como você considera a estrutura física (espaço, conservação, limpeza, equipamentos...) das unidades de saúde que você utiliza?

- ( ) 1. ótima                      ( ) 2. muito boa                      ( ) 3. boa  
( ) 4. regular                      ( ) 5. péssima

Explique a sua resposta:

---

---

---

33- Já precisou ser encaminhado de um serviço de saúde para outro?

- ( ) 1. sim                      ( ) 2. não

Se positivo, como foi feito o encaminhamento de um serviço para outro?

- ( ) 1. através de informação verbal do profissional para o cliente  
( ) 2. através de um impresso  
( ) 3. através de contato verbal do profissional com o serviço (telefônico, rádio ou pessoalmente)  
( ) 4. não houve encaminhamento

Este outro serviço fez algum encaminhamento e/ou orientação para o 1º?

- ( ) 1. sim                      ( ) 2. não

34- Que pontos positivos gostaria de destacar sobre os serviços de saúde de Macaé?

---

---

---

35- E pontos negativos?

---

---

---

36- Você teria sugestões para resolver os problemas indicados?

---

---

---

OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

---

---

---

## APÊNDICE B - Banco de dados

Este banco de dados foi inicialmente confeccionado no programa excel, sendo neste apêndice passado para o programa word para melhor apresentá-lo.

nº quest	Instituição	Nível atenção	idade	sexo	Escolaridade	bairro	Tempo mora dia	Situação trab	Profissão
1	C SJC	1	21	1	3	Riviera	4	2	Estudante
2	C SJC	1	26	1	3	Novo Horizonte	4	2	Do Lar
3	C SJC	1	55	1	1	P.Aeroporto	4	2	Do Lar
4	C SJC	1	25	1	1	Novo Horizonte	4	2	
5	C SJC	1	59	2	1	Ajuda de Cima	4	1	Garçom
6	C SJC	1	34	1	1	BR.101	4	2	
7	C SJC	1	67	1	1	P.Aeroporto	2	2	Aposentado
8	C SJC	1	48	1	1	Aroeira	4	2	Doméstica
9	C SJC	1	22	1	3	Centro	4	1	Vendedora
10	C SJC	1	48	1	1	Sana	4	1	Servente
11	C SJC	1	30	1	3	Conc. de Macabú	5	2	Do Lar
12	C SJC	1	31	1	2	Barra de Macaé	4	2	Do Lar
13	C SJC	1	56	1	1	Barra de Macaé	4	1	Artesã
14	C SJC	1	54	2	1	Aroeira	3	1	Eletricista
15	C SJC	1	49	1	1	Novo Horizonte	4	2	Aux.Ser.Gerais
16	C SJC	1	33	1	3	Ajuda de Baixo	1	1	Caixa Padaria
17	C SJC	1	25	1	3	Miramar	4	1	Aux.Admini.
18	C SJC	1	38	1	3	Aroeira	4	2	Do Lar
19	C SJC	1	51	1	3	Nova Holanda	1	2	Do Lar
20	C SJC	1	49	1	3	ROS	5	1	Autônomo
21	C SJC	1	24	1	1	Novo Horizonte	1	2	Do Lar
22	C SJC	1	28	1	3	P.Aeroporto	2	2	Autônomo
23	C SJC	1	22	1	1	Aroeira	4	2	Estudante
24	C SJC	1	27	1	3	Nova Holanda	3	1	Op.Telemark.
25	C SJC	1	46	1	3	Mirante	4	1	Professora
26	C SJC	1	28	2	2	São Marcos	3	1	Firma engenharia
27	C SJC	1	39	2	2	Aroeira	4	1	Assessor
28	C SJC	1	33	1	3	Horto	4	1	Professora
29	C SJC	1	27	1	2	Novo Cavaleiro	1	2	Estudante
30	C SJC	1	34	1	2	Lagomar	2	2	Do Lar
31	C SJC	1	54	1	1	Barreto	2	2	Do Lar
32	C SJC	1	25	1	2	Malvinas	3	2	Do Lar
33	C SJC	1	21	1	1	Malvinas	4	2	Do Lar
34	C SJC	1	39	1	3	Aeroporto	4	1	Professora
35	C SJC	1	21	1	3	Sol e Mar	2	1	Monitora
36	C SJC	1	21	1	3	Imbetiba	3	1	Doméstica
37	C SJC	1	28	1	3	P.Aeroporto	4	1	Caixa

Continua...

nº quest	Instituição	Nível atenção	idade	sexo	Escolaridade	bairro	Tempo mora dia	Situação trab	Profissão
38	C SJC	1	31	1	3	P.Aeroporto	3	1	Aux de Oper
39	C SJC	1	24	1	2	P.Aeroporto	3	2	Do Lar
40	C SJC	1	32	1	3	Visconde	3	1	Dama Companh
41	C SJC	1	54	1	3	Nova Macaé	4	1	Professora
42	C SJC	1	23	1	3	Novo Horizonte	4	1	Vendedora
43	C SJC	1	33	1	1	Malvinas	4	1	Aux.Ser.Gerais
44	C SJC	1	35	1	3	Vila Badejo	4	1	Estudante
45	C SJC	1	29	1	3	Morro Grande	4	2	Do Lar
46	C SJC	1	22	1	2	P.Aeroporto	4	2	Do Lar
47	C SJC	1	42	1	3	Ajuda de Baixo	4	2	Professora
48	C SJC	1	31	1	1	Botafogo	3	1	Doméstica
49	C SJC	1	24	1	3	Centro	1	1	Artesã
50	C SJC	1	25	1	1	Ajuda de Baixo	2	1	Aux.Ser.Gerais
51	CEMS	2	58	1	1	Cavaleiros	3	2	Do Lar
52	CEMS	2	49	2	1	Eng. Da Praia	4	1	Aux de Prod
53	CEMS	2	44	2	2	Glicério	4	1	Porteiro
54	CEMS	2	50	1	2	Centro	4	2	Do Lar
55	CEMS	2	51	1	1	Aroeira	4	2	Do Lar
56	CEMS	2	57	1	1	Ajuda de Cima	4	1	Doméstica
57	CEMS	2	57	1	3	Frade	4	1	Assessor
58	CEMS	2	47	1	3	Aroeira	4	2	Do Lar
59	CEMS	2	42	1	1	Glória	4	2	Do Lar
60	CEMS	2	52	1	1	Malvinas	4	1	Doméstica
61	CEMS	2	57	1	1	Corr do Ouro	4	2	Do Lar
62	CEMS	2	62	1	1	Miramar	4	2	Do Lar
63	CEMS	2	24	1	3	Novo Horizonte	3	2	Do Lar
64	CEMS	2	53	1	1	Carapebus	5	2	Do Lar
65	CEMS	2	22	1	2	Barra de Macaé	3	2	Do Lar
66	CEMS	2	29	1	3	Cajueiros	2	2	Do Lar
67	CEMS	2	35	2	3	Ajuda de Baixo	4	1	Func. Público
68	CEMS	2	60	2	1	P.Aeroporto	4	1	Motorista
69	CEMS	2	48	1	1	Praia Campista	4	1	Aux. Serv Ger
70	CEMS	2	44	2	3	Visconde	4	1	Aux. Admin
71	CEMS	2	57	1	1	Botafogo	4	2	Do Lar
72	CEMS	2	57	2	1	Visconde	3	1	Autonomo
73	CEMS	2	58	1	1	Lagomar	3	1	Doméstica
74	CEMS	2	34	1	1	Barra de Macaé	4	1	Merendeira
75	CEMS	2	35	2	3	P.Aeroporto	4	1	Vigilante
76	CEMS	2	41	1	1	Virgem Santa	4	1	Doméstica
77	CEMS	2	41	1	1	Emburo	4	1	Faxineira
78	CEMS	2	54	1	2	Camp do Oeste	4	2	Do Lar
79	CEMS	2	37	1	2	P.Aeroporto	4	1	Venderora
80	CEMS	2	43	2	2	P.Aeroporto	3	1	Vendoror
81	CEMS	2	46	1	1	Ajuda de Cima	1	2	Do Lar
82	CEMS	2	62	2	1	Eng. Da Praia	4	2	Lavrador
83	CEMS	2	46	2	1	Lagomar	4	1	Pedreiro
84	CEMS	2	60	1	1	P.Aeroporto	4	2	Do Lar
85	CEMS	2	21	2	3	Planalt da Ajuda	4	2	-
86	CEMS	2	69	1	1	ROS	5	2	Do Lar

Continua...

nº quest	Instituição	Nível atenção	idade	sexo	Escolaridade	Bairro	Tempo mora dia	Situação trab	Profissão
87	CEMS	2	52	1	1	São José Barre	4	2	Doméstica
88	CEMS	2	79	1	1	Lagoa	4	2	Costureira
89	CEMS	2	38	1	2	Cajueiros	4	1	Faxineira
90	CEMS	2	42	1	1	Correg do Ouro	4	1	Babá
91	CEMS	2	57	1	3	Visconde	4	1	Recepcionista
92	CEMS	2	38	1	1	Fronteira	4	1	Aux Servi Ger
93	CEMS	2	51	1	2	Ajuda de Cima	3	2	Do Lar
94	CEMS	2	62	1	1	Ajuda de Baixo	4	2	Doméstica
95	CEMS	2	31	1	2	Malvinas	4	1	Autonomo
96	CEMS	2	39	1	3	Visconde	4	1	Manicure
97	CEMS	2	34	1	1	Barra de Macaé	4	2	Do Lar
98	CEMS	2	30	1	3	Miramar	4	2	Recepcionista
99	CEMS	2	23	2	1	Conc de Macab	5	2	Servente
100	CEMS	2	40	1	3	Glória	4	1	Cabelereira
101	HPM	3	60	2	3	Barra de Macaé	4	1	Cozinheiro
102	HPM	3	47	1	3	Visconde	4	1	Func. Público
103	HPM	3	36	1	3	Lagomar	4	1	Professora
104	HPM	3	26	1	3	ROS	5	1	Secretária
105	HPM	3	27	1	1	Nova Holanda	4	1	Doméstica
106	HPM	3	27	1	1	Malvinas	4	1	Merendeira
107	HPM	3	55	2	3	Cachltapemirim	5	1	Motorista
108	HPM	3	42	2	3	Frade	2	1	Operador Capt
109	HPM	3	22	1	1	Córreg do Ouro	4	2	Do Lar
110	HPM	3	25	1	1	Correg do Ouro	4	1	Doméstica
111	HPM	3	42	1	1	Botafogo	4	1	Doméstica
112	HPM	3	28	1	2	Campos	5	2	Do Lar
113	HPM	3	21	1	1	Cajueiros	4	2	Do Lar
114	HPM	3	38	1	3	Glória	4	1	Téc. em Enferm
115	HPM	3	38	2	1	Campos	5	1	Empreiteiro
116	HPM	3	63	1	3	Cabo Frio	5	2	Contadora
117	HPM	3	42	1	1	ROS	5	1	Autônomo
118	HPM	3	21	1	2	Planalto da Ajud	4	1	Garçonete
119	HPM	3	35	1	3	Lagomar	4	1	Ger. Administr
120	HPM	3	23	1	3	Lagomar	3	2	Do Lar
121	HPM	3	25	1	3	Vila Paraiso	4	2	Do Lar
122	HPM	3	43	1	1	Lagomar	2	1	Cozinheira
123	HPM	3	52	2	1	Ajuda de Baixo	4	2	Motorista
124	HPM	3	30	1	1	ROS	5	1	Gerente Vendas
125	HPM	3	50	1	3	Córreg do Ouro	3	2	Do Lar
126	HPM	3	32	1	1	Conceiç Macab	5	2	Do Lar
127	HPM	3	27	1	1	Sol e Mar	2	1	Autonoma
128	HPM	3	41	1	3	Conceiç Macab	5	1	Vendas
129	HPM	3	28	1	3	Aroeira	4	2	Do Lar
130	HPM	3	22	1	2	Nova Malvina	3	2	Do Lar
131	HPM	3	24	1	1	Malvinas	4	2	Do Lar
132	HPM	3	27	1	1	Cantagalo	5	2	Do Lar
133	HPM	3	38	2	1	Miracema	5	1	Ajud Pedreiro
134	HPM	3	41	1	1	Frade	4	1	Doméstica
135	HPM	3	47	1	1	Glicério	4	2	Do Lar

Continua...

n <sup>o</sup> quest	Instituição	Nível atenção	idade	sexo	Escolaridade	Bairro	Tempo mora dia	Situação trab	Profissão
136	HPM	3	29	1	3	P.Aeroporto	2	1	Atendente
137	HPM	3	23	1	3	Lagomar	4	2	Do Lar
138	HPM	3	26	1	3	P.Aeroporto	4	1	Atendente
139	HPM	3	36	1	1	Malvinas	4	1	Diarista
140	HPM	3	21	1	3	P.Aeroporto	4	2	Do Lar
141	HPM	3	41	1	1	Trapiche	4	1	Doméstica
142	HPM	3	34	1	1	Malvinas	4	2	Do Lar
143	HPM	3	27	1	1	Ajuda de Cima	4	1	Domestica
144	HPM	3	35	1	1	Novo Horizonte	2	1	Cozinheira
145	HPM	3	44	1	2	Ajuda de Cima	4	2	Doméstica
146	HPM	3	38	1	3	Visconde	4	1	Ass. administr
147	HPM	3	57	1	2	Nova Holanda	4	2	Do Lar
148	HPM	3	36	1	3	Barra São João	5	1	Comerciante
149	HPM	3	21	2	1	Barra de Macaé	4	2	Serv.Bomb Hidr
150	HPM	3	47	1	1	Malvinas	3	1	Manicure

n <sup>o</sup> quest	Renda	Perg. 13	Perg. 14	Perg. 17	Perg. 18	Perg. 19	Perg. 22	Perg. 23	Perg. 25
1	3	3	4	4	4	2	1	3	1
2	2	2	3	2	2	1	3	3	1
3	3	3	4	2	4	1	1	1	3
4	2	1	2	3	3	2	2	3	3
5	2	3	4	1	4	2	1	2	1
6	2	3	4	2	2	2	1	1	2
7	1	2	3	2	2	1	1	1	1
8	2	3	4	2	2	2	1	1	2
9	3	3	2	2	2	2	3	3	1
10	2	3	3	1	2	1	1	1	1
11	1	1	2	2	2	1	1	1	1
12	2	3	4	3	3	2	3	3	2
13	2	3	4	2	4	1	1	1	1
14	2	1	2	3	3	1	1	3	1
15	2	3	4	2	2	2	1	1	2
16	2	1	1	4	4	1	1	1	3
17	3	1	1	4	4	2	2	2	1
18	1	3	3	3	3	1	3	3	3
19	3	1	1	2	2	1	3	3	2
20	2	1	1	4	4	1	1	1	3
21	1	1	1	2	2	1	1	1	3
22	3	1	1	2	2	1	1	1	1
23	2	3	4	2	2	2	3	3	3
24	2	2	2	2	2	1	1	3	1
25	3	3	4	3	3	1	1	1	1
26	-	1	1	1	1	1	3	3	2
27	3	3	4	3	3	1	3	3	1
28	3	3	4	3	4	1	2	2	1
29	2	1	1	1	1	2	1	1	2
30	1	1	2	1	2	1	1	3	3
31	2	1	1	3	3	2	1	1	1

Continua...

n <sup>o</sup> quest	Renda	Perg. 13	Perg. 14	Perg. 17	Perg. 18	Perg. 19	Perg. 22	Perg. 23	Perg.25
32	2	2	1	1	1	2	3	3	1
33	1	3	4	1	1	2	1	1	3
34	3	1	1	2	2	1	1	1	1
35	3	1	2	3	3	1	3	3	1
36	2	2	2	2	2	1	3	3	1
37	1	3	4	1	1	2	3	3	3
38	2	2	3	3	3	1	1	1	1
39	1	2	1	1	2	2	3	3	2
40	2	2	3	3	3	1	1	3	2
41	3	3	4	1	1	2	1	1	1
42	2	3	3	3	3	2	3	3	1
43	2	3	4	2	2	1	1	3	1
44	2	3	4	3	3	2	1	1	1
45	1	3	4	2	2	2	1	3	2
46	1	3	4	2	2	2	3	3	2
47	3	3	4	3	3	1	1	1	1
48	2	1	1	4	4	1	3	1	2
49	1	1	1	4	4	1	3	3	1
<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
51	1	1	1	1	3	1	1	1	2
52	1	3	3	3	3	2	1	1	1
53	2	3	2	3	2	2	3	3	1
54	3	3	3	3	3	2	3	3	1
55	1	3	3	3	3	2	1	1	1
56	1	3	4	3	3	2	1	3	2
57	3	3	4	1	2	1	1	3	2
58	3	3	4	3	4	1	3	3	1
59	1	3	2	1	2	1	1	1	2
60	1	3	4	3	4	2	1	1	2
61	1	3	4	3	4	2	1	1	1
62	2	3	4	3	3	2	3	2	1
63	2	2	2	3	4	1	2	1	1
64	2	3	2	2	4	1	1	3	2
65	2	1	1	3	3	1	3	3	1
66	2	2	3	2	2	1	1	1	3
67	2	3	1	3	4	2	1	1	1
68	2	3	2	1	1	1	1	3	1
69	2	3	4	3	3	1	1	1	3
70	3	3	4	1	1	1	1	1	1
71	2	3	4	3	3	2	1	1	3
72	1	2	3	2	2	1	1	1	3
73	2	2	3	2	2	2	1	1	3
74	1	3	3	2	2	2	1	1	1
75	2	3	3	3	3	1	3	3	1
76	3	3	3	2	2	2	2	2	1
77	2	3	4	2	3	2	1	3	3
78	1	3	4	3	2	1	1	1	3
79	1	3	4	1	2	2	1	1	1
80	1	2	3	3	3	1	3	3	3
81	-	1	1	2	4	1	1	3	2
Continua...									

n <sup>o</sup> quest	Renda	Perg. 13	Perg. 14	Perg. 17	Perg. 18	Perg. 19	Perg. 22	Perg. 23	Perg. 25
82	1	3	4	2	3	2	1	1	1
83	1	1	2	3	3	2	1	1	2
84	1	3	4	2	3	2	3	2	1
85	2	1	1	3	3	2	3	3	3
86	2	3	4	1	2	1	1	1	1
87	1	3	4	3	3	2	1	1	2
88	1	3	3	2	2	1	1	1	3
89	1	3	4	1	2	2	1	1	1
90	1	3	4	3	3	2	3	3	2
91	2	3	4	2	3	1	3	3	1
92	2	3	4	3	2	2	1	1	1
93	2	2	1	2	2	1	1	1	2
94	2	3	4	2	2	2	3	3	3
95	2	3	4	2	2	1	3	3	2
96	1	3	4	1	1	2	1	3	1
97	1	3	4	1	1	2	1	3	1
98	2	3	4	1	1	1	1	1	1
99	2	3	1	1	4	1	1	3	1
<b>100</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
101	3	3	3	2	4	2	1	1	1
102	2	3	3	2	4	1	2	2	3
103	2	3	3	2	4	1	1	3	3
104	3	2	1	3	4	1	1	1	1
105	1	1	2	2	4	2	1	1	1
106	1	3	2	3	4	1	1	3	1
107	2	1	1	4	4	1	1	1	1
108	3	3	1	3	4	2	1	3	1
109	1	3	3	3	1	1	3	3	2
110	1	3	3	2	4	2	3	3	3
111	1	3	1	3	4	2	1	1	1
112	1	1	2	4	4	1	1	1	2
113	1	3	1	2	4	2	3	1	2
114	-	3	1	4	4	1	1	1	1
115	3	1	1	4	4	1	1	1	2
116	2	1	2	4	4	1	1	1	-
117	2	3	3	2	2	1	3	3	3
118	2	3	1	2	4	1	2	2	1
119	3	2	1	4	4	1	3	3	1
120	1	2	1	3	3	2	3	1	3
121	2	3	3	1	1	2	1	3	2
122	2	1	1	2	4	1	1	1	2
123	1	3	2	3	3	2	1	1	3
124	1	1	1	4	4	1	1	1	1
125	2	2	3	1	3	1	1	1	3
126	1	2	3	2	3	1	3	1	2
127	2	1	1	1	4	1	1	3	1
128	3	1	1	4	4	1	2	3	2
129	2	3	3	2	3	1	1	1	1
130	1	2	2	1	4	2	1	1	2
131	-	3	1	2	4	2	1	3	1
Continua...									

n <sup>o</sup> quest	Renda	Perg. 13	Perg. 14	Perg. 17	Perg. 18	Perg. 19	Perg. 22	Perg. 23	Perg. 25
132	1	3	3	3	1	1	3	3	3
133	1	1	1	4	4	1	1	1	2
134	2	3	1	4	4	2	3	3	1
135	2	3	1	2	4	2	3	3	1
136	2	1	1	2	4	1	1	1	2
137	2	3	1	2	4	2	1	3	1
138	2	3	1	3	4	2	3	1	1
139	1	3	2	3	3	2	3	1	2
140	1	3	1	3	4	1	1	1	3
141	1	3	2	2	4	2	2	3	1
142	1	3	1	3	3	2	1	1	2
143	1	3	2	3	4	2	1	1	2
144	1	1	1	3	3	1	3	3	2
145	2	3	3	2	4	2	1	1	2
146	2	3	1	3	4	1	1	1	1
147	3	3	1	2	4	2	1	1	1
148	3	1	1	4	4	1	1	1	1
149	2	3	2	3	3	2	1	1	1
150	1	2	3	2	4	1	3	3	1

n <sup>o</sup> quest	Perg 26	Perg. 27	Perg 28	Perg. 29/27	Perg. 29/28	Perg. 31	Perg. 32	Perg. 33a	Perg. 33b	Perg.33c
1	3	2	1	1	1	2	3	2		
2	3	2	1	3	3	2	4	1	2	2
3	3	4	2	3	3	2	3	1	2	2
4	3	2	2	3	3	2	4	2	-	
5	1	1	1	3	3	1	3	1	1	2
6	2	2	2	1	1	2	4	1	2	2
7	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2
8	3	2	1	4	1	2	3	1	2	2
9	1	2	1	1	1	3	4	1	2	2
10	1	3	1	1	1	2	4	1	2	1
11	1	2	2	1	1	1	3	1	2	2
12	2	2	1	3	1	2	4	1	2	2
13	1	3	3	1	1	2	5	1	2	1
14	3	4	4	4	4	2	3	2	-	-
15	1	4	4	3	3	1	3	1	2	1
16	1	2	2	1	1	2	3	2	-	-
17	2	5	2	4	4	3	5	2	-	-
18	3	4	1	3	1	2	3	1	2	2
19	1	1	1	1	1	2	4	1	2	2
20	3	2	1	3	1	2	4	2	-	-
21	3	4	4	3	3	2	4	1	2	2
22	1	2	4	1	1	1	2	2	-	-
23	2	2	1	3	1	2	4	1	2	2
24	2	5	2	4	1	2	3	1	2	1
25	3	3	1	1	1	2	3	2	-	-
26	3	2	2	3	3	2	2	2	-	-
Continua...										

n° quest	Perg. 26	Perg. 27	Perg 28	Perg. 29/27	Perg. 29/28	Perg. 31	Perg. 32	Perg. 33a	Perg. 33b	Perg.33c
27	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
28	2	2	2	1	1	4	4	1	1	2
29	1	2	1	3	1	2	4	2	-	-
30	3	3	2	3	3	4	3	1	2	1
31	3	2	1	3	1	2	3	2	-	-
32	3	1	1	3	3	4	4	2	-	-
33	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2
34	3	4	3	3	3	2	4	1	2	2
35	2	4	1	3	1	1	2	1	2	2
36	3	4	2	3	1	4	5	2	-	-
37	2	4	2	4	2	2	4	1	2	2
38	1	1	1	1	1	2	4	2	-	-
39	2	4	2	3	2	4	4	2	-	-
40	3	4	3	4	2	4	5	1	2	2
41	3	5	4	3	4	2	4	1	3	1
42	3	3	3	1	1	3	4	1	2	1
43	3	3	3	1	1	2	4	1	2	2
44	3	4	2	3	2	2	3	1	2	1
45	3	3	2	3	1	2	3	2	-	-
46	3	4	2	3	1	2	3	1	2	2
47	2	3	3	3	3	1	4	1	2	1
48	2	4	4	4	4	4	5	2	-	-
49	3	2	2	1	1	2	3	2	-	-
<b>50</b>	<b>2</b>	5	2	4	1	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	-	-
51	3	7	3	4	2	1	3	1	2	2
52	1	3	3	1	1	2	1	1	2	2
53	1	4	1	3	1	2	4	2	-	-
54	3	4	3	4	4	4	4	1	2	2
55	2	4	3	3	1	2	3	1	2	2
56	2	7	3	4	4	2	4	1	2	2
57	3	5	4	3	3	1	4	1	3	1
58	2	5	5	4	4	2	4	2	-	-
59	3	5	5	4	4	2	1	1	2	2
60	2	5	4	4	4	2	4	1	2	1
61	3	4	4	4	4	2	5	1	2	1
62	2	5	4	4	4	2	4	1	2	1
63	2	3	3	3	3	4	4	2	-	-
64	3	1	2	1	1	2	4	2	-	-
65	3	4	2	3	1	2	3	2	-	-
66	3	4	4	3	3	2	4	1	2	1
67	3	3	1	1	2	2	4	2	-	-
68	1	2	3	1	3	2	2	1	2	1
69	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2
70	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1
71	3	4	2	4	1	2	3	1	2	2
72	1	3	3	3	3	2	1	1	2	2
73	1	3	3	1	1	2	3	1	2	2
74	3	3	3	3	3	2	4	1	2	2
75	3	5	4	3	3	2	3	1	2	2
76	1	4	4	4	4	2	1	1	2	2
Continua...										

n <sup>o</sup> quest	Perg. 26	Perg. 27	Perg 28	Perg. 29/27	Perg. 29/28	Perg. 31	Perg. 32	Perg. 33a	Perg. 33b	Perg.33c
77	3	5	3	4	4	2	3	1	2	2
78	1	1	3	1	1	1	3	1	2	2
79	2	7	4	4	4	1	1	1	2	1
80	2	4	4	3	3	2	3	1	2	2
81	2	2	1	1	1	2	3	1	3	2
82	1	5	4	1	3	1	3	1	2	2
83	2	5	5	4	4	2	4	1	2	2
84	1	6	2	3	1	1	3	1	2	2
85	3	3	2	4	1	4	4	1	2	2
86	1	3	2	3	1	1	3	1	2	2
87	2	3	5	1	3	2	4	1	2	2
88	1	4	4	4	4	2	4	1	2	2
89	3	2	3	1	3	1	3	1	2	2
90	1	6	6	4	4	2	3	1	2	2
91	3	4	4	3	4	2	5	1	2	1
92	3	4	4	4	3	2	3	1	2	1
93	3	4	4	4	4	1	1	1	3	2
94	2	4	4	3	3	2	3	1	3	1
95	3	4	4	4	4	2	4	1	2	1
96	1	5	1	4	2	2	4	1	3	2
97	3	4	4	4	4	2	4	1	2	2
98	1	3	3	1	1	1	4	2	-	-
99	3	3	1	1	1	4	4	1	2	1
<b>100</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
101	2	5	1	4	1	2	4	1	2	1
102	2	5	1	3	1	4	3	2	-	-
103	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1
104	3	4	1	1	1	2	2	1	2	1
105	1	4	1	1	1	2	3	2	-	-
106	2	2	1	3	3	4	1	1	2	1
107	1	1	1	1	1	2	3	2	-	-
108	3	2	1	4	1	1	1	1	3	1
109	1	2	4	4	4	4	4	1	2	2
110	3	4	1	4	1	2	1	1	2	2
111	3	1	1	1	1	2	3	1	2	2
112	3	-	1	-	1	2	3	2	-	-
113	3	2	1	1	1	2	3	1	2	1
114	1	2	1	1	1	4	3	1	2	2
115	1	1	1	1	1	2	3	1	3	1
116	1	-	1	-	2	1	1	2	-	-
117	2	4	1	4	2	4	3	1	3	2
118	3	1	1	1	1	2	3	2	-	-
119	3	2	1	3	1	2	3	2	-	-
120	3	2	1	3	1	2	3	2	-	-
121	2	5	1	4	1	2	3	1	3	2
122	1	4	1	3	1	2	5	2	-	-
123	3	4	1	3	1	2	1	2	-	-
124	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2
125	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1
126	3	4	1	3	1	2	4	1	3	2
Continua...										

n° quest	Perg. 26	Perg. 27	Perg 28	Perg. 29/27	Perg. 29/28	Perg. 31	Perg. 32	Perg. 33a	Perg. 33b	Perg.33c
127	2	5	1	4	1	4	4	1	2	2
128	2	4	1	3	1	2	3	1	3	2
129	3	1	1	1	1	1	3	1	2	2
130	2	2	1	4	1	2	3	2	-	-
131	1	1	1	1	1	1	1	2	-	-
132	3	4	1	3	1	4	3	1	3	2
133	1	1	1	1	1	2	3	1	3	1
134	1	2	1	4	1	4	4	1	3	1
135	1	2	1	3	1	2	4	1	2	1
136	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2
137	1	3	1	1	1	1	4	2	-	-
138	3	3	1	3	2	2	3	1	2	2
139	2	4	1	4	1	1	3	1	2	1
140	3	2	1	3	1	2	3	2	-	-
141	2	4	1	4	1	2	1	1	2	1
142	3	2	1	2	2	1	2	2	-	-
143	2	2	1	4	1	2	3	2	-	-
144	3	3	1	4	1	1	3	1	2	2
145	2	4	1	1	1	2	1	1	2	1
146	3	3	1	3	1	2	3	1	2	2
147	1	2	1	1	1	2	3	1	2	1
148	1	1	1	2	2	2	3	2	-	-
149	1	2	1	3	1	2	1	1	2	1
<b>150</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

**APÊNDICE C**-Padronização de palavras para análise das evocações para o termo “SUS”

Forma atual	Padronização
abandonoN	abandono
aborrecimento-	aborrecimento
acadêmico+	acadêmico
acesso-	acesso
acompanhamento+	acompanhamento
acupuntura+	acupuntura
agente comunitário–	agente-comunitário
ajuda+, ajudaN,beneficiandoN, socorro+	ajuda
alimentação+, alimento para criança+	alimentação
aliviadoN	aliviado
ambulância+	ambulância
amizade+	amizade
angústia-	angústia
arrogância-	arrogância
asilo+	asilo
atenção+, atençãoN, educação+	atenção
atendimentoN, assistênciaN, atendimento saúdeN, mais assistênciaN	atendimento
atendimento+, assistência+, atende bem+, bom+, bom atendimento, bem+, coisa boa+, legal+	atendimento-bom
atendimento-, deficiência em atendimento-, falta de atendimento-, mau atendimento-, não atende bem-, não funciona-, não presta-	atendimento-ruim
atitude+	atitude
bem estar+	bem-estar
benefício+benefícios+	benefício
boa vontade+	boa-vontade
burocracia-	burocracia
carência-, carênciaN,carente-	carência
carinho+, afetivo+, amor+, carinhoso+	carinho
caro-	caro
cirurgia+, operação+, operação-, operatório+	cirurgia
clínica-, clínica+	clínica
Continua...	

colaboração-, colaboração+	colaboração
companherismoN	companheirismo
compreensão+	compreensão
compromissoN	compromisso
confiança+	confiança
conforto+	conforto
consegue+, consegue tudo+	consegue
consulta+, consultaN, consultas-, consultório-, consultório médico+	consulta
convênio+, plano de saúde-, plano+, UNIMED+	convênio
corrupção-	corrupção
creche+	creche
crianças+	crianças
cuidado+, cuida das pessoas+, cuidar melhor+	cuidado
decadência-	decadência
demora-, demora+, demoraN, lentidão-, atraso-, demorado-, espera-, esperaN, falta horário-, muita espera-, rapidez-	demora
dependência+	dependência
descaso-, descasoN	descaso
desorganização-, incompetência-, bagunça-, bagunçadoN, desordem-, desorganizado-, incapacidade gerencial-, tumulto-, falta organização-	desorganização
desrespeito-, falta humanidade-, maus tratos-	desrespeito
deteriorização-	deteriorização
difícil-, complicado-, complicadoN, dificuldade-, dificuldadeN, sufoco-,	difícil
cidadaniaN, direito+, direitoN	direito
doença-, doença+, doençaN, adoecer-, doente-, doente+, doentes-	doença
dor-	dor
Enfermagem+, enfermeira+, enfermeiro+	enfermagem
enfermariaN	enfermaria
equipamentoN, aparelhoN,	equipamento
dentistaN, ginecologiaN, nefrologia-, pediatria+, maternidade+	especialidades
esperança+	esperança
estrutura-	estrutura
exames+, examesN, exame-, exame+, exameN	exames
atenção-	falta-atenção
capacitação-, trabalho incorreto-	falta-capacitação
Continua...	

falta higiene-, limpeza-, sujeira-, sujo-	falta-higiene
falta material-	falta-material
falta médico-clínico geral-, médico-	falta-médico
falta profissionais-	falta-profissionais
falta profissionalismo-	falta-profissionalismo
qualidade-	falta-qualidade
medicação-, medicamento-, remédio-, remédios-	falta-remédio
falta respeito-, respeito-	falta-respeito
falta seriedade-	falta-seriedade
felicidade+	felicidade
fila-, filaN, filas-	fila
fisioterapia+, fisioterapiaN	fisioterapia
fracasso-	fracasso
funcinário+	funcionário
futuro+	futuro
garantia+	garantia
gratuito+, de graça+, serviço de graça+, sistema gratuito+	gratuito
hospital-, hospital+, hospitalN, hospitais+, hospitaisN, hospital municipal+, unidade hospitalar+	hospital
idosos+, velhice+	idosos
impotência-	impotência
incerteza-	incerteza
indiferença-	indiferença
insatisfação-	insatisfação
afastamento trabalho+, aposentadoria+, aposentadoriaN, aposentar-, encostar-, encostar+, I NPS-, INPS+, INPSN, INS+, INSS+, INSSN, períciaN	inss
instalações-, instalaçõesN	instalações
insuportável-	insuportável
integração+	integração
internação-, internação+	internação
irresponsabilidade-	irresponsabilidade
jesus+	jesus
lar+	lar
limpeza+, limpezaN, higiene+	limpeza
marcaçãoN	marcação
Continua...	

medico+, médicoN, assistência médica+, clínico geral+, medicina+, médicos+, serviços assistência médica+	médico
medo-, receio-	medo
melhor+, deveria ser melhorN, melhorar mais+, melhorar+, melhoras+	melhor
miséria-	miséria
negligência-	negligência
oportunidade+	oportunidade
organização-	organização
ótimo+, excelente+, melhor coisa+	ótimo
paciência-, paciência+, paciênciaN	paciência
paciente+, pacienteN	paciente
pagamento+, dinheiro+	pagamento
paz+	paz
Péssimo-, tá ruim-, horrível-, horroroso-, porcaria-, ruim-	péssimo
peessoas+	peessoas
peessoas carentes+, pobreza-, pobrezaN, povo+	pobres
posto de saúde+, postinho+, posto de saúdeN	posto-saúde
precariedade-, precário-	precariedade
preocupaN	preocupa
prestativo+	prestativo
prevenção+	prevenção
profissionais capacitados-, pessoas legais+, profissionalismo+	profissionais-capacitados
programas-	programas
pronto de socorro+, pronto socorro+, pronto socorroN, emergência+, emergênciaN, urgência-	pronto-socorro
PSF+	psf
público+, públicoN, coisa públicaN, convênio com prefeituraN, negócio de governoN, rede públicaN	público
reabilitação+	reabilitação
recursos-	recursos
regular-, mais ou menosN	regular
remédio+, remédioN, remédios+ farmácia+, farmáciaN, medicação+, medicaçãoN, medicamento+, medicamentoN	remédio
respeito+, respeitoN	respeito
responsabilidadeN	responsabilidade
Continua...	

resultadoN	resultado
sabedoriaN	sabedoria
salvaçãoN	salvação
saúde-, saúde+, saúdeN, proteção para saúdeN	saúde
segurança+	segurança
serviços-, serviços gerais+, serviçosN	serviços
serviço social+	serviço-social
sessãoN	sessão
sinceridade+	sinceridade
sistema-, sistema único de saúde+, sistema único de saúde+, sistema único de saúdeN, sistemaN	sistema
social+ , sociedade-	social
sofrimento-, sofridão-	sofrimento
solidariedade+, solidário+	solidariedade
suspirado-	suspirado
susto-, sustoN	susto
transporte-	transporte
tratamento+, tratamentoN, jeito de tratar+	tratamento
tristeza+	tristeza
unidade-	unidade
vacinação+, vacinaN	vacinação

## APÊNDICE D - Relatórios EVOC para o termo "SUS"

```
fichier initial : C:\Documents and Settings\Lenise
Lobo\Desktop\valendo\sus 1 rodar corpus inteiro.Tm2
NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\Lenise
Lobo\Desktop\valendo\sus 1 rodar corpus inteiro.Tm2
ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\Lenise
Lobo\Desktop\valendo\sus 1 rodar corpus inteiro.dis et C:\Documents and
Settings\Lenise Lobo\Desktop\valendo\sus 1 rodar corpus inteiro.tm3
```

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abandono	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
aborrecimento	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acadêmico	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
acesso	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acompanhamento	: 1 :	0*	0*	1*		
acupuntura	: 1 :	0*	0*	1*		
agente-comunitário	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
ajuda	: 5 :	1*	1*	1*	1*	1*
moyenne : 3.00						
alimentação	: 3 :	0*	1*	1*	0*	1*
aliviado	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
ambulância	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
amizade	: 1 :	0*	1*			
angústia	: 1 :	0*	0*	1*		
arrogância	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
asilo	: 1 :	0*	0*	1*		
atendimento	: 13 :	5*	5*	2*	1*	
moyenne : 1.92						
atendimento-bom	: 42 :	9*	7*	13*	4*	9*
moyenne : 2.93						
atendimento-ruim	: 21 :	8*	4*	3*	4*	2*
moyenne : 2.43						
atentimento	: 1 :	1*				
atenção	: 5 :	0*	2*	1*	2*	
moyenne : 3.00						
atitude	: 1 :	0*	1*			

bem-estar	:	1	:	0*	0*	1*		
benefício	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
boa-vontade	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
burocracia	:	1	:	0*	1*			
carinho	:	6	:	1*	2*	2*	1*	
caro		moyenne :	2.50	:	1	:	0*	0*
carência	:	3	:	0*	0*	1*	0*	2*
cirurgia	:	8	:	1*	2*	3*	2*	
clínica		moyenne :	2.75	:	2	:	0*	0*
colaboração	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*
companheirismo	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
compreensão	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
compromisso	:	1	:	0*	0*	1*		
confiança	:	1	:	0*	1*			
conforto	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
consegue	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
consulta	:	11	:	0*	5*	1*	4*	1*
convênio		moyenne :	3.09	:	4	:	1*	1*
corrupção	:	1	:	0*	0*	1*		
creche	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
crianças	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
cuidado	:	4	:	1*	1*	2*		
decadência	:	1	:	1*				
demora	:	24	:	4*	4*	6*	7*	3*
dependência		moyenne :	3.04	:	1	:	0*	0*
descaso	:	5	:	2*	1*	2*		
desorganização		moyenne :	2.00	:	12	:	0*	5*
desrespeito		moyenne :	3.08	:	3	:	2*	0*
deteriorização	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
difícil	:	11	:	2*	1*	6*	1*	1*
direito		moyenne :	2.82	:	4	:	1*	1*
	:	4	:	1*	1*	1*	1*	



idosos	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
impotência	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
incerteza	:	1	:	0*	0*	1*		
indiferença	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
insatisfação	:	1	:	0*	0*	1*		
inss	:	17	:	5*	4*	0*	4*	4*
moyenne :		2.88						
instalações	:	2	:	1*	0*	1*		
insuportável	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
integração	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
internação	:	5	:	0*	1*	1*	1*	2*
moyenne :		3.80						
irresponsabilidade	:	1	:	1*				
jesus	:	1	:	1*				
lar	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
limpeza	:	5	:	1*	2*	0*	0*	2*
moyenne :		3.00						
marcação	:	1	:	1*				
medo	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*
melhor	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
melhor	:	5	:	1*	0*	1*	0*	3*
moyenne :		3.80						
miséria	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
médico	:	41	:	21*	10*	5*	5*	
moyenne :		1.85						
negligência	:	2	:	0*	2*			
oportunidade	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
organização	:	1	:	0*	0*	1*		
paciente	:	3	:	0*	0*	1*	0*	2*
paciência	:	4	:	1*	1*	0*	1*	1*
pagamento	:	2	:	0*	0*	2*		
paz	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
pedriatra	:	1	:	0*	0*	1*		
pessoas	:	2	:	0*	0*	0*	2*	
pobres	:	7	:	1*	2*	0*	0*	4*
moyenne :		3.57						
posto-saúde	:	6	:	0*	2*	2*	2*	

precariedade	moyenne : 3.00	:	3	:	1*	0*	1*	1*	
preocupa		:	1	:	0*	0*	1*		
prestativo		:	1	:	1*				
prevenção		:	2	:	1*	1*			
profissionais-capacitados		:	3	:	0*	1*	0*	2*	
programas		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
pronto-socorro		:	9	:	1*	4*	0*	3*	1*
psf	moyenne : 2.89	:	1	:	0*	0*	1*		
péssimo		:	15	:	2*	3*	4*	3*	3*
público	moyenne : 3.13	:	8	:	0*	2*	4*	1*	1*
reabilitação	moyenne : 3.13	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
recursos		:	1	:	0*	1*			
regular		:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
remédio		:	24	:	6*	8*	3*	6*	1*
respeito	moyenne : 2.50	:	7	:	1*	1*	4*	1*	
responsabilidade	moyenne : 2.71	:	1	:	0*	1*			
resultado		:	1	:	1*				
sabedoria		:	1	:	0*	0*	1*		
salvação		:	1	:	1*				
saúde		:	40	:	20*	7*	7*	3*	3*
segurança	moyenne : 2.05	:	1	:	0*	1*			
serviço-social		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
serviços		:	3	:	0*	0*	2*	0*	1*
sessão		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
sinceridade		:	1	:	0*	0*	1*		
sistema		:	5	:	0*	0*	1*	0*	4*
social	moyenne : 4.60	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
sofrimento		:	2	:	0*	1*	0*	0*	1*
solidariedade		:	2	:	1*	1*			
suspirado		:	1	:	0*	0*	0*	1*	

susto	:	3	:	2*	1*				
transporte	:	1	:	0*	1*				
tratamento	:	11	:	4*	6*	1*			
moyenne :		1.73							
tristeza	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*	
unidade	:	1	:	0*	1*				
vacinação	:	2	:	0*	0*	0*	2*		
ótimo	:	3	:	1*	1*	0*	1*		

DISTRIBUTION TOTALE	:	637	:	146*	141*	135*	115*	100*		
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*				

Nombre total de mots differents : 150  
 Nombre total de mots cites : 637

moyenne generale : 2.81

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	75	75	11.8 %	637 100.0 %
2 *	20	115	18.1 %	562 88.2 %
3 *	12	151	23.7 %	522 81.9 %
4 *	9	187	29.4 %	486 76.3 %
5 *	10	237	37.2 %	450 70.6 %
6 *	2	249	39.1 %	400 62.8 %
7 *	2	263	41.3 %	388 60.9 %
8 *	3	287	45.1 %	374 58.7 %
9 *	1	296	46.5 %	350 54.9 %
11 *	3	329	51.6 %	341 53.5 %
12 *	1	341	53.5 %	308 48.4 %
13 *	1	354	55.6 %	296 46.5 %
14 *	1	368	57.8 %	283 44.4 %
15 *	1	383	60.1 %	269 42.2 %
17 *	1	400	62.8 %	254 39.9 %
21 *	2	442	69.4 %	237 37.2 %
24 *	3	514	80.7 %	195 30.6 %
40 *	1	554	87.0 %	123 19.3 %
41 *	1	595	93.4 %	83 13.0 %
42 *	1	637	100.0 %	42 6.6 %

## SUS CORPUS INTEIRO

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 12

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq$  23

et

le Rang Moyen  $<$  2,8

médico	41	1,854
remédio	24	2,500
saúde	40	2,050

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq$  23

et

le Rang Moyen  $\geq$  2,8

atendimento-bom	42	2,929
demora	24	3,042
hospital	24	3,000

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $<$  23

et

le Rang Moyen  $<$  2,8

atendimento	13	1,923
atendimento-ruim	21	2,429
exames	21	2,667

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $<$  23

et

le Rang Moyen  $\geq$  2,8

desorganização	12	3,083
doença	14	3,929
inss	17	2,882
péssimo	15	3,133

**APÊNDICE E - Padronização de palavras para Análise das Evocações para o termo “serviços de saúde de Macaé”**

Forma atual	Padronização
advogado+	Advogado
agente comunitário-, agente comunitário+, agente de saúde+	Agente-comunitário
água-	Água
ajuda-, mais ajudaN, mais apoio+, socorro+	Ajuda
alimentação+, comida+	Alimentação
ambiente+	Ambiente
ambulância+	Ambulância
acolhedor+, atenção+, atençãoN, atenciosoN, educação+, receptividade+, dedicação+, simpático+, simpatia-	Atenção
atendimentoN, vaga-, vagaN, pré-natalN	Atendimento
mau atendimento-, não atende sociedadeN, não atende necessidade-, atendimento-, atendimento horrível-, atendimento melhor-, falta atendimento-	Atendimento -ruim
atendido bem+, atendimento bom+, atendimento ótimo+, atendimento perfeito+, atendimento+, bem atendida+, bom atendimento+, uns são bons+, bom+, boa qualidade+	Atendimento-bom
bombeiro+	Bombeiro
burocracia-, burocrático-	Burocracia
carência-, carente-	Carência
amor+, carinho+, carinhoso+	Carinho
cirurgia-, operação+, operaçãoN, laqueadura+	Cirurgia
companheirismo+	companheirismo
compreensão+	Compreensão
compromisso+, comprometimento+	Compromisso
consultaN, consulta+, ficha-, fichaN, marcação-, marcar consulta-	Consulta
crescimento+	Crescimento
criança+, crianças+	Criança
cuidado-, cuidado+, cuidar+	Cuidado
demora-, demoraN, demorado-, demorado agora-, devagar-, espera-, espera muito-, espera+, esperaN, horário-, lentidão-, tempoN, tratamento demorado-	Demora
Continua...	

dengue-, pessoal da dengue+	Dengue
sem compromisso-	descompromisso
não consegue serviço-	desemprego
desenvolvimento+	Desenvolvimento
desorganização+, desorganizado-, falta organização-, não sabe administrar-, bagunça-, falha-, falho-, incompetência-, organização-	Desorganização
difícil+, dificuldade-, complicada+	Difícil
dinamismo+	Dinamismo
doença-, doençaN, doente+, machucado+	Doença
doméstica+	Doméstica
dor-	Dor
enfermagem+, enfermagemN, bons enfermeiros+, enfermeira+, enfermeiro+, enfermeiros+, mais enfermeiro-, enfermaria+	Enfermagem
equipamento-, aparelhosN	Equipamento
especial+	Especial
cardiologia+, dentista+, dentistas+, Ginecologista+, ortopedista-, pediatra+, pediatria+, tratamento dentário+, especialista-	Especialidade
estrutura+, boa instalação+, boas coisas+, falta estrutura-, recursos+, falta investimento-, investimento-, tem o básicoN	Estrutura
estudante-	Estudante
exame-, exame+, exameN, exames-, exames especiais+, exames+, radiografia+, ultra-somN	Exame
exclusividadeN	Exclusividade
facilidade acessibilidade+	Fácil-acesso
mais atenção-	Falta-atenção
sujeira-, lixo-	Falta-higiene
falta médico-, mais médico+, mais médicos-, médico-	Falta-médico
falta funcionários-, falta profissionais-, mais funcionários-	Falta-profissional
falta remédio-, remédio-, farmácia-, farmácias-, medicação-, remédios-, mais postos+, mais unidades-	Falta-unidades
meu filhosN, família inteira trabalhando-	Família
fila-, madrugada-	Fila
Fisioterapeuta+, fisioterapia+, Fisoterapeuta+	Fisioterapêuta
fono+	Fono
Continua...	

atendentesN, funcionários+, recepcionista-, secretária+	Funcionário
honestidade+	Honestidade
hora certaN, horárioN,	Horário
hospitaisN, hospital moderno+, hospital+, hospitalN, HPM difícil-	Hospital
idosos+, velhos+	Idosos
imoral-	Imoral
incompleto-, incompleta+	Incompleto
informação-, informaçãoN, falta informação-, injeção-	Informação
interesse+	Interesse
irresponsabilidade-	Irresponsabilidade
laboratório+	Exame
limpeza+, higiene+, lixo+	Limpeza
médico+, médica+, médico atende bem+, bons médicos+, médico bons+, médico de família+, médicoN, médicos+, médicosN, atendimento médico+,	Médico
medo-	Medo
melhor+, melhorN, melhor que Rio+, melhora+, melhorar mais+, melhorar+, melhoras+, melhoria+, melhorias+, poderia ser melhorN, ter melhoraN,	Melhor
metidosN	Metidos
mudançasN	Mudanças
necessidadeN	Necessidade
neutroN	Neutro
organização+, organizaçãoN, organizado+, eficiência-, eficiência+,	Organizaçãox
excelente+, excelente atendimento+, muito bom+, ótimo+	Ótimo
paciência+	Paciência
paz+	Paz
pendência+	Pendência
perigosa+	Perigosa
pernilongo+	Pernilongo
péssimo-, péssima-, péssimoN, péssimo+, caos+, Absurdo-, caos-, falta tudo-, horrível-, horror-, indecente-, muito ruim-, ruim-, serviço péssimo-	Péssimo
peçoas+, pessoal+, ser humano+	Pessoas
poluiçãoN	Poluição
pontaN	Pontal
posto de saúde+, posto+, posto de saúdeN, postinho+, posto médico+,	Posto-saúde
precário+, precário-	Precário
profissionais+, mais pessoas+	Profissionais
Continua...	

equipe boa e nãoN, preparo+, precisão+, formação-, conhecimento+, falta pessoas competentes-, capacitação+, capacidade profissional+, profissionalismo-, profissionalismo+, qualificação dos profissionais+, qualificação profissional-	Profissionais-capacitados
pronto socorro+, pronto socorro-, emergência+, urgência+	Pronto-socorro
PSF+	Psf
psicólogo+, psicóloga+	Psicólogox
públicoN, serviços públicos+	Público
qualidade+, qualidadeN,	Qualidade
quantidadeN	Quantidade
rapidez+, rápido+, agilidade+	Rapidez
regrediu-	Regrediu
regular-, regular+, regularN, satisfatório+, razoávelN, mais ou menos-	Regular
remédio+, remédioN, drogas+, medicaçãoN, medicamento+, remédio bom+,	Remédio
respeito+, respeitoN	Respeito
responsabilidade+, responsabilidadeN	Responsabilidade
saúde+, saúdeN	Saúde
serviço+, serviçoN, serviços doaçõesN, serviços+,	Serviço
serviço social+, assistente social+	Serviço-social
sistema+	Sistema
social+, sociedade+	Social
sonda+	Sonda
trabalho+, trabalhoN,	Trabalho
transporte-, transporte+	Transporte
curativo+, acompanhamento+, tratamento-, tratamento+,	Tratamentox
vacina+	Vacina
viver mais+	Viver-mais

## APÊNDICE F - Relatórios EVOC para o termo “serviços de saúde de Macaé”

SERVIÇOS DE SAÚDE DE MACAÉ - CORPUS INTEIRO

fichier initial : C:\Documents and Settings\Lenise Lobo\Desktop\evoc serv  
saúde\sersa atend bom.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\Lenise  
Lobo\Desktop\evoc serv saúde\sersa atend bom.Tm2

ON CREE LE FICHIER : C:\Documents and Settings\Lenise Lobo\Desktop\evoc  
serv saúde\sersa atend bom.dis et C:\Documents and Settings\Lenise  
Lobo\Desktop\evoc serv saúde\sersa atend bom.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
absurdo	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
advogado	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
agente-comunitário	: 4 :	0*	0*	2*	1*	1*
ajuda	: 4 :	1*	1*	0*	1*	1*
alimentação	: 2 :	0*	0*	1*	0*	1*
ambiente	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
ambulância	: 2 :	1*	0*	1*		
atendimento	: 35 :	20*	9*	3*	1*	2*
moyenne :	1.74					
atendimento-bom	: 35 :	11*	7*	6*	8*	3*
moyenne :	2.57					
atendimento-ruim	: 19 :	4*	4*	6*	3*	2*
moyenne :	2.74					
atenção	: 15 :	2*	4*	3*	5*	1*
moyenne :	2.93					
bombeiro	: 1 :	0*	0*	1*		
burocracia	: 2 :	0*	0*	1*	1*	
carinho	: 3 :	1*	1*	0*	1*	
carência	: 3 :	0*	1*	1*	1*	
cirurgia	: 4 :	0*	3*	0*	0*	1*
companheirismo	: 2 :	0*	2*			
compreensão	: 1 :	0*	1*			
compromisso	: 3 :	0*	2*	0*	1*	
consulta	: 13 :	2*	6*	0*	4*	1*
moyenne :	2.69					
crescimento	: 1 :	0*	0*	1*		

criança	:	2	:	1*	0*	1*		
cuidado	:	3	:	2*	0*	0*	0*	1*
demora	:	25	:	4*	7*	5*	4*	5*
dengue	:	2	:	0*	1*	0*	0*	1*
descompromisso	:	1	:	0*	0*	1*		
desemprego	:	1	:	0*	0*	1*		
desenvolvimento	:	1	:	1*				
desorganização	:	10	:	3*	3*	2*	1*	1*
difícil	:	4	:	0*	0*	3*	1*	
dinamismo	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
doença	:	5	:	0*	0*	1*	3*	1*
doméstica	:	1	:	1*				
dor	:	1	:	0*	0*	1*		
enfermagem	:	12	:	1*	3*	2*	4*	2*
enfermaria	:	1	:	0*	0*	1*		
equipamento	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
especial	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
especialidade	:	12	:	2*	2*	4*	2*	2*
estrutura	:	9	:	1*	2*	2*	3*	1*
estudante	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
exame	:	16	:	3*	5*	5*	3*	
exclusividade	:	1	:	0*	1*			
falta-atenção	:	2	:	1*	1*			
falta-higiene	:	2	:	1*	0*	1*		
falta-médico	:	7	:	2*	2*	1*	2*	
falta-profissional	:	3	:	0*	0*	1*	1*	1*
falta-remédio	:	14	:	3*	4*	4*	2*	1*
falta-unidades	:	2	:	0*	2*			
família	:	2	:	2*				
fila	:	5	:	1*	0*	1*	1*	2*

fisioterapeuta	:	3	:	1*	1*	0*	0*	1*
fono	:	1	:	1*				
funcionário	:	3	:	0*	2*	0*	0*	1*
fácil-acesso	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
honestidade	:	1	:	0*	1*			
horário	:	2	:	0*	1*	1*		
hospital	:	17	:	5*	6*	4*	2*	
idosos		moyenne :		2.18				
	:	2	:	0*	1*	0*	0*	1*
imoral	:	1	:	1*				
incompleto	:	2	:	1*	0*	1*		
informação	:	4	:	0*	1*	1*	0*	2*
injeção	:	1	:	0*	0*	1*		
interesse	:	1	:	0*	0*	1*		
irresponsabilidade	:	1	:	1*				
limpeza	:	9	:	2*	1*	0*	3*	3*
medo		moyenne :		3.44				
	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
melhor	:	15	:	3*	1*	4*	2*	5*
metidos		moyenne :		3.33				
	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
mudanças	:	1	:	1*				
médico	:	40	:	13*	12*	11*	3*	1*
necessidade		moyenne :		2.17				
	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
neutro	:	1	:	0*	0*	1*		
organização	:	7	:	2*	0*	3*	2*	
paciência		moyenne :		2.71				
	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
paz	:	1	:	0*	0*	1*		
pendência	:	1	:	1*				
perigosa	:	1	:	0*	1*			
pernilongo	:	1	:	0*	1*			
peças	:	6	:	1*	0*	4*	0*	1*
poluição		moyenne :		3.00				
	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
pontal	:	1	:	1*				

posto-saúde	:	8	:	1*	3*	2*	1*	1*
moyenne :		2.75						
precário	:	10	:	3*	3*	1*	3*	
moyenne :		2.40						
profissionais	:	1	:	0*	0*	1*		
profissionais-capacitados	:	11	:	4*	2*	3*	1*	1*
moyenne :		2.36						
profissonais	:	1	:	1*				
profissonais-capacitados	:	1	:	0*	1*			
pronto-socorro	:	5	:	1*	2*	1*	1*	
moyenne :		2.40						
psf	:	1	:	1*				
psicólogo	:	3	:	0*	1*	1*	1*	
péssimo	:	25	:	5*	6*	4*	6*	4*
moyenne :		2.92						
público	:	3	:	0*	0*	1*	2*	
qualidade	:	4	:	1*	0*	2*	0*	1*
quantidade	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
rapidez	:	4	:	0*	2*	1*	1*	
recepcionista	:	1	:	0*	0*	1*		
regrediu	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
regular	:	10	:	0*	2*	5*	1*	2*
moyenne :		3.30						
remédio	:	16	:	5*	7*	1*	2*	1*
moyenne :		2.19						
respeito	:	7	:	3*	1*	2*	0*	1*
moyenne :		2.29						
responsabilidade	:	7	:	4*	0*	0*	3*	
moyenne :		2.29						
rápidez	:	1	:	0*	1*			
saúde	:	12	:	8*	0*	1*	1*	2*
moyenne :		2.08						
serviço	:	4	:	2*	0*	0*	1*	1*
serviço-social	:	3	:	0*	0*	1*	1*	1*
sistema	:	1	:	0*	0*	1*		
social	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
sonda	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
trabalho	:	2	:	1*	0*	0*	1*	
transporte	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
tratamento	:	5	:	1*	2*	0*	2*	
moyenne :		2.60						

vacina : 1 : 1\*

viver-mais : 1 : 0\* 1\*

água : 1 : 0\* 0\* 1\*

ótimo : 11 : 2\* 3\* 4\* 1\* 1\*

moyenne : 2.64

DISTRIBUTION TOTALE : 598 : 149\* 142\* 131\* 105\* 71\*

RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 116

Nombre total de mots cites : 598

moyenne generale : 2.68

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	47	47	7.9 %	598 100.0 %
2 *	18	83	13.9 %	551 92.1 %
3 *	10	113	18.9 %	515 86.1 %
4 *	8	145	24.2 %	485 81.1 %
5 *	4	165	27.6 %	453 75.8 %
6 *	1	171	28.6 %	433 72.4 %
7 *	4	199	33.3 %	427 71.4 %
8 *	1	207	34.6 %	399 66.7 %
9 *	2	225	37.6 %	391 65.4 %
10 *	3	255	42.6 %	373 62.4 %
11 *	2	277	46.3 %	343 57.4 %
12 *	3	313	52.3 %	321 53.7 %
13 *	1	326	54.5 %	285 47.7 %
14 *	1	340	56.9 %	272 45.5 %
15 *	2	370	61.9 %	258 43.1 %
16 *	2	402	67.2 %	228 38.1 %
17 *	1	419	70.1 %	196 32.8 %
19 *	1	438	73.2 %	179 29.9 %
25 *	2	488	81.6 %	160 26.8 %
35 *	2	558	93.3 %	110 18.4 %
40 *	1	598	100.0 %	40 6.7 %

## SERVIÇOS DE SAÚDE CORPUS INTEIRO

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 13

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq 21$

et

le Rang Moyen  $< 2,6$

atendimento	35	1,743
atendimento-bom	35	2,571
médico	40	2,175

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq 21$

et

le Rang Moyen  $\geq 2,6$

demora	25	2,960
péssimo	25	2,920

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $< 21$

et

le Rang Moyen  $< 2,6$

exame	16	2,500
falta-remédio	14	2,571
hospital	17	2,176
remédio	16	2,188

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $< 21$

et

le Rang Moyen  $\geq 2,6$

atendimento-ruim	19	2,737
atenção	15	2,933
consulta	13	2,692
melhor	15	3,333

**APÊNDICE G:** Quadro demonstrativo da construção de categorias

Nº	CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR	% UR
1	SUS COMO ATENDIMENTO PARA TODOS	O SUS atende todo mundo com preferência	27	9,1%
		independente classe social a saúde atende a qualquer pessoa.		
		É um direito de todo cidadão.		
		quando a gente precisa tá de braços abertos		
2	SUS COMO SISTEMA ÚNICO	Sistema único de saúde.	19	6,4%
		Assistência única.		
		tá tentando unificar o atendimento no país		
		Sistema único de sofrimento unificar para melhorar		
3	GRATUIDADE NO SUS	Não precisa pagar.	8	2,7%
		Saúde grátis para o povo,.		
		de graça que não precisa pagar		
4	SUS ASSOCIADO A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA	Pessoas que não tem como pagar pessoas carentes	34	11,5%
		oferecido às pessoas de baixa renda.		
		os necessitados		
		Atendimento dos pobres.		
5	SUS COMO INSS	É o INPS	21	7,1%
		para se encostar		
		SUS serve para nós que somos trabalhador		
		O PA era melhor a gente paga todo mês		
6	SUS ASSOCIADO COM O PODER PÚBLICO	é aquilo que vem do governo	18	6,1%
		SUS é uma coisa pública		
		Tinha que ter sintonia para funcionar o federal, estadual e municipal		
		precisa ser olhado por pessoas grandes, deputados, governo. É o atendimento pela prefeitura		
7	SUS ASSOCIADO AOS PLANOS DE SAÚDE	É um plano médico.	21	7,1%
		a gente não pode pagar outro plano,.		
		lugar onde as pessoas que não tem plano procuram para ser atendido		
		O SUS é um plano de saúde O segundo plano de saúde que nós temos.		
Continua...				

Nº	CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR	% UR
8	SUS ASSOCIADO À SAÚDE	Negócio de saúde	15	5,1%
		Sistema de saúde.		
		É um meio de saúde		
		É coisa... representante da saúde do Brasil.		
		Seria na verdade a minha assistência de saúde		
9	SUS ASSOCIADO AO ATENDIMENTO	Atendimento médico, né?	36	12,1%
		É mais fácil para quem faz exame todo ali		
		É o local onde as pessoas que necessitam vão ser tratadas.		
		Atendimento à saúde		
10	SUS ASSOCIADO À ATENÇÃO HOSPITALAR	SUS é um hospital	15	5,1%
		operar pelo SUS		
		É assistência de emergência.		
		única possibilidade de atendimento médico hospitalar		
11	DESCONHECIMENTO DO SUS	Mas eu não sei dizer o que é.	17	5,7%
		sei lá.		
		Não tenho nenhuma opinião formada sobre o SUS		
		Nunca ouvi falar.		
		Não sei explicar não.		
12	DESVALORIZAÇÃO DO SUS	Centro de sofrimento	29	9,8%
		SUS é o retrato da miséria do Brasil		
		a gente fala até que é o susto		
		É uma decepção.		
		na hora que mais precisa não pode contar		
		mal administrada		
13	VALORIZAÇÃO DO SUS	SUS é a salvação.	36	12,1%
		É de onde vem tudo		
		É aquilo que beneficia as pessoas.		
		É uma coisa que ajuda muito mesmo.		
		É coisa boa		
		quando a gente precisa tá de braços abertos		

**TOTAL :** 296 UR  
13 CATEGORIAS

**APÊNDICE H – Estruturas das representações sociais do subgrupo de usuários, por nível de escolaridade, ao termo indutor “SUS”**

OME		<2,7		≥2,7		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥16	Médico Remédio	21	1,90	Atendimento-bom	22	2,81
		18	2,66			
<16	Exames INSS Saúde	13	2,61			
		12	2,58			
		11	2,09			

OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 20 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui escolaridade até o fundamental incompleto, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008. (n= 68)

OME		<2,8		≥2,8		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥4	Saúde Médico Atendimento-bom	7	1,71	Exames Hospital	5	3,20
		6	2,00		4	3,25
		6	2,50			
<4	Demora Consulta	3	2,66	Doença	3	4,66
		3	2,66			

OME – Ordem Média de Evocações

Figura 21 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui escolaridade do fundamental completo ao médio incompleto, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008. (n= 21)

OME		<2,8		≥2,8		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥12	Saúde Médico Atendimento-ruim	22	2,13	Atendimento-bom	14	3,28
		14	1,71			
		12	2,75			
<12				Demora	11	3,09
				Hospital	10	3,40
				Desorganização	9	2,88
				Doença	6	3,66

Ordem Média de Evocações.

Figura 12 - Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui escolaridade do médio completo ao superior, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “SUS”. Macaé, 2008.(n=57)

**APÊNDICE I** – Estruturas das representações sociais do subgrupo de usuários, por nível de escolaridade, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”

OME		<2,6		≥2,6		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥14	Médico	24	2,33	Péssimo	14	2,78
	Atendimento-bom	18	2,38			
	Atendimento	16	2,18			
<14	Remédio	10	2,10	Demora	12	3,33
	Consulta	9	2,44	Atendimento-ruim	10	2,90

Ordem Média de Evocações.

Figura 22 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui escolaridade até o fundamental incompleto, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008.(n= 71)

OME		<2,6		≥2,6		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥5	Atendimento	7	1,14			
	Atendimento-bom	7	2,28			
	Médico	5	2,40			
<5	Exame	4	2,50	Péssimo	3	3,33
	Hospital	4	2,50	atenção	3	4,00

Ordem Média de Evocações.

Figura 23 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui escolaridade do fundamental completo ao médio incompleto, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n= 22)

OME		<2,7		≥2,7		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥9	Atendimento	12	1,50	Atendimento-bom	10	3,10
	Médico	11	1,72			
	Demora	11	2,63			
<9	Precário	8	2,00	Atendimento-ruim péssimo	8	2,75
	Falta-remédio	8	2,25			
	Profissionais-capacitados	8	2,50			
	Desorganização	7	2,57			

Ordem Média de Evocações.

Figura 14 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui escolaridade do médio completo ao superior, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=56)

**APÊNDICE J** – Estruturas das representações sociais do subgrupo de usuários, por renda mensal, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”

OME		<2,5		≥2,5		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥9	Atendimento-bom	15	2,46	Demora	14	3,07
	Médico	14	2,21			
	Atendimento	11	1,81			
<9	Atendimento-ruim	6	2,00	Péssimo	7	3,28
	Hospital	6	2,20			
				Falta-remédio	6	2,50

Ordem Média de Evocações

Figura 15 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui renda mensal de até 2 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008.(n= 53)

OME		<2,7		≥2,7		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥12	Atendimento	18	1,88	Péssimo	15	2,86
	Médico	16	2,31	Atendimento-bom	14	2,78
<12	Demora	9	2,33	Especialidade	9	2,77
	Exame	9	2,55	Atendimento-ruim	9	2,88
				Melhor	9	3,44

Ordem Média de Evocações

Figura 16 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui renda mensal de 2 a 5 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=66)

OME		<2,6		≥2,6		
Freq.Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥4	Médico	10	1,9	Melhor	4	3,25
	Profissionais-capacitados	7	2,14			
	Atendimento-bom	6	2,33			
	Atendimento	4	1,00			
	Desorganização	4	2,25			
	Enfermagem	4	2,25			
<4	Exame péssimo	3	2,33	Organização	3	2,66
		3	2,33	Hospital	3	3,00
				Estrutura	3	3,33

Ordem Média de Evocações

Figura 24 – Estrutura da representação social do subgrupo de usuários, que possui renda mensal acima de 5 salários mínimos, dos serviços de saúde do município de Macaé, ao termo indutor “serviços de saúde de Macaé”. Macaé, 2008. (n=26)

## APÊNDICE L - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estou desenvolvendo uma pesquisa científica vinculada à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com o título de **“O Acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde no Município de Macaé a partir das Representações Sociais de seus Usuários”**, que pretende identificar o que as pessoas pensam sobre as qualidades e os problemas dos atendimentos realizados nos serviços de saúde do município de Macaé. Caso aceite participar desta pesquisa, você deverá responder a um questionário sobre os serviços de saúde de Macaé, e as suas respostas serão anotadas pelo entrevistador. A participação nesta pesquisa não interferirá no atendimento recebido por você nos serviços de saúde, não causará desconfortos, nem custará nada para você. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento. Tudo o que você informar será respeitosamente utilizado apenas para a realização de um trabalho científico, sem a identificação do seu nome e será mantido o sigilo das informações dadas por você. Sua participação é de fundamental importância para a realização deste estudo, de forma a buscar a melhoria dos serviços oferecidos no município. Desde já agradeço a colaboração.

Macaé, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Lenise Lobo da Silva

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa intitulada **“O Acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde no Município de Macaé a partir das Representações Sociais de seus Usuários”**, e autorizo o registro das informações prestadas por mim, em forma escrita, para que sejam utilizadas integralmente ou em partes, a qualquer tempo, a partir da presente data. Da mesma forma, autorizo que as informações dadas por mim sejam usadas por outros pesquisadores, ficando o controle e a guarda dos questionários sob a responsabilidade de Lenise Lobo da Silva, aluna do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Macaé, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Telefone de contato: (22) 9984-0346 - Lenise Lobo da Silva

Endereço de contato: Boulevard 28 de setembro, 157/7º andar. Vila Izabel. RJ.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2569-3490

Anexo - Planta de localização das unidades de saúde em relação a área urbana.



Fonte: EMUHSA, 2007.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)