

## A saúde como campo das Representações Sociais<sup>1</sup>

Kalyne MENEZES<sup>2</sup>

Claudemilson F. BRAGA<sup>3</sup>

Universidade Federal de Goiás, UFG, GO

### Resumo

Este trabalho discute a relação entre a Teoria das Representações Sociais e a área da Saúde, como campo de estudos teórico em razão dos atos comunicativos e como as representações sociais consideradas o suporte básico da comunicação propiciam a compreensão do Sistema Único de Saúde. Para tanto, verifica-se que as estratégias comunicativas dão ao usuário do sistema informações para se posicionar de modo favorável (ou não) em relação ao SUS. Ainda é parte deste trabalho um olhar conceitual sobre as representação social e suas decorrências tratando da relevância da Teoria sobretudo, em razão dos estudos realizados no Brasil sobre o binômio representações sociais e saúde, com destaque para os estudos realizados, com enfoque na saúde coletiva.

**Palavras-chave:** representações sociais, saúde, saúde coletiva, SUS.

### INTRODUÇÃO

O artigo aborda, a partir do recorte de alguns teóricos brasileiros, a aplicação da Teoria das Representações Sociais na Saúde, considerando a área da saúde como campo propício para o estudo, já que é marcada pela dinamicidade, influência dos meios de comunicação e outros fatores que contribuem para os estudos das representações.

Na prática, o Sistema Único de Saúde (SUS), recentemente instaurado pela Constituição Federal de 1988, ainda não alcançou o ideal de sistema integral, universal, humanizado e de qualidade proposto pelos sanitaristas. De um lado percebe-se os investimentos e tentativas do Governo Federal, mediado pelo Ministério da Saúde, em programas de assistência, promoção, prevenção e vigilância em saúde. Por outro lado, a mídia brasileira expõe as falhas do sistema, na maioria das vezes, desvalorizando-o, o que

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no DT 8 – Estudos Interdisciplinares do XXXVI Congresso de Ciências da Comunicação, realizado de 4 a 7 de setembro de 2013.

<sup>2</sup> Jornalista graduada pela Universidade Federal de Goiás, UFG. Mestranda em Comunicação, linha Mídia e Cidadania, UFG, email: [mskalyne@gmail.com](mailto:mskalyne@gmail.com).

<sup>3</sup> Graduado em Comunicação Social - Relações Públicas pela Universidade Fernando Pessoa. Porto/Portugal. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUC Goiás. Professor da Pós-Graduação em Comunicação (Especialização / Mestrado) da Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia e Coordenador do Curso de Comunicação Social - Relações Públicas da Universidade Federal de Goiás – UFG, e-mail: [milsonprof@gmail.com](mailto:milsonprof@gmail.com).

sugere em grande medida que muito do que se fala na mídia sobre o SUS reflete ou é originado na percepção dos seus usuários. Aqui se coloca uma questão que nos parece pertinente perceber: o fato das estratégias comunicativas municiarem os usuários do sistema de informações (direitos, deveres etc) e ao mesmo tempo se abastecerem destas informações, fazendo com que muito do que se fala da mídia sobre o SUS ser resultante das representações sociais que cada um (e todos) tem do sistema.

Existe, ainda, o lado das instituições, organizações, universidades e até a mídia internacional, que veem o SUS como um modelo de sistema público de saúde que tem conseguido alcançar o caráter universal proposto.

Essa interpretação dá margem à investigação científica, sobretudo, aos conceitos elaborados pela Teoria das Representações Sociais, sobre o que é o SUS para usuários e profissionais de saúde que atuam no sistema. Os estudos expostos nesse artigo se concentram na assistência à saúde, que muito provavelmente é onde o usuário tem mais contato com o sistema – nas consultas ambulatoriais, no cuidado médico e com outros profissionais de saúde.

Em publicações sobre o tema, é comum perceber a aplicação da teoria mais voltada para os profissionais de saúde do que para os usuários. A pesquisa com usuários ainda é incipiente no campo das representações sociais, sendo encontrado alguns estudos realizados no Rio de Janeiro e em Natal. As Representações Sociais dos usuários ainda é de fato pouco explorado pela academia, em comparação à pesquisa com profissionais. Mas tem avançado e representa um campo fértil a ser explorado.

Outro ponto a destacar é a ênfase da aplicação da Teoria das representações Sociais em profissionais de saúde ligados à Estratégia Saúde da Família, programa do SUS que tem uma política mais personalizada de saúde. Neste artigo, por limites teóricos e metodológicos, esse assunto mais especificamente não será discutido. Abordaremos as necessidades humanas, cuidado, os usuários e as representações do SUS, como tópicos da discussão inicialmente proposta.

## **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

O estudo das representações sociais tem como seu principal teórico Serge Moscovici que, que na década de 1961, estudou a difusão na sociedade da teoria psicanalítica. A partir da pesquisa, Moscovici constata a influência da comunicação na sociedade e nas representações, tornando o desconhecido em comum; o *não familiar* em *familiar*. Esse é um

dos papéis da representação social, tornar um objeto desconhecido em conhecido e aproximar o campo científico do senso comum.

Diferentemente do conceito de representação coletiva desenvolvido por Durkheim, as representações sociais são dinâmicas, estando no limite tênue do conhecimento científico e do conhecimento popular, se distanciando do conceito durkheimiano de representações coletivas que por natureza são estáticas e que segundo Moscovici (1961) não representam a dinamicidade das sociedades modernas. Essa dinamicidade só é possível no contexto das comunicações, onde a informação é reproduzida e chegam aos mais variados grupos, que assimilam, refletem sobre o assunto e influenciam ou são influenciados por eles.

De acordo com Márcio Oliveira, “representar é um processo de produção de conhecimento que funciona como que “rolando” por sobre estruturas sociais e cognitivas locais (e populares), sendo, portanto, sociovariável” (2004, p.183). Segundo Moscovici, (2003) as representações seriam da mesma natureza dos grupos sociais, que as criam e, a eficácia dessas representações dependeria da inserção nesses grupos.

Com este argumento, Moscovici acabou por demonstrar que as representações não derivam de uma única sociedade, ultrapassando-a, como insistiu Durkheim, mas das diversas sociedades que existem no interior da sociedade maior, e, portanto, não podem ultrapassá-la. (OLIVEIRA, 2004, p. 184)

As representações sociais não são apenas mediações ou resposta a estímulos, mas são fatores constituintes do estímulo e modeladores da resposta na medida em que dominam o processo. Elas são fatores produtores de realidade, com repercussões na forma como interpretamos no que nos acontece à nossa volta. A representação é social, pois é produzida coletivamente, resultado de interações dos fenômenos de comunicação em um grupo social. É social, também, porque reflete, pela interação com a comunicação, a situação desse grupo, seus projetos, conflitos e relações com outros grupos.

Renata Amaral (2005) chama a atenção para os estudos de Spink e Frezza (2000), que afirmam que “o ser humano é um produto social”. A afirmação considera, segundo Amaral, que as representações são oriundas das relações sociais e interpessoais e da influência destas na compreensão do mundo ao nosso redor (AMARAL, 2005, p. 02).

Duas dimensões fazem com que a representações se tornem sociais, que são dimensão de contexto e a dimensão de pertencimento (SÁ, 2008, p. 62). A representação, como ilustra Sá (2008), é uma forma de discurso que é decorrente da prática de sujeitos

socialmente situados, em determinado contexto social. Esses contextos, marcadamente influenciados pelos sistemas de relações sociais e comunicativas, permitem aos grupos e sujeitos inseridos na pesquisa um espaço de discussão, um *feedback* informativo das hipóteses fornecidas (Jodelet 2005).

[...] como modalidade de pensamento prático, as representações sociais são “alguma coisa que emerge das práticas em vigor na sociedade e na cultura e que as alimenta, perpetuando-as ou contribuindo para sua própria transformação” (Sá, 1994, p. 40). Nesse sentido, a “espessura” ou a “relevância” de um objeto – que justificaria a existência das representações – pode ser traduzida da seguinte maneira: o objeto em questão “se encontra implicado, de forma consistente, em alguma prática do grupo, aí incluída a da conversação e a da exposição aos meios de comunicação de massa” (*Ibid*). (SÁ, 2008, p.50)

Em seu estudo das representações sociais Moscovici (2003), considera que o indivíduo é cercado, individualmente e coletivamente, por palavras, ideias e imagens que penetram nossos olhos e mente, mesmo de forma inconsciente. “Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura” (Moscovici, 2003, p. 35). Dessa maneira, a experiência do sujeito é somada a uma realidade que é predeterminada por convenções, a informação sofre distorções em função das representações.

Amaral complementa as colocações de Moscovici argumentando que “a representação social é um processo cotidiano inevitável. Por isso, é preciso levar em consideração que ações humanas são influenciadas – seja de forma positiva ou negativa – por suas nuances, que são repassadas e negociadas por meio da comunicação” (AMARAL, 2005, p. 05). Toda representação é representação para um sujeito que é influenciado simbolicamente pela comunicação social.

O que confere especificidade às representações sociais não será tanto o maior ou menor número de sujeitos ou grupos a compartilharem, nem tampouco o caráter coletivo do seu modo de produção, mas, sobretudo a função que desempenham, a saber, que as representações sociais “contribuem exclusivamente para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais” (MOSCOVICI, 1961, p 307; 1976, p. 75) (JESUÍNO, 2011, p. 45)

Jorge Vala (2006), argumenta que os indivíduos não se limitam em receber e processar informação, ao contrário, são também construtores de significados. Dessa maneira, as representações sociais têm sido construídas a partir do questionamento das

teorias que ignoram o fato de que os indivíduos pensam ou que não consideram o valor do pensamento dos indivíduos na constituição da sociedade.

Para Vala, “as representações sociais alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadoras, das experiências e das comunicações quotidianas”. (VALA, 2006, p. 458). Ao estudar a representação social, estudamos como o ser humano procura compreender o mundo e não como ele se comporta.

A compreensão é a faculdade humana mais comum. Acreditava-se antigamente que esta faculdade fosse estimulada, primeira e principalmente, pelo contato com o mundo externo. Mas aos poucos nós nos fomos dando conta que ela na realidade brota da comunicação social (MOSCOVICI, 2003, p. 43).

Como aponta Amaral, a comunicação social é entendida como as diversas formas de interação humana que resultam na construção social da realidade, onde é enfatizada principalmente a comunicação interpessoal. Clémence, Green e Courvoisier reforçam a ideia dizendo que “a difusão da informação não conduz a uma recepção passiva” (CLÉMENCE, GREEN e COURVOISIER, 2005, p.182) e que para Moscovici o que marca a análise da grande imprensa de difusão é a analogia entre a imagem que ela produz e a que é manifestada nas pessoas entrevistadas. Dessa maneira, ressalta Clemence, Moscovici sugere que “a formação de uma representação social passa por trocas e por influências recíprocas entre os jornais e seus leitores” (CLÉMENCE, GREEN e COURVOISIER, 2005, p. 184).

Saadi Lahlou (2005), acrescenta que a representação social é o meio pelo qual os seres humanos representam os objetos de seu mundo (2005, p. 66). Para o Lahlou, citando Moscovici, toda representação é composta de figuras e de expressões socializadas, que são organizadas e sistematizadas em imagens e linguagens. Dessa maneira, a representação realça e simboliza atos e situações que nos são ou nos tornam comuns.

Encarada de um modo passivo, ela é apreendida a título de reflexo, na consciência individual ou coletiva de um objeto, de um feixe fascinante; a delicadeza de uma representação é, por conseguinte, comparada ao grau de definição e nitidez ótica de uma imagem. É nesse sentido que nos referimos, frequentemente, à representação (imagem) do espaço, da cidade, da mulher, da criança, da ciência, do cientista, e assim por diante. (LAHLOU, 2005, p. 79-80)

Além dos trabalhos de Moscovici, autores como Denise Jodelet (1984) deram destaque aos suportes pelos quais as representações são veiculadas na vida cotidiana. Como

destaca Sá, esses suportes são “os discursos das pessoas e grupos que mantêm tais representações, mas também os seus comportamentos e as práticas sociais nas quais estes se manifestam”. Também servem de suporte os documentos registros práticas, comportamentos e outras formas de codificação. São as interpretações que os indivíduos recebem nos meios de comunicação que *retroalimentam* as representações, contribuindo para sua manutenção e/ou transformação (Sá, 2008, p.73-74).

Nesta perspectiva, as representações sociais que são saberes praticados, muitas das vezes se concretizam nos discursos e aqui, a comunicação se presta a divulgar, amplificar e às vezes indicar o sentido das representações. Conforme dizeres de Vala (2006) as representações sociais são o suporte básico da comunicação, significa em outras palavras que, muito do que circula nos veículos de mídia, são resultantes das representações dos grupos envolvidos.

Em relação à saúde, essa realidade não é diferente. Muito do que circula em relação ao Sistema Único de Saúde nos veículos midiáticos é resultante das representações que cada um e todos tem deste mesmo sistema. Aqui falamos de comunicação e saúde.

## **A SAÚDE E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

No Brasil, os estudos das Representações Sociais começou em 1982, com Ângela Arruda. Desde o início, a Teoria das Representações Sociais se desenvolveu nas áreas de aplicação em saúde e em educação, onde até hoje permanecem como campo de pesquisa ativo.

Na área da saúde, dentre os destaques na pesquisa são os trabalhos de Denise Jodelet (1986) sobre saúde mental e de Herzlick (1969), sobre saúde e doença. No Brasil, chamam a atenção os trabalhos de Denize Oliveira referentes às representações do Sistema Único de Saúde e dos estudos sobre saúde e doença e necessidades de saúde. Denize Oliveira também escreve junto a autores como Celso Sá e Antonio Marcos Tosoli Gomes acerca das representações que os usuários têm do SUS.

Os estudos das representações sociais no Brasil na área da saúde tem priorizado os serviços de saúde pública, no ambiente do Sistema Único de saúde (SUS). Existem relevantes trabalhos, desenvolvidos especialmente por profissionais de enfermagem e outras áreas da saúde, no que diz respeito à atuação dos profissionais do sistema público de saúde e às representações desses profissionais quanto ao seu trabalho. Também se percebe um

avanço nos estudos de representações sociais quanto à forma com que os usuários visualizam o SUS, implantado no Brasil em 1988, portanto um sistema recente, mas que já é modelo de assistência integral.

Devido a sua recente implantação, o SUS ainda está em fase de consolidação. Pesquisadores têm visto a saúde coletiva como um vasto campo de estudo das Teorias das Representações Sociais, estudando tanto a representação do SUS para os profissionais de saúde quanto para os usuários do sistema. Um aspecto interessante é que grande parte dos estudos de representações são voltados para a visão profissional, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, um programa do SUS que oferece o cuidado à saúde por região, através de equipe multidisciplinar, visitando famílias e promovendo uma relação mais próxima com os moradores de determinada região.

Outro ponto bastante estudado na saúde coletiva é a assistência integral proposta pelo sistema, ainda em fase de consolidação, frente às diversas dificuldades existentes. A análise do cuidado, da atenção, das necessidades humanas tem sido temas debatidos pelos pesquisadores brasileiros através das Representações Sociais.

### **Necessidades humanas e cuidado**

No âmbito da saúde coletiva, Denize Oliveira desenvolveu pesquisas a respeito da integralidade e equidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, que são conceitos ligados ao ideário da atenção integral proposto pelo sistema e endossado a partir do que os sujeitos e grupos sociais consideram como necessidades de saúde.

[...] concebidas como cuidado ao outro, as práticas de saúde supõem algum grau de reconhecimento do que seja universalmente concebido como necessidades, e de qual seja a compreensão do seu atendimento pelos usuários dos serviços de saúde e pelos profissionais (OLIVEIRA, 2005, p. 120)

Oliveira destaca, com base nos trabalhos de Santos (1994), que cada espaço-tempo cria uma dimensão e expressão própria de subjetividades e, nesse espaço-tempo, os sujeitos e grupos sociais são reconhecidos como conjuntos que revelam subjetividades coletivas. Há de se considerar que essas subjetividades dependem de cada contexto social (OLIVEIRA, 2005, p. 122).

Na construção dessa subjetividade, Oliveira ressalta o conflito existente no espaço-tempo na produção de serviços de saúde. É um conflito entre o “paradigma consumista,

individualista e o paradigma das necessidades humanas e do consumo solidário” (OLIVEIRA, 2005, p. 123). Esse conflito tem implicações relevantes para a concepção do que são as necessidades humanas. Dentre essas necessidades, está a saúde, também incluída no paradigma capital-expansionista. As necessidades são definidas a partir das experiências subjetivas dos sujeitos, que se expressam de diferentes maneiras, influenciados por seus contextos socioculturais.

Harbemas (1981), revisitado e discutido por Oliveira, enfatiza que o procedimento discursivo e dialógico realizado na sociedade é peça-chave para traçar “normas universais, simétricas e recíproca de justiça e moralidade, contribuindo para a definição de necessidades humanas que são universais” (OLIVEIRA, 2005, p. 125).

A autora destaca que das inúmeras concepções de necessidades, as que ganharam maior visibilidade, em função de sua recorrência, são as que estão centradas aspectos físicos e psicológicos dos indivíduos, considerando suas demandas pontuais. Nessas concepções é possível observar uma justificação originada na ética, expressando que as necessidades podem ser equiparadas às preferências subjetivas. Somente indivíduos ou grupos particulares conhecem suas demandas, logo, são capazes de traçar objetivos e prioridades melhor do que as instituições. Assim, é fortalecida uma visão individualista e apolítica das necessidades humanas (OLIVEIRA, 2005, p. 126).

Como campo prático de saberes, a saúde é concebida a partir da compreensão e da formulação de conceitos que explicam o processo saúde-doença. Nesse processo, estão articuladas questões biológicas, psicossociais, históricas e culturais, onde a prática da saúde também se apoia, englobando os princípios éticos e ideológicos.

De fato, a concepção de saúde como processo social e coletivo, e a do direito à saúde como conceito social e universal. Atribuem à saúde uma dimensão ética, no sentido da ética das relações humanas igualitárias, que tem influenciado fortemente o conceito de necessidades humanas, dentro e fora do campo da saúde (OLIVEIRA, 2005, p. 127)

A partir dos estudos de Doyal e Gough (1991), a autora destaca a autonomia como elemento fundamental no atendimento das necessidades humanas básicas e as de saúde. Não se trata apenas da autonomia física ou independência individual, nem apenas da autonomia como eixo orientador do profissional de saúde. Essa autonomia a que se referem os autores, ressalta Oliveira, envolve tanto o grau de compreensão em que o indivíduo tem (de si mesmo, de sua cultura e do que se espera dele enquanto sujeito social) quanto a



possibilidade do homem de construir representações. Além disso, a autonomia também está relacionada às oportunidades objetivas do indivíduo que permitam que ele atue na vida cotidiana.

[...] a busca de satisfação das necessidades básicas é um caminho para a elevação dos níveis de autonomia dos grupos e dos sujeitos, em direção a um nível superior, crítico e transformador; assim como a problematização do que sejam as necessidades de saúde, assim como as formas cotidianas do seu atendimento. (Oliveira p128).

Um dos estudos de Oliveira é referente ao enfrentamento dos problemas de saúde por parte dos profissionais. Segundo a autora, esse enfrentamento deve ser encarado pelas unidades de saúde e pelos profissionais a partir de distintos eixos de interesse, dentre os quais se destaca a centralização no usuário e na sua maneira de representar o sofrimento pelo “problema-doença”, o que deve ser tomado como estratégico e um desafio a ser articulado.

Relacionando com as necessidades, a pesquisadora enfatiza que a problemática da saúde não está na origem social da necessidade, mas sim na pretensão de “bem comum” e social, ignorando as desigualdades das necessidades sociais que são fruto da má distribuição de benefícios já alcançados por alguns, dos próprios contextos das necessidades, onde são criadas demandas voltadas para um segmento da população (OLIVEIRA, 2005, p. 129).

As representações sociais são construídas por vários determinantes, um deles é a incorporação do pensamento social pelo sujeito e a reinterpretação das vivências individuais pelo grupo. Oliveira conclui, então, que ao considerar que as representações articulam conceitos em rede, interdependentes,

Pode-se presumir que as representações de saúde e doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde. Essas necessidades são expressas em demandas específicas, direcionadas diferentemente pelos sujeitos segundo a sua percepção da capacidade resolutive de cada *locus* de atenção. (OLIVEIRA, 2005, p. 134)

Assim, quanto mais complexas as representações de saúde e doença, também mais complexas serão as demandas por saúde, já que as necessidades, como representações, dentre muitos aspectos são determinadas pelas concepções de saúde e de doença.

Outro ponto relevante na questão da assistência à saúde é discutido no estudo de Rodrigues, Lima e Roncalli (2008). Os autores investigaram as representações sociais dos

usuários de Natal, Rio Grande do norte, acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF), antigo Programa de Saúde da Família (PSF), implementado pelo Ministério da saúde em 1994.

Segundo a pesquisa, as Representações Sociais da ESF está ligada a campos semânticos de acolhimento, amor e atenção. Assim, revela uma visão mais próxima dos serviços de saúde da família com o sentido de “cuidado”.

Vale ressaltar que, nesse processo, apesar de manterem elementos que remetem a valores culturais e sociais estereotipados, alguns sujeitos começam a ressignificar esses elementos, incorporando significações novas, como acolhimento, humanização e responsabilidade, provavelmente em função das experiências individuais, história de vida, inserção cultural, visão de mundo e do acesso a capacitações (sem o abandono dos valores mais tradicionais). A partir do exposto, podemos concluir que o cuidado não foi ainda incorporado como um elemento fundamental ao processo de trabalho no PSF. (RODRIGUES, LIMA e RONCALLI, 2008, p. 80)

Interessante ressaltar nos estudos dos autores a ligação dos serviços de saúde da ESF a uma eficiência do SUS, na medida em que os usuários relacionam o trabalho desenvolvido aos critérios de humanização e qualidade, quando se referem ao “cuidado”. Da mesma maneira que Oliveira e Silva (2010), os pesquisadores reforçam que o SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo e que garante a assistência integral e gratuita para a totalidade da população brasileira. Oliveira e Silva ainda enfatizam que é preciso reconhecer que os serviços, de baixa, média ou alta complexidade, devem ser colocados à serviço do cidadão.

Apesar dos entraves ainda presentes no SUS, ambos autores concordam que existe por parte dos usuários uma valorização do sistema de saúde, que é um resultado surpreendente levando em consideração as posições da mídia atual, que procura “desvalorizar e depreciar o sistema de saúde brasileiro”.

### **Os sujeitos e o SUS**

Gomes, Oliveira e Sá (2008) acrescentam que a representação social “é constituída de um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes a propósito de um dado objeto social” (p 13). Esse conjunto é organizado e estruturado, de maneira a constituir um sistema sociocognitivo específico.

Dessa forma, os elementos presentes nas representações têm seu significado pouco flexível. Em relação ao SUS, objeto de estudo dos autores no Rio de Janeiro, as palavras que formam a representação mostram um posicionamento negativo dos profissionais em relação ao sistema de saúde, principalmente no que se refere à qualidade e à funcionalidade do mesmo, que, segundo os entrevistados, é ruim e não funciona.

Entretanto, quando inseridas na representação social palavras relacionadas aos reconhecimentos dos objetos preconizados para o SUS, como atendimento e condições de saúde, há uma situação de maior complexidade, sendo que o atendimento confere identidade ao sistema. As representações mostram-se, para os profissionais, permeada pelo aspecto prático do sistema, em que a oferta de ações e serviços não têm sido suficientes para suprir as demandas da população. São destacadas pelos sujeitos questões e demandas dos profissionais inseridos no sistema de saúde e também as demandas da população.

Assim, o SUS aparece como necessário e direito, conferindo importância ao sistema no contexto da atenção à saúde, especialmente quando ele é também apresentado como atendimento aos pobres. Ao mesmo tempo, desdobra-se, de forma pragmática e concreta em expressões evocadas, como atuação profissional, a parte prática do atendimento localizado no núcleo central, e o atendimento aos pobres, sugerindo o público-alvo desse atendimento. Outra idéia trazida por essa expressão é a de que somente os pobres, que não possuem outra alternativa, aceitam ser atendidos em um sistema ruim e que não funciona. (GOMES, OLIVEIRA e SÁ, 2008)

As atitudes negativas em relação ao SUS são mais fortemente marcadas e se sobrepõem às positivas, o que explica a presença destas na zona de periferia e na zona de contraste, não no núcleo central. O estudo aponta, ainda, que “elementos relativos à incorporação de conhecimento sobre os preceitos do SUS podem também ser observados, tanto em nível central, quanto periférico da representação”, o que confirma a hipótese dos autores de que a representação ainda está em formação.

A representação do SUS, pelos profissionais, se dá aliada a noções como a não universalidade do sistema. Além disso, existe um grande direcionamento do sistema à doença, refletindo um pensamento social de que o SUS - e as políticas públicas de saúde - está atrelado à pobreza e à falta de qualidade.

Oliveira, Sá, Santo, Gonçalves e Gomes (2011) afirmam que um sistema de saúde é permeado por relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis por conduzir os processos referentes à saúde de uma população (2011, p. 31). Assim, esse conjunto de

relações é concretizado em regras, serviços que tem buscam alcançar resultados que estejam de acordo com as concepções de saúde de uma determinada sociedade. Nisso, envolvem-se fatores ligados a recursos humanos, econômicos, conhecimento, recursos materiais e outras organizações que interferem no funcionamento dos serviços.

Na pesquisa desenvolvida no Sistema Único de Saúde os autores investigaram as representações do sistema a partir das percepções e vivências dos usuários, compreendendo que tais representações são importantes para contribuir com a melhoria e a qualidade do sistema. Sobre o SUS, os autores concluíram que

[...] a implantação do SUS é representada tanto como um processo perceptível no cotidiano dos usuários, quanto como algo dissociado da realidade dos serviços e sem impacto no cotidiano deles<sup>(11)</sup>. Nota-se, portanto, que à medida que aparece no contexto das memórias e das representações sociais dos usuários a falta da exatidão de quando o SUS foi implantado, seja por não utilizarem os seus serviços ou por terem escutado falar, a sua implementação apresenta-se ainda como uma construção, repleto de contradições e que ainda está sendo percebida pelos usuários. Os usuários perceberam que, após a sua implantação, todos os cidadãos passaram a ter o direito de acesso aos serviços de saúde, trabalhadores e não trabalhadores, o que não acontecia no sistema anterior. Essa percepção é de um dos princípios do novo sistema, o de universalidade. (OLIVEIRA, SÁ, SANTO, GONÇALVES e GOMES, 2011, p. 36)

A implantação do SUS é representada tanto como parte integrante do cotidiano dos usuários como também um processo distante da realidade dos serviços e do impacto destes no dia a dia da população. Falta nos usuários a exatidão até mesmo da implantação do serviço, seja por não uso do SUS ou pelo próprio fato do sistema ainda estar sendo construído. Mesmo assim, os usuários perceberam que com o SUS foi possível um acesso aos serviços de saúde, o que não acontecia antes. Isso revela a percepção do conceito de universalidade no SUS, agora todos, trabalhadores ou não, podem ter acesso aos serviços de saúde.

O SUS é muito procurado pela população para a realização de cirurgias e tratamento de hipertensão arterial e diabetes. Além disso, o sistema aparece na procura de internações, quando o usuário apresenta algum sintoma de doença. Segundo pesquisa feita pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicília (PNAD), em 2003, estimou-se que 29,9% da população brasileira eram portadores de alguma doença crônica (como diabetes, reumatismo, hipertensão e tuberculose), o que acarreta a procura dos tipos de serviço relatados pelos usuários.

Os sujeitos avaliam diversos aspectos do sistema público de saúde, sem, contudo, fornecer uma localização temporal. Os elementos negativos do sistema público de saúde, que dizem respeito à dificuldade em conseguir atendimento, aos profissionais incapacitados, ao atendimento e ao seu ambiente inadequados, além da falta de verbas e de recursos materiais, sobrepõem-se aos positivos. Apesar de surgir, nesta categoria, o tema de atendimento inadequado é destaque a percepção de um bom atendimento quando os sujeitos utilizaram o serviço público de saúde. Outro elemento positivo foi a facilidade de o usuário conseguir atendimento quando precisou de um serviço público. Nota-se o tipo de serviço público de saúde utilizado, o tempo de sua utilização, a não utilização do serviço público e a utilização do serviço privado. Essa categoria representa 20,1% de todo material analisado. (OLIVEIRA, SÁ, SANTO, GONÇALVES e GOMES, 2011, p. 38).

Os autores enfatizam ainda que os sujeitos têm representações positivas e negativas sobre o SUS, referente à qualidade do atendimento. Na visão positiva, existe a percepção de um bom atendimento sempre que os usuários entrevistados precisaram desse serviço, enfatizando a disponibilidade de profissionais, o acesso às instituições de saúde, a quantidade de vagas e à assistência prestada pelos profissionais de saúde. Já a imagem negativa do sistema está relacionada às filas extensas e a demora do atendimento. Conseguir um atendimento é atribuído, muitas vezes, à sorte ou providência divina.

## **CONSIDERAÇÕES**

Nos estudos das representações sociais no Sistema Único de Saúde fica evidente a necessidade de melhorar a assistência à saúde, pois o sistema ainda é fortemente relacionado a um atendimento inadequado, demora nas filas e carência, conceitos que se contrapõem à ideia de um atendimento humanizado e igualitário do SUS. Um fator positivo nos estudos sobre o sistema é o conceito de universalidade, que, apesar de todas as dificuldades apontadas pelos profissionais, usuários e pesquisadores, parece aparecer de forma positiva – ou não é encontrado nada referente à dificuldade de acesso ou à exclusão desse acesso, logo, é universal.

Mesmo com o acesso universal, é preciso ainda caminhar no sentido da democratização das informações em saúde, na relação do cuidado profissional-usuário e também do próprio sistema com os profissionais de saúde. Ainda questiona-se sobre a demora de alguns serviços, do próprio cuidado em saúde e o que seria classificado como uma necessidade ou não, considerando os diferentes contextos da população.

O atendimento é visto, em algumas situações, como positivo. É o caso da Estratégia Saúde da Família, iniciativa no qual o Governo tentou aproximar ainda mais o SUS da população mais afastada. Com isso, demonstra um cuidado, amor e uma relação mais próxima dos profissionais com os usuários, pois, pelo programa, o profissional não apenas conhece o usuário, seu contexto social e pessoal, como também toda a sua família. E, mais do que isso, *mantém* um vínculo com a comunidade.

Para os usuários, o SUS possui diversos aspectos positivos, como a atuação das equipes multiprofissionais. Esse lado do sistema não aparece na mídia, dando a ilusão de que o sistema público de saúde brasileiro não funciona e é sucateado. Felizmente, apesar dos obstáculos, o SUS já é reconhecido internacionalmente e, com apenas 25 anos de criação, já demonstra caminhar em muitos aspectos, avançando na prática cotidiana dos serviços e na assistência gratuita à saúde.

No âmbito comunicativo percebe-se um processo dialógico entre a mídia e os usuários do sistema, ou seja, muito do que se reproduz na mídia é resultante da fala dos usuários e muito do que se ouve dos usuários nas unidades que constituem o SUS é resultante daquilo que a mídia veicula. Em outras palavras, de fato as representações sociais dos usuários do sistema tem abastecido a mídia que em um processo dialético também abastece e reforça as representações sociais do usuários em relação aos Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. M. do. **Representações sociais e discurso midiático**: como os meios de comunicação de massa fabricam a realidade. *Revista Lâmina*, Pernambuco, n. 1, set. 2005. Disponível em <http://www.ppgcomufpe.com.br/lamina/artigo-renata.pdf>. Acesso em: 27/6/2013.

CLÉMENCE, A; GREEN, E. V. T; COURVOISIER, N. **Comunicação e ancoragem**: a difusão e a transformação das representações. In: OLIVEIRA, D. C; CAMPOS, P. H. F.. (Org.). *Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. (Col. Memória Social).

JESUINO, J. C. **Um conceito reencontrado**. In: ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A.. (org.). *Teoria das representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Tecnopolitik, 2011.

JODELET, D. **Vinte anos da Teorias das Representações Sociais no Brasil**. In: OLIVEIRA, D. C; CAMPOS, P. H. F.. (Org.). Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. (Col. Memória Social).

LAHLOU, S. **A difusão das representações e inteligência coletiva distribuída**. In: OLIVEIRA, D. C; CAMPOS, P. H. F.. (Org.). Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. (Col. Memória Social).

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigação em psicologia social**. editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, D. **A teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença**: a constituição de um campo interdisciplinar. In: OLIVEIRA, D. C; CAMPOS, P. H. F.. (Org.). Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. (Col. Memória Social).

OLIVEIRA, M. S. B. S. **Representações sociais e sociedades**: a contribuição de Serge Moscovici. Revista Brasileira de Ciências Sociais, volume 19, nº 55. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092004000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014). Acesso em 27/06/2013.

OLIVEIRA, D. C; SÁ, C. P; CAMARGO, C. E. S; GONÇALVES, T. C; GOMES, A. M. T. **Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde**. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n1/v13n1a04.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a04.htm). Acesso em 25/06/2013

OLIVEIRA, D. C; SILVA, L. L. **O que pensam os usuários sobre a saúde**: representação social do Sistema Único de Saúde. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar, 18(1) Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a03.pdf>. Acesso em 25/06/2013

RONCALLI, M. P; LIMA, K. C; RONCALLI, A. G. **A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 71-82. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000100012&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000100012&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 25/06/2013.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2008.

TOSOLI, A. M; OLIVEIRA, D. C; SÁ, C. P. **As Representações Sociais Do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural**. Rev Latino-am Enfermagem 2008 janeiro-fevereiro; 16(1). Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_18.pdf). Acesso em 25/06/2013

VALA, J. **Representações Sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano**. In: VALA, J; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas, 2006.