

Memórias e representações acerca do SUS para técnicos e auxiliares de enfermagem^I

Memories and representations about the SUS to nursing technicians and assistants

Memorias y representaciones sobre el SUS para los técnicos y auxiliares de enfermería

Caren Camargo Espírito Santo^I, Denize Cristina de Oliveira^{II}, Antonio Marcos Tosoli Gomes^{III},
Ana Paula Munhen de Pontes^{IV}, Letícia Araújo Campos^V

^I Pesquisa Financiada pelo CNPq – proc.: 402373/2005-7 e bolsa de iniciação científica CNPq.

^{II} Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: carenzinha10@hotmail.com.

^{III} Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Pós-Doutora em Psicologia Social pela EHESS/França. Professora Titular, Faculdade de Enfermagem (FACENF), UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com.

^{IV} Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto, FACENF, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mtosoli@gmail.com.

^V Enfermeira. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: anamunhen@gmail.com.

^V Enfermeira. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: leticiauff@gmail.com.

RESUMO

As memórias e representações dos SUS influenciam saberes e práticas profissionais. Assim, este estudo tem o objetivo de analisar as memórias e as representações de profissionais de enfermagem acerca do SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada nas Representações Sociais e desenvolvida com 26 profissionais de enfermagem de nível fundamental e médio. Os dados foram coletados em 2005 por entrevistas e analisados pelo software ALCESTE 4.7. Os resultados foram organizados em dois grupos: o bloco temático 1 que engloba a classe 1 (Imagens e definições do SUS e do INAMPS) e a classe 4 (As transformações ocorridas no sistema de saúde); e o bloco temático 2, com a classe 2 (Representações e memórias da rede básica de saúde) e classe 3 (As interrelações da equipe de enfermagem: o médico e os usuários no contexto do SUS). Conclui-se que ainda não está clara para os profissionais a condição de acesso aos serviços públicos de saúde sobrepondo o SUS ao sistema antigo de saúde, o INAMPS, e que as dificuldades encontradas pelos sujeitos nas questões concernentes ao acesso aos serviços de saúde, às relações interpessoais e às condições de trabalho apontam para o SUS como um sistema ainda em processo de implementação.

Descritores: Sistema de Saúde; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Memories and representations about the SUS influence knowledge and professionals practices. The purpose of this study is to examine the memories and the representations of the nursing professionals concerning SUS. The research deals with a qualitative analysis based on Social Representations and it was developed with 26 nursing professionals of the elementary and high school levels. The data analysis procedure was made through interviews and verified by software called ALCESTE 4.7. The results were displayed into two groups: the first theme part lumps together the first class (Images and definitions of SUS and INAMPS) and the fourth class (changes occurred in the health care system). The second theme part groups the second class (Memories and representations of the basic health care system) and the third one (the relations within the nursing team: the doctor and the users of the health care system). Therefore, it is not yet clear to the professionals the condition of access to public health services, and they over the SUS to the old system of health, INAMPS. The difficulties encountered by subjects in the issues concerning access to health services, interpersonal relations and working conditions point to the SUS as a system still in the process of implementation.

Descriptors: Health System; Single Health System; Health Policy; Nursing Team.

RESUMEN

Las memorias y las representaciones sobre el SUS ejercen influencia sobre saberes y prácticas profesionales. Este estudio tiene como objetivo analizar las memorias y las representaciones de profesionales de enfermería sobre el SUS. Se trata de una investigación cualitativa, basada en las representaciones sociales, y desarrollada con 26 profesionales de primer grado y del grado medio. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas y analizados por el software Alceste 4.7. Los resultados se organizaron en dos grupos: el bloque temático 1, que incluye la clase 1 (imágenes y las definiciones del INAMPS y del SUS) y la Clase 4 (Los cambios ocurridos en el sistema de salud) y el bloque temático 2, que incluye la clase 2 (Representaciones y memorias de la red básica de salud) y la clase 3 (Las relaciones del equipo de enfermería: el médico y los usuarios en el contexto del SUS). Se concluye que aún no está claro a los profesionales las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud, supe posicionando el SUS al viejo sistema de salud, el INAMPS, y las dificultades encontradas por los sujetos en las cuestiones relativas al acceso a los servicios de salud, a las relaciones interpersonales y las condiciones de trabajo muestran el SUS como un sistema aún en proceso de ejecución.

Descriptores: Sistema de Salud; Sistema Único de Salud; Política de Salud; Grupo de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Este estudo centra-se na temática da reconstrução cognitiva dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) por seus profissionais e faz parte de um projeto integrado de pesquisa intitulado "As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições, dos Profissionais e dos Usuários na Cidade do Rio de Janeiro". Seu objeto configura-se como as memórias e as representações sociais do SUS desenvolvidas por técnicos e auxiliares de enfermagem. A enfermagem é composta por uma equipe hierarquizada, onde existem três diferentes categorias, a saber: auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais de nível fundamental e médio, respectivamente, e enfermeiros, profissionais oriundos do ensino superior. Tais categorias foram definidas pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, na qual também estão estabelecidas as atribuições de cada uma delas.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, passando a ser entendida como um conjunto de determinantes envolvendo as condições de moradia, transporte, trabalho e lazer, entre outros fatores. O projeto da Reforma Sanitária Brasileira, ao afirmar a garantia do direito à saúde como componente da cidadania, indicava um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, no sentido de melhorar a situação de saúde e das condições de vida da população⁽¹⁾. Instituiu-se, portanto, o novo Sistema Público de Saúde, o SUS.

O SUS, a partir de seus princípios, sugere uma ampliação das ações dos profissionais de saúde com o objetivo de torná-los capazes de assegurar uma assistência de qualidade para todos, com competência técnica e humana e de acordo com as diretrizes deste sistema, além do estabelecimento de vínculo com os usuários garantindo a sua participação na tomada de decisões nos serviços de saúde. Neste sentido, observa-se a necessidade de um novo perfil, com implicações para a capacitação daqueles inseridos no sistema, bem como de transformações no processo de formação dos profissionais da saúde, particularmente de enfermagem, para suprir a carência de perfis que atendam aos objetivos do SUS⁽²⁾. Sendo assim, o profissional de saúde deve se inserir como um agente facilitador e orientador no que se refere ao conhecimento teórico-prático a respeito do SUS, contribuindo para a garantia de uma melhor assistência e para o alcance, na prática, dos princípios propostos na teoria.

O SUS é um processo social em construção, um sistema em marcha que vem sendo construído no cotidiano das práticas sociais. Neste sentido, destaca-se que os profissionais edificam suas representações acerca do sistema de saúde por meio das vivências dentro do serviço e das interações sociais estabelecidas em seu interior, bem como nas suas vivências como usuários do mesmo sistema⁽³⁾. Assim, estas representações são constituídas e atuam, dentre outras coisas, como guia para o desenvolvimento de práticas⁽⁴⁾.

Com base no exposto, este estudo se baseou na Teoria das Representações e Memória Social, uma vez que as vivências dentro dos serviços de saúde e as informações circulantes sobre este novo sistema definem construções mentais que são compartilhadas pelo grupo social em questão. As representações sociais são caracterizadas pelo conhecimento do senso comum que orienta as decisões, os

pensamentos e as atitudes dos grupos e das pessoas em seu cotidiano⁽⁴⁾.

Neste ambiente de mudanças decorrentes do processo de implementação do SUS, também estão inseridos os técnicos e auxiliares de enfermagem, grupo que possui o maior quantitativo de profissionais. Este grupo passou por transformações para se adequar ao novo cenário, dentre estas, o processo de profissionalização que comportou novos desafios. Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender o processo de orientação das ações profissionais a partir das memórias e representações sociais do sistema de saúde construídas ao longo desses anos.

Essa compreensão apresenta-se, ainda, como um indicativo do processo de implementação do atual sistema e como o mesmo está sendo vivenciado, já que é uma construção teórica que, para ser implementado, precisa ser colocado em prática por instituições e profissionais de saúde. Além disso, este grupo profissional é o que está inserido em um cuidado mais direto com os usuários dos serviços de saúde, estando em maior contato e permanecendo mais tempo com ele, possuindo, assim, um papel importante ao influenciar na forma como estes usuários percebem o sistema de saúde.

Diante deste contexto, o objetivo deste estudo é analisar o conteúdo das memórias e das representações dos profissionais de enfermagem – auxiliares e técnicos - acerca do SUS e do sistema que o precedeu. Este estudo torna-se relevante por auxiliar na compreensão das divergências entre a teoria e a prática existentes e permitir o desenvolvimento de uma assistência cada vez mais humanizada, de qualidade e de acordo com os princípios que norteiam o sistema por parte dos profissionais de enfermagem, a partir das reflexões sobre tal temática e da inserção de discussões no interior das instituições de saúde.

Também há a possibilidade de identificar quais os problemas, as dificuldades e as facilidades vivenciadas por estes profissionais no contexto do SUS, de forma a contribuir para uma maior compreensão do sistema de saúde e das tensões que o cercam. Assim, a identificação de uma "teoria do senso comum" constituída com base nas diversas dimensões do SUS, permitirá compreender as formas distintas dos profissionais lidarem com determinados objetos em contextos diversificados e em momentos distintos. Por fim, este estudo é importante por incrementar e fortalecer as pesquisas referentes ao SUS, o qual deve ser constantemente estudado e avaliado, a fim de construir um caminho para sua consolidação.

MÉTODOS

O presente estudo é baseado na Teoria das Representações e Memória Sociais, esta última entendida como um conjunto de representações sociais do passado. Assim, a representação é considerada uma ciência coletiva *sui generis* e apresenta-se como um sistema de interpretação da realidade que guia as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social⁽⁵⁾. A utilização da Memória Social como elemento de referencial metodológico está fundamentada no tempo decorrido da implementação da nova política de saúde e na necessidade de visualizar esta implementação não somente sob o prisma institucional, mas também através do olhar dos diversos

atores sociais que aí interagem e, no caso deste estudo, os profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental.

Como cenário do estudo foram escolhidas cinco instituições públicas de saúde, sendo um hospital federal, de grande porte, um municipal com atendimento especializado à mulher e à gestante, um estadual, referência para o atendimento de emergência, um privado, filantrópico, conveniado ao SUS, e um centro municipal de saúde, que presta atendimento ambulatorial em diversas áreas, todas localizadas no município do Rio de Janeiro/RJ. Estes campos apresentam particularidades relevantes para a sua escolha, que são: terem sido constituídos há mais de 30 anos, de modo a ter construído uma história e uma cultura de prestação de assistência anterior e posterior à implantação do SUS; serem de fácil acesso à população, o que possibilita a procura de usuários de diversas localizações do município e do estado e variadas inserções sociais; possuírem um grande número de atendimentos; e realizarem a execução de serviços nos diversos níveis de assistência e complexidade do sistema.

Participaram da pesquisa 26 profissionais de enfermagem de nível médio ou fundamental, sendo seis técnicos e 20 auxiliares de enfermagem. Essa diferença numérica entre as duas categorias profissionais não influenciou na análise dos resultados, uma vez que não se pretendeu comparar, mas sim apreender as representações desses profissionais. Para a seleção dos sujeitos consideraram-se como critérios de inclusão: profissionais que atuassem no serviço público de saúde há mais de 20 anos, de modo a possuírem experiência profissional antes de 1990, uma vez que este ano foi o marco de implantação do SUS com a aprovação da lei 8080/90, e profissionais exercendo funções em saúde.

Os dados foram coletados no ano de 2005 utilizando-se dois instrumentos: um questionário de caracterização socioeconômica, com variáveis relativas à identificação dos sujeitos, como sexo, idade, função assumida na instituição, tempo de trabalho na instituição de saúde, escolaridade e renda, e entrevistas em profundidade, orientadas por um roteiro temático. Este roteiro foi elaborado contendo duas partes, sendo a primeira com quatro questões abertas (O que é o SUS para você e quando foi implantado na sua unidade? Qual a relação existente entre o SUS e o Sistema de Saúde da cidade do Rio de Janeiro? Como o SUS se expressa no atendimento da população da cidade do Rio de Janeiro? Como você avalia a atenção à saúde na cidade do Rio de Janeiro ontem e hoje?).

Já a segunda parte abarca nove temáticas que deveriam ser abordadas no decorrer da entrevista de forma mais livre (recursos financeiros, humanos e materiais; aspectos da clientela; assistência prestada; organização dos serviços; políticas de saúde; diferenças entre o previsto em lei para as ações de saúde e o que é implementado hoje no município do Rio de Janeiro; síntese das dificuldades e das propostas de melhoria do atendimento no Rio de Janeiro). Ressalta-se que as entrevistas foram registradas em fita K7 e posteriormente transcritas, permitindo o registro fiel dos dados.

Os dados foram analisados a partir da análise lexical utilizando-se o *software* Alceste 4.7. Destaca-se que o Alceste é um programa desenvolvido na França que recorre às coocorrências das palavras contidas nas falas dos entrevistados, organizando as informações que considera

mais relevantes, dividindo-as em classes de acordo com as relações existentes entre as mesmas⁽⁶⁾. Essa técnica, além de descrever as leis de distribuição do vocabulário, permite o estudo dos tipos de representação presentes no texto, onde os processos de constituição da representação social podem participar da interpretação das classes e da identificação das representações através da busca de elementos que indiquem as suas dimensões.

Para garantir os aspectos éticos envolvidos no desenvolvimento de uma pesquisa dentro de uma instituição, obedeceu-se à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com número do protocolo de aprovação 006/2005. Os sujeitos que concordaram com a concessão da entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como pré-requisito para a realização da mesma. Destaca-se que as falas dos sujeitos foram identificadas neste estudo de acordo com o número da entrevista (E 1; E 2...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise estatística desenvolvida pelo *software* Alceste identificou 26 unidades de contextos iniciais (UCI), onde cada uma corresponde a uma entrevista, totalizando, portanto, 26 entrevistas. O *corpus* foi dividido em 1.184 unidades de contexto elementares (UCE), que é a menor unidade de análise constituída de três ou quatro linhas de texto, significando 100% do material submetido à análise. O *software* classificou então para análise final, 886 UCE, representando 74,83% de aproveitamento do *corpus* submetido ao programa.

As 886 UCE foram agrupadas em quatro classes lexicais, caracterizando o conteúdo essencial presente nas entrevistas analisadas. Para melhor compreensão deste processo de segmentação e constituição das classes, o dendograma dado pelo *software* permite a visualização dos agrupamentos realizados a partir da análise hierárquica descendente. O *software* dividiu as UCE em dois blocos temáticos e cada um desses foi submetido a duas novas divisões, onde o primeiro abarcou as classes 1 e 4, e o segundo, as classes 2 e 3. Sendo assim, as classes 1 e 4 resultam de um bloco textual comum, o que permite concluir que elas possuem conteúdos que se aproximam, bem como as classes 2 e 3 do segundo bloco, enquanto entre os subconjuntos 1/4 e 2/3 a relação de seus conteúdos é de oposição.

Os blocos temáticos e as classes foram nomeados buscando expressar os seus conteúdos, resultando: bloco temático 1 – Memórias e representações acerca do sistema de saúde: antes e depois do SUS, englobando a classe 1 (Atitudes e Imagens acerca do SUS e do INAMPS) e a classe 4 (As transformações ocorridas no sistema de saúde e sua relação com a qualidade da assistência); e bloco temático 2 – Os diversos níveis de atenção e o relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e usuários no contexto do SUS, que abarca as classes 2 (Representações e memórias da rede básica de saúde) e 3 (As interações da equipe de enfermagem: o médico e os usuários no contexto do SUS).

Na classe 1 predominaram os sujeitos com idade igual ou maior que 67 anos; renda entre R\$ 1.000,00 e 2.000,00; do sexo masculino e com tempo de trabalho até 24 anos. Na classe 2, os sujeitos tinham idade entre 47 e 56 anos,

com renda entre R\$ 2.001,00 e 3.000,00, cuja unidade de trabalho é o centro municipal de saúde. Já na 3, caracterizaram-se os sujeitos com idade igual ou menor que 46 anos, renda inferior a R\$1.000,00 e com tempo de trabalho entre 30 e 34 anos. Os que fizeram parte da classe 4 têm como características a idade maior ou igual 67 anos, renda entre R\$2.001,00 e 3.000,00, do sexo feminino, com tempo de trabalho entre 30 e 34 anos e relacionados às unidades hospitalares.

Memórias e representações dos profissionais acerca do sistema de saúde: antes e depois do SUS

a) Classe 1 – Atitudes e Imagens acerca do SUS e do INAMPS

Essa classe representa 13,66% das UCEs analisadas, caracterizando-se como a menor da análise. Observa-se que as formas reduzidas de maior qui-quadrado (χ^2) são: Tenh+ (76.27), Descont+ (63.94), INPS (58.00), Salari+ (56.07), Marido (51.04), Ruim (44.78), Carteir+ (43.64), Deu+ (41.76) e Pag+ (41.37). Através das palavras acima, percebe-se que a classe é caracterizada por representações relacionadas ao INPS e à previdência social, principalmente com relação às condições para se obter atendimento, como se observa nas palavras descont+, salari+ e carteir+. Nota-se, também, que a palavra marido+ está relacionada ao contribuinte do sistema de previdência que possuía dependentes, como a esposa, filhos e genitores.

Em sua maioria, os profissionais revelam memórias de sobreposição do SUS ao INAMPS. Embora reconheçam as mudanças ocorridas antes e depois do SUS, relacionam o atual sistema de saúde à previdência e à contribuição compulsória como necessárias para o atendimento, conforme o sistema anterior. Percebe-se que os sujeitos ainda não possuem esclarecimentos suficientes a respeito dos direitos assegurados pelo SUS, dentre eles o acesso universal, que é corroborado pelo princípio doutrinário da universalidade. A sobreposição se dá em dois conteúdos que associam, simultaneamente, o presente ao passado e, nessas associações, sobrepõem o INPS ao SUS. O primeiro aborda questões trabalhistas relacionadas à contribuição compulsória e à aposentadoria, esta sendo representada como privilégio e não como direito conquistado ao longo dos anos trabalhados, podendo ser observado na frase a seguir:

Tenho o privilégio de ser aposentada. O jovem que tem vinte anos não tem uma carteira assinada e hoje eu valorizo, porque quando fui trabalhar a primeira vez, tive a minha carteira assinada e veio o primeiro desconto do SUS (E 4).

Chama a atenção o fato do SUS ser apreendido, imageticamente, pelo desconto previdenciário, o que caracterizava, *de per se*, o INPS. Ou seja, o sistema de saúde universal e gratuito configura-se, no contexto das representações e das memórias sociais destes profissionais, como uma instância que se caracteriza pela adesão contributiva. No segundo conteúdo assinalado, os sujeitos contemplam o direito de obter atendimento na atualidade:

Ele é importante como um convênio ou muito mais, porque o SUS me dá condição de viver (E 16).

A partir da minha idade de aposentadoria eu tenho condições de sobreviver daquilo que eu contribuí para o SUS (E 7).

Assim, a implantação do SUS é representada tanto como um processo perceptível no cotidiano dos profissionais, quanto como algo cujo impacto no cotidiano não foi sentido em toda a sua extensão⁽⁷⁾. Nota-se, portanto, que à medida que aparece no contexto das memórias e das representações sociais dos profissionais a falta da exatidão de quando o SUS foi implantado e a sua diferença para o sistema anterior, a implementação do SUS apresenta-se como uma construção que ainda está sendo concretizada pelos profissionais, repleta de contradições.

Destaca-se que, no sistema anterior ao SUS, a atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo INAMPS, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, ou seja, aqueles que tinham a carteira assinada e eram chamados de segurados do INPS. Esses trabalhadores sofriam um desconto, em seus salários, referente ao valor de utilização dos serviços de saúde e, assim, seus dependentes também tinham direito à assistência e, portanto, a cobertura assistencial não possuía caráter universal. Os trabalhadores informais, ou seja, sem carteira assinada, eram atendidos em hospitais estaduais e municipais, filantrópicos e universitários administrados por diferentes níveis governamentais ou por diversas instituições⁽⁸⁾.

Depois do início do processo de implantação do SUS, houve a desvinculação da previdência social em relação ao direito de atendimento de saúde em uma instituição pública. Atualmente, a população em geral, independente de contribuir ou não com a previdência, tem o direito de acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse contexto, o conceito de seguridade social abarcou os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, estendendo-se aos contribuintes e aos não contribuintes.

Ainda em relação à sobreposição do SUS ao INAMPS percebe-se a continuidade da contribuição nos depoimentos dos sujeitos. Esses têm uma noção temporal na qual, embora não se lembrem com exatidão de quando o SUS foi implantado, percebem que, em algum momento, ocorreram determinadas mudanças que, para parte dos entrevistados, foram negativas.

Parece que não tem direito à medicação. O aposentado não tem direito a nada. Mesmo sendo descontado, mesmo pagando, ele não tem direito (E 25).

Até 1994 pagávamos o INPS, mas tínhamos desse dinheiro um retorno, ele vinha para as nossas mãos (E 1).

Há divergências de opinião no que tange à percepção do atual sistema e sua importância quanto ao acesso da população às ações e serviços. De um lado, alguns sujeitos se posicionam positivamente, tendo uma imagem do SUS como de fácil acesso e como não pertencente ao INAMPS:

Antes do SUS eu achava horrível, eu tenho muita pena do povão, porque você só era atendido com mais facilidade se você trouxesse a carteira do INPS assinada (E 13).

Por outro lado, nota-se uma insatisfação por parte dos entrevistados em relação ao atendimento nos serviços

públicos, supervalorizando as instituições privadas e incentivando a utilização de planos de saúde:

Tenho horror, eu não quero mais, Deus que me perdoe, Deus que me julgue, serviço público, e eu recomendo a todo mundo, faça o que puder, faça um plano de saúde, porque o serviço público é uma desgraça (E 9).

De acordo com a Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, não é proibida a participação da iniciativa privada, porém esta deve ser de caráter complementar, mas o que se nota é uma inversão desses papéis. Devido às más condições de atendimento que ocorrem nas instituições públicas, a iniciativa privada hoje simboliza a salvação, tendo a primazia na escolha dos indivíduos. Ou seja, neste contexto, ser atendido em uma instituição privada é sinônimo de qualidade de atendimento, enquanto que em uma instituição pública é necessidade. Diante dessas condições, a saída encontrada por muitos usuários é associarem-se ao atendimento privado principalmente na forma de "plano de saúde", que vem se expandindo nos últimos anos. Assim, o acesso aos serviços de atendimento médico-hospitalares restringe-se a uma parcela da população que muitas vezes esforça-se para encontrar condições em bancar mais este gasto, em detrimento até da alimentação, lazer, habitação, vestuário entre outras necessidades⁽⁹⁾.

Torna-se importante destacar que a busca pela rede privada e a proporção da população coberta por planos privados implica em um considerável impacto sobre a rede pública de serviços de saúde, principalmente na demanda por procedimentos de média e alta complexidade. Isso ocorre porque os seguros e planos privados tendem a limitar o acesso da população segurada a estes procedimentos em função dos custos envolvidos⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, a representação negativa do SUS está relacionada a aspectos práticos do sistema, onde os serviços são vistos como ineficientes e incapazes de suprir as demandas de saúde da população. De forma paralela, devem-se considerar as informações acerca do sistema de saúde veiculadas cotidianamente pela mídia televisiva, impressa e digital, as que participam da construção dessa representação, expondo com destaque as mazelas do sistema, este visto como falido. Ainda que algumas das suas conclusões sejam apressadas e superficiais, elas tendem a ser repassadas e apreendidas como verdade pelo público consumidor, inclusive os profissionais de saúde⁽¹¹⁾.

b) Classe 4 – As transformações ocorridas no sistema de saúde e sua relação com a qualidade da assistência

Esta classe possui 31,60% das UCEs analisadas, ocupando a maior parte dos resultados. Como formas representativas da classe podem ser destacadas em ordem decrescente de χ^2 : quanti+ (57,03), nível (31,57), car+ (31,30), ach+ (28,52), melhor+ (27,29), materi+ (23,48), produtividade (20,30), maravilh+ (17,15), aument+ (15,12), qualidade (14,88), pont+ (14,02) e diferença+ (13,80). Pelos léxicos mais associados à classe, observa-se que a mesma é caracterizada por representações e memórias dos profissionais acerca das transformações (produtividade, aument+, diferença+) sofridas desde 1988 no que diz respeito aos recursos materiais (materi+, quant+, qualidade) e humanos (nível, quant+, qualidade) e

suas relações com as condições de atendimento nas instituições estudadas (melhor+, aument+).

Para os profissionais, houve uma melhora de recursos materiais, apontando que depois do SUS mais recursos foram disponibilizados, embora também relatem que as instituições ainda apresentam dificuldades em relação a eles.

Mas era muito diferente de antes para agora em questão de materiais. Pelo menos aqui no meu setor [referindo-se à unidade hospitalar]. Houve melhora assustadora (E 3). Não quanto ao material. Porque tem uns setores que eu trabalhei, eu trabalhei muito na pediatria [referindo-se à unidade hospitalar], eu não via falta de material, agora estou aqui na maternidade e vejo falta (E 1).

Os entrevistados criticam os salários relacionados com a produtividade, sentindo-se injustiçados diante deste sistema. Aliado a isso, relatam que não houve mudança significativa de salário, mostrando-se insatisfeitos mais uma vez. Acreditam que a produtividade e, conseqüentemente, o aumento do quantitativo de profissionais, por mais paradoxal que este fato possa se apresentar fez com que representação da qualidade do atendimento caísse. Ou seja, para aumentar a produtividade houve um recrutamento de recursos humanos sem um processo seletivo adequado, absorvendo, de acordo com suas percepções, profissionais bons e ruins.

Ate lá no hospital [nome do hospital] também está existindo. Estão trabalhando por quê? O que eu notei foi o quê? Começou esse negócio de produtividade. O que você entende? Quanto mais entra, mais caiu. O nível caiu bem devido a isso. Por que não dar um salário digno para os funcionários sem você pegar e falar que você produziu e o hospital produz x (E 26).

A produtividade é uma gratificação concedida aos servidores em efetivo exercício lotados nas suas respectivas unidades, em valor a ser fixado por unidade assistencial, tomada como base a avaliação de seu desempenho, de acordo com metas e indicadores de qualidade estabelecidos em regulamento⁽¹²⁾. Será paga mensalmente pela unidade de saúde, cujo percentual incidirá sobre o vencimento-base das categorias de nível superior, médio e elementar.

De forma geral, quando questionados sobre a qualidade da assistência antes e depois do SUS, apareceram três percepções distintas. Destaca-se, ainda, que as falas apresentadas centram-se, de forma especial, na assistência hospitalar e, possivelmente em função deste contexto, deixa de abarcar o complexo desenvolvimento mais amplo do sistema de saúde nos últimos anos, como a implantação da Estratégia de Saúde da Família e a desinstitucionalização da saúde mental, por exemplo. A primeira é de que não houve mudança, como mostra a frase a seguir:

Acho que não teve muita alteração não [a qualidade da assistência prestada] (E 5).

Ainda com relação a não ocorrência de mudanças, os sujeitos atribuem a causa desta situação ao fato de os profissionais serem os mesmos que trabalhavam no antigo sistema de saúde e que trabalham, agora, no atual. Ou

seja, a qualidade de atendimento também está associada à forma como o profissional conduz a assistência.

Acho que não mudou muito [a qualidade da assistência], porque os médicos e os auxiliares de enfermagem são os mesmos, praticamente a mesma coisa (E 23).

Outra percepção é de que a qualidade do atual sistema é melhor:

Eu acho que mudou muito no caso. Antigamente, pois agora eu acho que melhorou muito [a qualidade de atendimento] (E 18).

E, finalmente, a última é de que a qualidade da assistência piorou depois do SUS: *Antigamente a qualidade era melhor, porque hoje os funcionários são mais fracos (E 2).*

Ao relacionar o aumento do quantitativo de profissionais com a qualidade da assistência, os profissionais relatam que não ocorreu melhora significativa na qualidade de atendimento.

Acho que a qualidade da assistência prestada não melhorou com o aumento do número de profissionais, não (E 12). Tem mais gente, mas que também trabalha em dois, três (E7).

Observa-se que um dos motivos apontados pelos sujeitos para o aumento da quantidade de profissionais não influenciar a qualidade da assistência foi o fato de os profissionais não trabalharem em apenas uma instituição, mas por terem mais de um vínculo empregatício. Percebe-se, então, que, para os profissionais entrevistados, a qualidade dos serviços de saúde após a implantação do SUS não depende apenas do quantitativo de recursos disponibilizados e de profissionais, mas da qualidade destes e de como realizam a assistência ao usuário do sistema de saúde.

Em um estudo realizado com profissionais de enfermagem, constatou-se que mais de 60% dos sujeitos revelaram incompatibilidade entre seus salários, às atividades exercidas e a carga horária de trabalho⁽¹³⁾. Sendo assim, a insatisfação com o trabalho proveniente principalmente dos baixos salários, faz com que os profissionais assumam mais de um vínculo empregatício, acarretando em maior stress devido ao trabalho, com conseqüente queda da qualidade da assistência. Dessa forma, afirma-se que o trabalho em saúde é estressante, mas a dupla jornada é uma opção para complementar a remuneração salarial inadequada e insuficiente.

Ressalta-se que a classe traz, em seu bojo, representações com elementos contraditórios entre si, que tem origem nas percepções comuns a subgrupos específicos de sujeitos, bem como a vivências, experiências e visões de mundo do grupo estudado. Dessa maneira, a existência ou a escassez de recursos materiais é destacada de maneira considerável pelos sujeitos, uma vez que, como consequência dessa escassez e associada a condições inadequadas de trabalho, observa-se a desordem no trabalho em equipe, a sobrecarga de trabalho e a insatisfação dos mesmos que culmina na queda da qualidade e da quantidade do trabalho realizado⁽¹⁴⁾.

Associando esta análise às variáveis dos indivíduos que compuseram esta classe, ressalta-se que esta característica centra-se no ambiente hospitalar, em que o processo de trabalho, a complexidade da atenção, os materiais utilizados e as características da equipe de saúde e, conseqüentemente, da própria enfermagem, interferem na construção e/ou transformação das representações e da própria memória, chamando a atenção o fato da ausência da unidade básica em sua constituição. Além disso, é constituída, ainda, pelos indivíduos com mais idade e maior experiência profissional, explicitando um conjunto de memórias que foi sendo construída e modificada em função das sucessivas vivências pessoais, laborais e sociais.

No contexto das representações, a qualidade da assistência é interpretada de três maneiras: a primeira como tendo uma melhora no contexto do SUS; a outra apresentando o INPS com uma qualidade superior; e a terceira, sem alterações no âmbito dos dois sistemas. Chama a atenção o fato da referência à melhora da qualidade no SUS não apresentar nenhuma especificação do seu motivo, ao contrário da exposição referente à qualidade presente no INPS ou de sua não alteração no processo de implementação daquele sistema, sendo que os dois últimos itens possuem a sua causalidade, segundo os sujeitos, no comportamento e na caracterização dos próprios profissionais.

Outro ponto importante é o destaque fornecido pelos profissionais à situação do desejo de se implementar um sistema novo apoiado ou sustentado em atores sociais que estão impregnados das matrizes do sistema anterior, possivelmente sem um preparo para o exercício das mesmas funções em uma filosofia e em diretrizes completamente diferentes. Se, por um lado, são os seres humanos que, com o seu trabalho e os seus valores, constroem e transformam o mundo, por outro, também são essas mesmas pessoas que podem implementar um novo sistema de saúde em suas práticas cotidianas e institucionais ou, ao contrário, permitir a continuidade de um sistema antigo (com os seus valores e diretrizes), em que pese o arcabouço teórico-jurídico apresentado, as mudanças de nomenclatura ou novas políticas que, ao menos em princípio, podem não impactar o *modus operandi* dos profissionais⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Os níveis de atenção e o relacionamento interpessoal no SUS

a) Classe 2 – Representações da rede básica de saúde

A classe 2 possui 30,81% do material analisado, com 273 UCEs e apresenta as seguintes formas reduzidas: marc+ ($x^2=37,42$), mand+ ($x^2=34,91$), encaminh+ ($x^2=31,94$), clin+ ($x^2=31,92$), posto_de_saúde ($x^2=25,97$), dificuldade+ ($x^2=24,94$), procur+ ($x^2=25,88$), client+ ($x^2=22,84$) e fácil ($x^2=22,71$). As palavras que caracterizam esta classe dizem respeito às condições de acesso à rede básica de saúde e aos princípios de universalidade e de hierarquização, que norteiam o atual sistema de saúde. Associada às condições de acesso, percebe-se uma polaridade causada pelas palavras dificuldade+ e fácil. A palavra fácil está relacionada à facilidade de obter acesso a um serviço de saúde, enquanto dificuldade+ se refere à crescente demanda por serviços de saúde em função da universalidade do sistema.

A rede básica de saúde tem uma representação positiva, aparecendo em diversas falas como resolutive. Essa resolutive é alcançada principalmente através das diversas especialidades que a rede básica possui. Ela também está diretamente relacionada ao sistema de referência e contra referência para níveis hierarquizados da assistência, que, segundo os entrevistados, é funcional, embora haja falhas.

Lá tem aparelhagem, nós encaminhamos para lá, de lá também eles mandam para cá, porque às vezes, a cliente não tem necessidade de estar fazendo o pré-natal lá e vem fazer o pré-natal aqui, com toda a possibilidade de aparelhagem (E 11).

Nota-se também que, para os entrevistados, a qualidade de atendimento depende das especialidades oferecidas nos serviços de saúde e das condições de acesso. Quanto ao acesso, os sujeitos garantem que não é negado.

Eu já fiz atendimento em pessoas que moram em Paquetá. Esse centro de saúde é assim, de uma qualidade boa, as pessoas procuram e são atendidas, tem uma condição de atendimento bom (E 15).

Destaca-se a importância de uma rede básica de saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça ao processo de hierarquização em função da complexidade das demandas, apresentando-se como uma estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar equidade. Além de permitir o acesso ao sistema, ela proporciona atenção com resolutive e não direcionada exclusivamente para a doença, além de coordenar ou integrar a referência a níveis mais complexos⁽¹⁵⁾.

Ao mesmo tempo, torna-se interessante perceber o jogo linguístico em que o profissional, na primeira fala, constrói a importância da assistência na rede básica em função de sua equiparação a unidades mais complexas através da disponibilização de tecnologias duras (aparelhagem) no processo assistencial. A idéia de assistência à saúde e a qualidade do atendimento prestado perpassa, de maneira acentuada nas representações do grupo estudado, pela disponibilização e pela utilização de um arsenal tecnológico biomédico, que, mesmo em meio à rede básica, substitui políticas e programas de ampla cobertura, baixo custo e alta resolutive, como o pré-natal de baixo risco, o programa de humanização do parto e do nascimento e a abordagem sindrômica em DST/AIDS, entre outros⁽⁶⁾.

Para os entrevistados, a razão de não se obter uma efetiva resolutive é devido à grande demanda populacional pelos serviços de saúde, que acabam se tornando poucos para dar conta de todas as necessidades. Associado a essa situação é que surge a dificuldade de acesso.

Porque aqui tem tudo, tem quase tudo, dentista, ginecologia, oftalmo e todo um atendimento de boa qualidade (E 25).

Não se consegue satisfazer a todos porque um fala para o outro e todos vêm procurar aqui e o centro de saúde fica

até sobrecarregado, o serviço fica sobrecarregado e aí tem que ser estipulado um número de atendimento (E 16).

A universalidade do acesso tem sido destacada como uma das principais características do atual sistema de saúde, diferenciando-o do anterior por definir a saúde como direito de cidadania de todo brasileiro, não mais associado ao sistema previdenciário. No entanto, a prática profissional e assistencial tem detectado diversos gargalos neste sistema, impedindo a plena implementação do SUS em todo o território nacional. Um estudo constatou que em grandes centros, como o Rio de Janeiro, as representações dos indivíduos apontaram que os serviços resolutivos têm apresentado superlotação como consequência de uma demanda aumentada, independente da região de moradia, área administrativa e/ou outras questões relacionadas à regionalização do sistema⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto importante destacado pelos sujeitos foi à valorização da relação profissional-usuário. Os profissionais entendem a importância da orientação e de práticas educativas como etapas no processo de assistência à saúde. Revelam preocupação quanto a informar a população acerca de seus direitos, levando os usuários a serem sujeitos ativos em seu processo saúde-doença e estimulando o autocuidado. Para eles, o esclarecimento e as orientações são pontos essenciais para evitar conflitos e constrangimentos na tentativa de atendimento por um serviço público que não disponha de vagas em determinado momento.

É onde eu falo... a educação, a orientação, para a clientela poder aceitar bem o seu atendimento. Às vezes, ela não entende que você não pode atender hoje, mas se vier amanhã será (E 10).

Tudo que se refere a doenças que as pessoas vêm divulgar, elas agora estão interessadas. Está sendo mais divulgadas as doenças, as pessoas estão mais convictas que têm mesmo que procurar a medicina para se cuidar (E 1).

A comunicação precisa ser considerada dentro do seu contexto de ocorrência, ou seja: onde, como e quando ela ocorre. Caso contrário, seu sentido pode ser prejudicado, razão pela qual, na assistência à saúde, ela precisa ser planejada para cada interação e adequada a cada paciente. Nesse sentido, ela é parte das atividades da equipe de enfermagem, porque é empregada em situações como no exame físico, no planejamento da assistência, nas anotações e registros e nas orientações aos indivíduos, famílias e comunidades⁽¹⁶⁾.

Neste contexto, destaca-se, ainda, o papel da enfermagem na rede básica, especialmente no que tange à educação em saúde e ao processo de cuidar que inclui, mas não se limita a dimensão biomédica do ser humano. Este papel necessita compreender a rede básica como um espaço de promoção da saúde, prevenção de doenças e de redução de agravos e complicações, o que significa dizer que a interação humana, as habilidades sociais como a empatia, por exemplo e o diálogo, configuram-se como sendo tecnologias fundamentais dos profissionais de enfermagem na concretização deste papel, em que pese às dificuldades institucionais, políticas, sociais e culturais para tal.

Neste sentido, faz parte da profissão de enfermagem competência em desenvolver o relacionamento interpessoal

como uma prática diária, embutida em todo cuidado, clínica ou especialidade. Atender o paciente de maneira mais humana deveria ser prioridade para todos os profissionais de saúde⁽¹⁷⁾. No entanto, a educação em saúde, nas representações dos profissionais, possui um aspecto pragmático relacionado ao atendimento e à compreensão das patologias que incidem na população. Esta compreensão alicerça-se na visão biomédica que, como já pontuamos, caracteriza a sua visão de mundo e as suas atitudes profissionais na cotidianidade profissional. Esta visão mostra-se, principalmente, na expressão "procurar a medicina para se cuidar", reduzindo o processo assistencial à saúde à atenção de um profissional da equipe.

Outra questão que chama a atenção é que em uma pesquisa que, metodologicamente, inclui unidades hospitalares e um centro de saúde, a rede básica de saúde possui importância nas representações do grupo, ganhando contornos de positividade em seu processo de atendimento, bem como de resolutividade. Pode-se observar que o grupo possui uma representação social da unidade básica de saúde que se baseia no atendimento e no modelo biomédico, apesar do tempo transcorrido desde a Conferência de Alma-Ata e a centralidade do paradigma da promoção da saúde nos documentos oficiais e na produção teórica sobre a temática^(6,18). Ressalta-se, contudo, a ausência à menção, na discursividade dos sujeitos, ao modelo atual de atenção proposto pelo Ministério da Saúde através da Estratégia da Saúde da Família como um eixo rearticulador e reorientador das ações em saúde em âmbito nacional.

b) Classe 3 – As interrelações da equipe de enfermagem: o médico e os usuários no contexto do SUS

Esta classe possui 23,93% das UCEs analisadas, tendo como formas representativas: medic+ ($\chi^2 = 51,74$), tom+ ($\chi^2 = 64,56$), paciente+ ($\chi^2 = 37,53$), explic+ ($\chi^2 = 33,00$), hora+ ($\chi^2 = 25,33$), intern+ ($\chi^2 = 24,27$), cust+ ($\chi^2 = 22,43$), Mãe+ ($\chi^2 = 33,41$), Professor+ ($\chi^2 = 22,43$) e Criança+ ($\chi^2 = 21,50$). De acordo com as palavras acima, nota-se que ela possui, como destaque, a figura do profissional médico e as relações interpessoais dos profissionais de saúde e dos usuários dos diferentes serviços. Os dados revelam que os técnicos de enfermagem estabelecem relações com os diversos atores sociais (medic+, paciente+, mãe+, professor+ e criança+) em seus cotidianos profissionais.

Ao mesmo tempo, os dados também demonstram que os entrevistados associam a qualidade de atendimento à medicalização do paciente, ou seja, a representação do bom atendimento (ou, pelo menos, daquele resolutivo) relaciona-se à prescrição medicamentosa.

Teimei, fui lá dentro e disse doutora, ela tem pressão alta e não foi medicada, nada, ela não sabe nada do que tem, não fez um eletro, um raio-X, não fez absolutamente nada, eu vou dizer o que ela vai fazer, mas ela não fez nada, não medicou (E 3).

O acesso às terapias de média e alta complexidade, em especial aos diversos fármacos, permanece no imaginário dos sujeitos e em sua representação de bom atendimento e de resolutividade. No caso dos sujeitos deste estudo, esta

situação se torna mais importante por sua inserção na equipe de saúde e por seu perfil técnico e pragmático na assistência à saúde. Neste contexto, percebe-se, inclusive, sua maior proximidade com comportamentos e atitudes dos profissionais médicos do que com os enfermeiros em si⁽¹⁸⁾.

Ao mesmo tempo, os entrevistados apontam a deficiência na relação entre o profissional médico e o paciente, mostrando-se insatisfeitos quanto à falta de orientação por parte deste profissional, especialmente sobre a finalidade e a utilização dos medicamentos. Essa situação é vivenciada por eles, através do atendimento de familiares. Apontam que a não-efetividade de um tratamento está relacionada à deficiência do processo de comunicação e diálogo neste contexto.

Um pai de família com três crianças, como tomar antibiótico, ele foi em um médico lá no hospital de [nome do hospital], o médico fez a prescrição, mas ele não tem dinheiro para comprar o remédio e ele se despenca de lá para cá... o médico não explicou nada e nem perguntou nada... só deu a receita (E 24).

Ressalta-se a tensão existente nesse cotidiano da assistência à saúde: tecnologias pesadas (aparelhagens e fármacos) e tecnologias leves (especialmente a interação) convivem e se auto-implicam nas representações do grupo, ganhando importância maior ou menor na dependência das situações. Compreende-se que, em uma situação emergencial, em que a vida é ameaçada e a morte se torna concreta, a tecnologia pesada apresenta-se como uma arma importante em uma luta premente e vital; quando este drama emergencial não está presente de forma tão premente, surgem outras necessidades relativas à subjetividade dos indivíduos e à sua dimensão gregária que buscam conforto, apoio e solidariedade⁽¹⁹⁾.

Ainda sobre a relação profissional-usuário, os entrevistados destacam a importância da informação à população e se colocam como ativos no processo de orientação, esclarecendo os procedimentos que estão desenvolvendo na assistência do seu cliente. A identificação do profissional que prestará o cuidado é descrita como fundamental para a construção de vínculo com o usuário e o estabelecimento de uma relação de confiança, necessária para a promoção e a recuperação da saúde mais efetiva.

Então, o que eu tenho, eu falo isso aqui é um antibiótico, antiinflamatório e analgésico, dipirona para dor, luftal, para gases. Eu explico. Eu acho que o médico pode até falar com ela, mas não sei se assimilam muito (E 18).

Não se identificam. Acabam não se identificando, acaba não dizendo quem é o pediatra, quem é quem. O paciente não se sente à vontade. O médico chega e ele não se sente à vontade para perguntar, porque o médico chega, passa visita e só faz pergunta se você evacuou (E 20).

O processo de interação entre os usuários e os profissionais ganha contornos pragmáticos na busca da resolutividade de problemas pontuais, ferindo as normativas programáticas no contexto da rede básica e as recomendações da Política Nacional de Humanização no ambiente hospitalar. O que se percebe é uma ausência de diálogo ou a sua redução a orientações específicas construídas na especificidade dos termos em saúde, mais

diretamente médicos, que transformam as recomendações em objetos ininteligíveis, quase mágicos, à mercê de associações simbólicas no quadro de significados prévios de cada ator social⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se ainda a indignação quanto à proibição da entrada do acompanhante na consulta, mesmo que, às vezes, este ator social seja uma peça fundamental no processo de adesão à terapêutica, o que, por fim, tende a privilegiar as normas institucionais em detrimento da resolutividade das ações ou da implementação de um processo empático. *Eles [os médicos] têm que deixar entrar o acompanhante junto com um paciente (E 8)*.

A relação entre os profissionais apresenta-se permeada de momentos de tranqüilidades e outros de tensão, bem como, por um lado, caracterizada por atos de complicações e, por outro, pelo uso do poder. O que determina a adoção das diferentes atitudes são as diversas situações vivenciadas, a capacidade de empatia dos envolvidos, o uso de determinadas regras de convivência, normalmente tácitas, e, às vezes, as credenciais institucionais ou as vias de informações de conhecimentos e conhecidos.

O relacionamento interpessoal e de amizade entre profissionais é, na maioria das vezes, determinante para o sucesso e a agilidade no encaminhamento do cliente. Com relação ao relacionamento interpessoal, na teoria de Rogers a ênfase está nas relações interpessoais e no crescimento que delas resulta e que estas facilitam a aprendizagem, permitindo que as pessoas assumam o encargo de seguir novas direções, reconhecendo que tudo se acha em processo de mudança⁽¹⁷⁾. Chama a atenção que, na representação dos sujeitos, todo o atendimento à saúde da população mostra-se restrito ao profissional médico, contrapondo-se à invisibilidade do enfermeiro. Este fato demonstra a força representacional que esta categoria profissional ainda possui na organização da atenção à saúde e como os aspectos biomédicos estão arraigados na construção mental de alguns profissionais.

Um estudo sobre a percepção dos auxiliares de enfermagem acerca do enfermeiro revelou que o papel deste último relaciona-se, principalmente, a atividades de gerenciamento, administração e supervisão⁽²⁰⁾. Diante disso, tem-se a imagem do enfermeiro ligada a atividades burocráticas e, neste contexto, o contato e o relacionamento com os usuários dos serviços de saúde acabam restringindo-se ao profissional médico e à equipe de enfermagem de nível médio, podendo ser este um motivo pela invisibilidade do enfermeiro no que tange à relação entre enfermeiro e usuário.

CONCLUSÃO

Ainda não está claro para estes profissionais a condição de acesso aos serviços públicos de saúde, sobrepondo o SUS ao sistema antigo de saúde, o INAMPS/INPS. Alguns acreditam ser a contribuição compulsória essencial para a obtenção de atendimento, algo que deixa de existir com a implantação do atual sistema de saúde. Nota-se uma importante tensão em relação à percepção dos sujeitos acerca da qualidade de atendimento. Para alguns sujeitos, as mudanças ainda não ocorreram, uma vez que os profissionais que atuam no sistema atual são os mesmos que trabalhavam no antigo. Ou seja, um dos fatores que interferem na qualidade do atendimento é a forma como o profissional conduz a assistência.

Outros sujeitos referem que houve uma melhora na qualidade da assistência. No entanto, embora associem o bom atendimento à prescrição medicamentosa, reconhecem a importância de práticas educativas no processo de atenção ao usuário do serviço de saúde, mesmo que esse processo educativo ganhe contornos essencialmente biomédicos. Neste contexto, destaca-se que a relação profissional-usuário é um fator essencial para uma assistência de qualidade. Quando esta relação não existe, o atendimento não é satisfatório, pois revela que o profissional, em algumas situações, não conhece e não respeita a individualidade dos pacientes. Cada pessoa tem sua singularidade, peculiaridade e qualidade de vida que influenciarão diretamente em suas condições de saúde. Portanto, o profissional deve entender a situação de cada um e suas limitações para que possa decidir qual a melhor ação assistencial que suprirá a necessidade afetada.

Percebe-se, portanto, que os profissionais estão construindo a representação do SUS à medida que ainda estão percebendo as modificações ocorridas com a implantação deste atual sistema de saúde. Devido às dificuldades encontradas nas questões de acesso aos serviços de saúde, das relações interpessoais e das condições de trabalho, como a falta de recursos humanos e materiais, baixos salários e mais de um vínculo empregatício e às experiências vivenciadas, nota-se que o SUS ainda está em processo de implantação, devendo esta ser uma luta constante dos profissionais de saúde e de toda a população.

Pode-se afirmar, portanto, que os profissionais construíram representações sociais que reconhecem o SUS como um sistema diferente do anterior, mas que as suas especificidades se encontram ainda em um progressivo processo de incorporação ao sistema cognitivo dos profissionais. Em relação ao enfermeiro, é necessário conhecimento dos objetivos do sistema de saúde, discussão com a equipe e engajamento político-profissional, para conseguir contrapor a visão e a postura tradicional de neutralidade e distanciamento político em que se encontra a maioria dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12 Suppl:1819-29.
2. Silva CC, Egry EY. Constituição de Competências para a Intervenção no Processo Saúde-Doença da População: Desafio ao Educador de Enfermagem. *Rev. esc. Enferm. USP*. 2003;37(2):11-16.
3. Mendes EV. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV, organizador. *Uma agenda para a saúde*. 2ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
4. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
5. Abric JC. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira DC, Campos PHF, organizadores. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2005.
6. Gomes AMT, Oliveira DC. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(6):1011-18.

7. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):197-206.
8. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília (Brasil): CONASS, 2003. 248 p.
9. Barreto IS; Medeiros M; Silva OV. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008 [cited 2010 dec 28];10(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/SUS.html
10. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2010 dec 28];12(2):351-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>
11. Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2007 [cited 2010 dec 28];16(3):377-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/a02v16n3.pdf>
12. Lei nº 2285, de 04 de janeiro de 1995. Institui a gratificação por desempenho e produtividade no sistema municipal de saúde, cria o fundo de sobras de produtividade e o fundo de reserva anual de produtividade, e dá outras providências. *Diário Oficial do Rio de Janeiro* (Rio de Janeiro). 1995 jan 05.
13. Carvalho DR, Kalinke PL. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. *Boletim de Enfermagem*. 2008;2(1):82-95.
14. Gehring Junior G, Filho HRC, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo: doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS em Campinas. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007;10(3):401-9.
15. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 [cited 2010 dec 28];10(4):817-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>.
16. Oliveira PS; Nóbrega MML; Silva AT; Filha MOF. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2005 [cited 2010 dec 28];7(1):54-63. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm
17. Ribeiro MILC, Pedrão LJ. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2005 [cited 2010 dec 28];58(3):311-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a11v58n3.pdf>
18. Oliveira DC, Alvarenga AT. Práticas Profissionais em Saúde dirigidas à Promoção do Desenvolvimento da Criança: um estudo de representações sociais In: Paredes AM. *Representações Sociais: teoria e prática*. 2ed ed. João Pessoa/PB: Ed. Universitária/UFPB, 2003, p.223-68
19. Gomes AMT, Oliveira DC. A Enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro, *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(2):156-161
20. Silva CSO, Mendonça JMG, Costa HJ. O papel do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem: a percepção do auxiliar. *Unimontes Científica*. 2008;7(2):113-19

Artigo recebido em 06.01.2010
Aprovado para publicação em 24.11.2010
Artigo publicado em 31.12.2010