

AS FRAGILIDADES DO PRINCÍPIO DE UNIVERSALIDADE PERCEBIDAS PELOS USUÁRIOS DO SUS: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE

Ana Paula Munhen de Pontes¹, Rachel Garcia Dantas Cesso²,
Denize Cristina de Oliveira³ e Marcio Martins da Costa⁴

RESUMO

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo analisar a percepção dos usuários sobre as fragilidades do acesso às ações e aos serviços de saúde no SUS, discutindo-as a luz dos princípios da universalidade e da equidade. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em um hospital localizado na cidade do Rio de Janeiro, com 24 usuários. Os dados foram coletados através de entrevistas, e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. A partir da análise das 24 entrevistas, foi possível identificar 1178 unidades de registro distribuídas em 78 temas. Este conjunto de dados deu origem a 06 categorias. Para efeitos desse estudo, será discutida apenas a categoria IV, que foi nomeada: fragilidades no processo de atendimento na concretização do princípio de universalidade. **Resultados:** Os atores sociais discursam sobre os atendimentos que são intermediados pelos profissionais de saúde; ou até mesmo atendimentos que são facilitados por pessoas que possuem conhecimentos dentro do Sistema. Outros usuários ainda fazem menção à necessidade de possuir carteira assinada para ser atendido no SUS. Outra questão em destaque é o aspecto social, pois alguns afirmam que “ricos” e “pobres” possuem tratamentos diferenciados dentro do SUS. E, por fim, os participantes exercem uma comparação entre o SUS e a rede privada. **Conclusão:** Os usuários fazem menção às desigualdades encontradas dentro do sistema, caracterizando assim, fragilidades do princípio de universalidade que deveria garantir atendimento para todos os indivíduos de acordo com suas necessidades e sem nenhum tipo de privilégios ou cobrança por isto.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, política de saúde, pesquisa qualitativa.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo PPGENF/UERJ. Professora Adjunta do Centro de Ensino Superior de Valença/ RJ- CESVA/FAA. Coordenadora Geral de Pesquisa do CESVA/FAA. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Universidade Gama Filho. Tecnologista Júnior - Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer.

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública USP. Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

⁴ Enfermeiro. Doutor em História das Ciências e Epistemologia do Programa de Pós-graduação do HCTE/UFRJ. Professor Adjunto do Centro de Ensino Superior de Valença/ RJ- CESVA/FAA. Diretor da Faculdade de Enfermagem de Valença/RJ. Coordenador Geral de Pós-graduação CESVA/FAA. Coordenador Geral do Núcleo de Ensino à Distância do CESVA/FAA

THE WEAKNESSES OF THE PRINCIPLE OF UNIVERSALITY PERCEIVED BY USERS OF THE SUS: A QUESTION OF EQUITY

ABSTRACT

Objective: This study aims to examine the perceptions of users about the weaknesses of the access to shares and health services in SUS, discussing them in light of the principles of universality and equity. **Material and Methods:** This is a qualitative study conducted in a hospital located in Rio de Janeiro, with 24 users. Data were collected through interviews and analysed from the technique of content analysis. **Result:** From the analysis of 24 interviews, it was possible to identify units of 1178 record (UR) distributed in 78 subjects. This data set resulted in 06 categories. For purposes of this study it will be discussed only the categorie IV, which was named: weaknesses in the process of care in implementing the principle of universality. The social actors speak about care that are intermediated by health professionals, or even care that are facilitated by people who have knowledge within the system. Other users also refer to the need for portfolio signed to be cared in the SUS. Another issue highlighted is the social aspect, as some say that "rich" and "poor" have different treatment within the SUS. Finally, the subjects perform a comparison between the SUS and private network. **Conclusion:** From the foregoing, it was concluded that users make reference to the inequalities found within the system, characterizing so, weaknesses of the principle of universality, which should ensure care for all individuals according to their needs and without any privileges or recovery by this.

Keywords: Single Health System; Health Policy; Qualitative Research

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir do movimento iniciado na década de 70, denominado de Reforma Sanitária. A partir da implantação do mesmo, presumia-se um modelo de atenção que garantisse a assistência integral e a unificação das ações curativas e preventivas, além das de promoção à saúde. O SUS foi promulgado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90. Sua construção foi orientada pelos seguintes princípios ético-doutrinários: universalidade, equidade, integralidade, bem como pelos organizativos: participação popular, descentralização, regionalização e hierarquização.

Com a implantação deste novo Sistema, o cenário do acesso às ações e aos serviços de saúde foi completamente alterado, uma vez que, antes da Constituição Federal de 1988, a saúde não se apresentava como um direito universal e, por isso, a assistência médica e de saúde só era garantida para aqueles que possuíam vínculo empregatício formal e contribuíam com a previdência social. Assim, após a

promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o acesso às ações e aos serviços de saúde passou a ser garantido para toda a população, independente de características sociais, de inserção no mercado formal de trabalho ou de adesão aos institutos governamentais de previdência social. Este direito foi garantido mediante o artigo 196, que se refere à saúde como um direito de todos e dever do Estado e viabilizado através do referido princípio de universalidade previsto na legislação do SUS.

A instituição do SUS foi um marco na história das políticas públicas do país, sendo considerada uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição vigente, uma vez que seus princípios e diretrizes são direcionados para a democratização das ações e dos serviços de saúde, que passaram a ser universais e permeáveis à participação da sociedade nas decisões relativas à organização e à execução do sistema (CUNHA; CUNHA, 1998).

Representa o resultado de um longo processo de democratização que já vinha se constituindo no Brasil, com o fortalecimento da assistência à saúde como política de atendimento universal e igualitária, visando diminuir as desigualdades sociais existentes, sobretudo quanto à universalização do acesso.

Com o SUS, o acesso aos serviços passou a ser universal e o tratamento de doenças populacionais importantes como a aids, o câncer, entre outras, passou a fazer parte do cotidiano dos usuários que precisam e que dificilmente teriam acesso a tais tratamentos, principalmente os mais onerosos. No entanto, é possível identificar que, apesar dos avanços ocorridos a partir do novo sistema de saúde, muito ainda precisa ser feito e muitas dificuldades ainda são encontradas pelos usuários. De forma geral, observam-se fragilidades relacionadas ao acesso da população às ações e aos serviços de saúde do SUS.

Por isso, destaca-se a importância de ouvir quem realmente utiliza o sistema, a fim de se abrir um espaço para que estes exponham suas vivências, suas dificuldades e suas facilidades relacionadas com os serviços de saúde. Através do exposto, foi traçado como objetivo analisar a percepção dos usuários sobre as fragilidades do acesso às ações e aos serviços de saúde no SUS, discutindo-as a luz dos princípios da universalidade e da equidade.

Este trabalho faz parte de um projeto integrado intitulado: “As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS” e apresenta o aprofundamento e a discussão de uma das categorias representativas do estudo de Pontes et al. (2009)

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com orientação metodológica qualitativa, que procura enfocar, principalmente, o social como um mundo de significados, onde é possível a investigação da linguagem comum (fala) como matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais (MINAYO, 1993). A coleta de dados ocorreu em um hospital federal geral de grande porte localizado na cidade do Rio de Janeiro que atende a diversas especialidades, tanto em nível ambulatorial, quanto emergencial. Os critérios utilizados para a escolha deste campo foram: ter sido constituído há mais de 20 anos, de modo a ter construído uma história dentro do sistema de saúde do município; ter história de prestação de assistência anterior à implantação do SUS; e ser de fácil acesso à população.

Foram estudados 24 usuários do SUS, escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter faixa etária a partir dos 40 anos e ser usuário que tenha tido experiência de atendimento no serviço público de saúde antes de 1990. A coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada orientada por um roteiro temático e um questionário de caracterização sócio-econômica dos participantes. Na análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2012) e o desenvolvimento da técnica foi apoiado por orientação metodológica sistemática e específica desenvolvida por Oliveira (2008). A análise de conteúdo é caracterizada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que através de procedimentos objetivos e sistemáticos, permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2012).

Considerando que o objeto de estudo escolhido para esta pesquisa encontra-se disperso ao longo dos conteúdos das verbalizações dos participantes entrevistados, buscaram-se ativamente nesses conteúdos aqueles elementos que permitissem identificar as diferentes percepções dos entrevistados sobre o acesso universal aos serviços e ações de saúde no SUS.

Em observância aos aspectos éticos de pesquisa que envolve seres humanos, foram respeitados os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro expresso no protocolo nº. 006/2005 e da aplicação do Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

RESULTADOS

A análise geral das 24 entrevistas deu origem a 1178 unidades de registro (UR) distribuídas em 78 temas. A partir deste conjunto de dados, foram definidas 06 categorias. Para efeitos deste artigo, será discutida apenas a categoria IV que foi nomeada: fragilidades no processo de atendimento na concretização do princípio de universalidade. Constituída por 137 Unidades de Registro (11,63%) agrupadas em 9 temas e distribuídas em 2 subcategorias (PONTES et al., 2009).

A categoria caracteriza-se por compor descrições dos usuários sobre as desigualdades observadas para efetivação do acesso, onde estes discursam sobre os atendimentos que são intermediados pelos profissionais de saúde e, até mesmo, atendimentos que são facilitados por pessoas que possuem conhecimentos dentro do Sistema.

Outros usuários ainda fazem menção à necessidade de possuir carteira assinada para ser atendido no SUS, caracterizando, assim, uma desigualdade com relação àqueles que não possuem registros em carteira. Outra questão em destaque é o aspecto social, pois alguns afirmam que “ricos” e “pobres” possuem tratamentos diferenciados dentro do sistema. Ainda nesta categoria, os participantes exercem uma comparação entre o SUS e a rede privada com relação ao alcance do atendimento e o perfil da população que utilizam ambos os serviços (PONTES et al., 2009).

Por reconhecer que, na busca da efetiva implantação do SUS, diversos são os obstáculos enfrentados, entende-se ser necessário discutir esse processo com maior aprofundamento, bem como os seus desafios e conquistas. Nesse sentido, destaca-se a importância do direcionamento de um olhar crítico sobre as fragilidades encontradas neste sistema (RAMOS; GOMES; OLIVEIRA, 2008).

A Lei Orgânica de Saúde, que regulamenta o sistema de saúde do país, foi aprovada com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde, à medida que organiza e garante o seu funcionamento (BRASIL, 1990). As ações e os serviços do SUS são fundamentados de acordo com os princípios doutrinários, como a universalidade, que garante o acesso à saúde em todos os níveis de assistência a todas as pessoas; a integralidade, que representa um conjunto articulado de ações preventivas e curativas; e a equidade, que procura oferecer uma assistência à saúde com vistas a diminuir as desigualdades, sem privilégios ou preconceitos de qualquer

espécie.

A equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Este princípio implica na diminuição das desigualdades e, assim, não se constitui como sinônimo de igualdade. Neste sentido, apesar do direito aos serviços ser universal, as pessoas não são iguais e possuem diferentes necessidades (CUNHA; CUNHA, 1998).

A efetivação do princípio de equidade possui íntima relação com o princípio da universalidade, uma vez que representa a promoção do acesso da população a todas as ações e serviços de saúde das instituições públicas e conveniadas, independente da condição social ou do vínculo previdenciário (RAMOS, 2007). Contudo, é possível perceber nas falas seguintes dos usuários, que existe preconceito relacionado à questão social, o que acarreta em uma desigualdade no atendimento que não é mediada pelas necessidades individuais, mas pela posição social do indivíduo.

A cirurgia plástica do hospital [um hospital da rede pública do RJ], por exemplo, é uma clínica de luxo, da elite, que pobre não tem acesso a ela. (E 17)

Se vê que a pessoa é pobre não quer nem atender, muitas vezes acontece isso. (E 03)

A profunda desigualdade social e de renda existente no Brasil se expressa, quase inevitavelmente, pelo padrão de saúde-doença da população, que se diferencia, mais ou menos intensamente, entre segmentos sociais e conforme a questão de saúde analisada. Por isso, a importância de um sistema universal e equânime que consiga atender, com qualidade, as demandas apresentadas.

Destaca-se, assim, que a equidade é um princípio doutrinário do SUS e significa assegurar serviços e ações de saúde em todos os níveis de complexidade que cada caso requeira, sem privilégios ou barreiras. Logo, possui íntima relação com a diminuição das desigualdades na qual se encontra a população, ao menos com relação ao sistema de saúde. Este princípio deve assegurar, desta maneira, que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os indivíduos e as regiões, tratando os desiguais com desigualdade e depositando maiores recursos onde existe mais necessidade.

Outra questão importante que os usuários mencionam com relação ao acesso é a influência do profissional de saúde no alcance do mesmo e o conhecimento

dentro do serviço como um fator que possui influência no alcance do atendimento, às vezes de forma decisiva. Outros, ainda, destacam discrepâncias de atendimento relacionadas às diversas instituições, referindo-as como melhores ou piores, como exposto nos seguintes trechos:

O doutor [nome do médico] rapidamente ligou para cá avisando que eu vinha, eu ainda estava em casa, ele avisou que eu vinha para cá e eles me receberam. (entrevista 03)

Eu tenho uma vizinha que explora demais o posto de saúde que tem perto da minha casa [...] e ela tem muito conhecimento, então ela consegue. (entrevista 02)

Estas desigualdades, percebidas a partir do discurso de alguns usuários, apresentam-se totalmente em desacordo com a lei e geram privilégios para uns e barreiras para outros. A insatisfação do usuário com relação ao serviço é perceptível no que diz respeito à divergência na qualidade do atendimento, pois de acordo com a instituição que o mesmo procura, o atendimento é diferenciado podendo ser melhor ou pior. Torna-se importante ressaltar, ainda, que, muitas vezes, estes atores sociais não possuem recursos para buscar outras instituições e se submetem ao tratamento que encontram.

A diferença observada na qualidade do atendimento pode estar relacionada com o tipo de serviço que se procura, uma vez que, diante da diversidade disponibilizada e das diferentes estruturas organizacionais, podem ocorrer oportunidades de acesso diferenciadas. Assim, serviços que possuem uma demanda maior e uma estrutura nem sempre adequada, como as grandes emergências, tendem a possuir maiores dificuldades, mesmo que sejam resolutivos, enquanto serviços que possuem um fluxo de atendimento mais previsível, como a imunização ou os ambulatórios, tendem a ser mais organizados.

Através do princípio de universalidade, o indivíduo passou a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles conveniados, livre de privilégios ou preconceitos. No entanto, os usuários se reportam ao alcance do atendimento intermediado pelo profissional de saúde, o que pode ser caracterizado como privilégio e acabam por atribuir o alcance do mesmo a este profissional e não à estrutura e à organização do Sistema em si.

Neste contexto, o relacionamento interpessoal e de amizade entre profissionais é determinante para o sucesso e a agilidade no encaminhamento do

cliente, não obedecendo, necessariamente, a fluxos formais e interferindo em diversos processos assistenciais como a contra-referência, por exemplo (JULIANI; CIAMPONE, 1998).

Assim, a universalidade que deveria ser a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer indivíduo, por vezes, desfigura-se no contexto das relações pessoais e institucionais. Através das falas dos participantes percebe-se que existem diversas situações que ultrapassam as leis e são responsáveis pela garantia de acesso da população aos serviços e às ações de saúde sem levar em consideração a “igualdade de oportunidades”, uma vez que tais situações acabam por privilegiar uns usuários e prejudicar outros.

O SUS baseia-se, dentre outras coisas, na igualdade do ser humano frente a seus semelhantes, sendo um direito inalienável o acesso a ações e a serviços de saúde (de qualidade) para a resolução de seus problemas (JULIANI; CIAMPONE, 1998).

A universalização da assistência, presente na Lei Orgânica da Saúde, configura-se como uma das maiores conquistas da reforma sanitária. A partir desta lei, que apresenta noções de direitos e de deveres, a saúde passou a ser um direito fundamental de todos os indivíduos, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e assegurar que toda a população, independente de ter vínculo empregatício formal ou não, tenha acesso às ações e aos serviços de saúde (RAMOS; GOMES; OLIVEIRA, 2008). Todavia, alguns usuários fazem menção, no contexto do SUS, à necessidade de possuir emprego formal e às diferenças de atendimento mediadas pela gravidade:

Toda pessoa depende da carteira assinada [para ser atendido no SUS]. (E15)

Se o caso dela [a pessoa] for grave realmente, encontra [atendimento]. (E09)

Neste sentido, faz-se presente uma sobreposição, por parte de alguns entrevistados, do sistema anterior (INAMPS) ao SUS que exigia contribuição com a previdência social como garantia de atendimento. Muitos destes ainda não reconhecem que a saúde é um direito de todos, trabalhadores ou não, e não possuem a noção do conceito eqüitativo de saúde. Neste sentido, destaca-se que

alguns usuários ainda não perceberam a passagem do INAMPS para o SUS (MENDES, 1999).

A universalidade do atendimento configura-se como sendo o princípio que mais caracteriza o Sistema Único de Saúde em sua proposta essencial e em sua concretização no âmbito das instituições de saúde. Assim, todos os cidadãos brasileiros devem ter suas necessidades atendidas para que se possa assegurar a efetivação do acesso dentro do sistema público de saúde brasileiro (MENDES, 2001; FERLA, CECIM; PELEGRINI, 2003).

O atual sistema de saúde, ao ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde, atua no sentido de reduzir as disparidades presentes na saúde, ação esta que é mais efetiva à medida que os serviços oferecidos tenham maior cobertura e apresentem uma crescente qualidade. No entanto, muitos usuários possuem um discurso de utilização do serviço por falta de opção ocasionada pela dificuldade financeira, uma vez que, se estes atores sociais possuíssem um poder aquisitivo maior e tivessem condições de buscar um atendimento na rede privada, o faria.

Assim, a precariedade percebida, a demora no atendimento e as dificuldades de acesso encontradas nas instituições públicas de saúde não se tornam obstáculos aos usuários pela busca do SUS, uma vez que não possuem recursos para alcançar o serviço privado, como pode ser observado nas seguintes afirmativas:

Ela não tem como pagar um plano de saúde, ela não tem como pagar uma consulta particular, então ela tem que correr para o SUS mesmo. (entrevista 13)

No atendimento a alguns problemas de saúde, a cobertura ainda é insatisfatória, de forma que o acesso aos serviços fica, em grande parte, na dependência estrita do poder aquisitivo das famílias, uma vez que estas buscam soluções para seus problemas fora do serviço público ou o utilizam como única opção quando não podem procurar por outro. Os hospitais públicos no Brasil possuem uma representação para grande parte da população de um lugar onde as pessoas sofrem, contraem enfermidades e até morrem de doenças evitáveis, esta percepção contribui para busca do serviço privado por uma parcela da população (ECHEVENGUÁ, 2003).

Os seguros e os planos privados de saúde são regulados pela Lei Federal 9656/98. De acordo com dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, 47.303.952 milhões de pessoas são beneficiárias de planos e de seguros privados de saúde (ANS, 2017). Essa busca por planos de saúde e pelo atendimento na rede privada está relacionada com a imagem que o usuário possui de que estes serviços oferecem atendimento imediato de qualidade, bem como a satisfação de todas as demandas apresentadas, com a modernidade e a agilidade que a atualidade requer. As falas seguintes apontam para tal observação:

Inclusive eu tive um plano de saúde e não pude pagar porque é muito caro, aí parei de pagar, aí fiquei mais doente ainda. (entrevista 11)

No particular sempre são atendidos porque são pagos, sempre tem remédio em geral disponível, sempre tem (...). (entrevista 10).

Os serviços particulares, a tranquilidade é que o paciente é atendido imediatamente, não tem que marcar consulta com um mês de antecedência. (entrevista 17)

Um estudo realizado em São Paulo sobre as desigualdades no acesso da população aos serviços de saúde reforça as falas dos usuários acima, pois se observou que existe uma distinção evidente entre o tempo de espera para ser atendido na rede pública e na privada. Os não possuidores de planos privados suportavam maior espera - cerca de 81 minutos -, enquanto os conveniados esperavam 32 minutos, em média, até o atendimento (PESSOTO et al., 2007).

Destaca-se que a existência das desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde apresenta-se como um foco especial a ser observado pelos envolvidos na construção do aparato legal do SUS ainda hoje, uma vez que a equidade deve ser entendida como um princípio doutrinário que deita suas raízes no processo de inclusão social, com elevado potencial para contribuir com a redução de desigualdades históricas, regionais e sociais (COHN, 2002).

CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que os usuários fazem menção às desigualdades encontradas dentro do sistema, caracterizando determinadas fragilidades do princípio de universalidade que deveria garantir atendimento para todos os cidadãos de acordo com suas necessidades e sem nenhum tipo de

privilégios ou cobrança. No entanto, as desigualdades estão presentes de forma marcante nas falas e nas vivências dos usuários, o que possui íntima relação com o princípio da equidade.

Este princípio significa assegurar serviços e ações de saúde em todos os níveis de complexidade que cada caso requeira, sem privilégios ou barreiras, atendendo a cada caso de acordo com suas necessidades e com sua especificidade. Foi possível observar que alguns usuários recorrem ao serviço público de saúde por falta de opção e que existe uma tendência à comparação do serviço público com o privado através de uma supervalorização deste.

Em uma visão mais ampla, os usuários se referem a desigualdades existentes dentro do próprio sistema e as situações que as envolvem, como, por exemplo, o preconceito social e a influência dentro do serviço, seja de algum funcionário, alguma pessoa dita influente ou até mesmo o próprio profissional de saúde, que acabam por facilitar, para alguns, o acesso a determinados serviços. Esta situação coloca em questão a própria estrutura do sistema, já que, a partir da Constituição de 1988, a saúde no Brasil passou a ser universal, integral e equânime. Diante disso, sabe-se que em um país com tamanha diversidade cultural e social, vencer estas desigualdades é o maior desafio do SUS.

Acredita-se, no entanto, que o enfrentamento de conflitos e de dificuldades cotidianas torna-se, de fato, o único caminho possível para se alcançar um sistema de saúde que promova alguma justiça social em nosso país. Este estudo pode contribuir para ampliar o conhecimento das dificuldades de implementação de um sistema universal, cujas imensas desigualdades regionais e sociais afetam o acesso e a distribuição de recursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor: dados Gerais**. 2017 Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 fev. 2018

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (PT): Edições 70; 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 05 out 1988: Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II:196-200

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica de saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

COHN, A.E.P.E.M. Equidade e Reformas na Saúde nos Anos 90. **Cadernos de Saúde Pública** 2002. v. 16 (suplemento), p. 173-180.

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.R.E. Sistema único de saúde- SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E; OLIVEIRA, Jr. M; TONON, L.M (org.). **Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p. 11-26.

ECHEVENGUÁ, A.C. **Os direitos do usuário do SUS**. Porto Alegre (RS): Viajus; 2003. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&pagAreaSel=40&idAreaSel=16>>

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; PELLEGRINI, M.L.M. Atendimento Integral: a escuta da Gestão Estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2003 p. 61-88.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v.33, n. 4, 1999, p. 323-33.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo (SP): HUCITEC; 1999.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador (BA): Casa da Qualidade, 2001.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v.9, n.3. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 08 nov. 2017

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**. v.16,n.4, p. 569-576, 2008. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>

PESSOTO, U.C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Ciência Saúde Coletiva** , v.12, n. 2. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200011&lng=pt&nrm=iso>

PONTES, A.P.M. de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300007>

RAMOS, R. de S.; GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C de. The organizational principles of the Brazilian Health System: a study of the theoretical and juridical framework on the basis of the theory of social representations. **Online Brazilian Journal Nursing**. [online], v.7, n.2, 2008. Disponível em:

<<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1303/346>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

RAMOS, R.S. **Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos**. Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2007.

VIANA, A.L.A. Desenho, modo de operação e representação de interesses do Sistema Municipal de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** , v.3, n. 2. 1998, p. 20-23.