

Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude

Ana Paula Munhen de Pontes¹
Denize Cristina de Oliveira²
Antonio Marcos Tosoli Gomes³

Objetivos: analisar e comparar a incorporação dos princípios ético-doutrinários e organizativos nas representações sociais do Sistema Único de Saúde, entre profissionais de saúde. Método: estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 125 sujeitos, em oito instituições de saúde do Rio de Janeiro. Aplicou-se a Técnica de Evocações Livres ao termo indutor "SUS", sendo essas analisadas com as técnicas do Quadro de Quatro Casas e análise de similitude. Resultados: identificou-se que as representações sociais dos profissionais variam segundo o nível de escolaridade e que aqueles de nível superior representam um subgrupo responsável pelo processo de mudança representacional identificado. Tal resultado pôde ser confirmado através da análise de similitude. Conclusão: existe um processo de mudança representacional em curso, no qual se verificou que os profissionais incorporaram os princípios do SUS nas suas construções simbólicas. A análise de similitude se mostrou uma técnica proveitosa para a pesquisa em enfermagem.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Percepção Social; Política de Saúde.

¹ Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² PhD, Professor Titular, Departamento de Fundamentos de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:

Ana Paula Munhen de Pontes
Av. Boulevard 28 de setembro, 157
8º andar, sala 816
Vila Isabel
CEP: 20551-030 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: anamunhen@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), até os dias atuais, muito se tem discutido sobre seus avanços e, também, sobre os problemas que vêm se apresentando. A criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária⁽¹⁾.

No entanto, "é difícil se pensar em um Sistema de Saúde universal e equitativo em um país, como o Brasil, onde a muitos faltam condições de sobrevivência (...). Nesse sentido, o SUS necessário, para que tenhamos uma sociedade mais justa, está definido em seus princípios legais. Por sua vez, o SUS possível hoje é aquele que se encontra no funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Apesar dos significativos avanços desde o início dos anos 1990, o SUS possível ainda está longe do SUS necessário"⁽²⁾.

A partir dos seus princípios, esse sistema aponta para a ampliação das ações dos profissionais de saúde, com o objetivo de torná-los capazes de assegurar assistência de qualidade para todos, com competência técnica e humana e de acordo com as diretrizes do sistema, além do estabelecimento de vínculo com os usuários, garantindo a sua participação na tomada de decisões nos serviços de saúde. Tais desafios exigem do profissional de saúde consonância com os preceitos doutrinários e operacionais do sistema, além de construções simbólicas que deem suporte a tais ações.

Esses princípios, ao serem utilizados como referência, permitem o reconhecimento de que toda instituição de saúde e seus profissionais têm o compromisso de atender com qualidade técnico-científica as necessidades de saúde do usuário, sendo resolutiva por meio do acesso e do acolhimento⁽³⁾.

Ao considerar que as vivências dentro dos serviços de saúde e as informações circulantes definem construções psicossociais que são compartilhadas pelo grupo social ao qual pertencem os indivíduos, esses constituem, portanto, representações socioprofissionais, que se caracterizam por uma construção híbrida entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento reificado⁽⁴⁾.

Nesse sentido, as representações sociais são caracterizadas pelo conhecimento do senso comum que orientam as decisões, as ações, os pensamentos e as atitudes dos grupos e das pessoas em seu cotidiano⁽³⁻⁴⁾, mas, também, podem ser utilizadas para a análise do conhecimento técnico-profissional, constituído sobre dado objeto de trabalho⁽⁴⁾.

Ao se considerar as dimensões simbólicas associadas ao sistema de saúde, especialmente considerando que pensamento e ação estabelecem importantes relações, foram definidos como objetivos deste estudo analisar e comparar a incorporação dos princípios ético-doutrinários e organizativos nas representações sociais do SUS, entre profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, pautado na abordagem estrutural da teoria das representações sociais⁽⁵⁾. Desenvolvido no ano 2008, em oito instituições de saúde, localizadas na cidade do Rio de Janeiro. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo nº196/08.

A população estudada foi composta por 125 profissionais de saúde, sendo 55 (44%) com nível de escolaridade médio e 70 (56%) com nível superior. A hipótese subjacente à escolha dos sujeitos e, particularmente, a inclusão dos profissionais de nível médio, é a da existência de diferentes concepções sobre os princípios do SUS. Para a seleção dos 125 sujeitos, considerou-se como critério de inclusão: profissionais de saúde que atuassem no serviço público de saúde há mais de 20 anos, de modo a possuírem experiência profissional antes de 1990.

Os sujeitos responderam a um instrumento do qual constava a técnica de evocações livres de palavras, que busca acessar a organização e a estrutura interna da representação social analisada. Com base nessa técnica, foi solicitado aos sujeitos que evocassem cinco palavras que viessem imediatamente à sua mente ao ouvir a palavra "SUS". As palavras evocadas foram registradas pelo pesquisador no instrumento de coleta de dados. Essa técnica faz parte da teoria do núcleo central ou abordagem estrutural, enquanto abordagem complementar da teoria de representações sociais, utilizada como base conceitual na análise dos dados desta pesquisa⁽⁶⁾.

Os dados foram analisados com o auxílio do *software* EVOC 2003, que permite efetuar a organização das palavras, a partir da hierarquia expressa pela frequência e pela ordem natural de evocação, através da construção do Quadro de Quatro Casas, onde são distribuídas as palavras evocadas, considerando os critérios de maiores frequências e Ordem Média de Evocação (OME)⁽⁶⁻⁷⁾. Corresponde a quatro quadrantes, no qual no alto à esquerda são observados os elementos com frequência maior ou igual à frequência média e com menor ordem média de evocação (mais prontamente evocados). No quadrante superior direito, encontram-se

os elementos periféricos mais importantes, em função das suas elevadas frequências. No quadrante inferior direito, encontram-se os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados, e no quadrante inferior esquerdo localizam-se os elementos que, apesar de apresentarem baixas frequências, são considerados muito importantes pelos sujeitos pela ordem privilegiada de evocação⁽⁵⁾.

Objetivando a detecção do grau de conexidade dos elementos identificados como participantes da representação social analisada, adotou-se a técnica de análise de similitude, proposta por Flament, em 1986⁽⁵⁾. Essa técnica pode ser definida como destinada à averiguação da "quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação"⁽⁵⁾.

Para a realização dessa análise foram seguidos os procedimentos propostos por pesquisadores da abordagem estrutural das representações⁽⁵⁻⁸⁾. Após a construção do quadro de quatro casas, calculou-se a coocorrência das palavras que compunham esse quadro, considerando apenas os sujeitos que evocaram, ao menos, duas palavras, visto que uma relação de conexidade somente pode existir entre um e outro termo⁽⁸⁾. Sendo excluídos, portanto, os sujeitos que não evocaram, pelo menos, duas

palavras do quadro de quatro casas, permanecendo 99 sujeitos na análise de similitude geral, sendo 56 de nível superior e 43 de nível médio.

Para o cálculo dos índices, montou-se a tabela de coocorrências e realizou-se o cálculo do índice de similitude para cada par de palavras. A partir do conjunto de índices calculados e suas conexões, configurou-se a árvore máxima que é caracterizada como uma representação gráfica das conexões entre os elementos de uma representação social, sem permitir a formação de ciclos, uma vez que se mantêm apenas os maiores índices⁽⁵⁻⁸⁾.

Na interpretação dessa árvore, considera-se a hierarquia dos valores das ligações entre os termos, sua relação de vizinhança e a conotação assumida por cada termo, em função dos outros que a ele se ligam⁽⁹⁾.

Resultados

Para a compreensão dos resultados da análise de similitude é indispensável averiguar primeiramente a estrutura da representação social analisada. A partir da aplicação da técnica de evocações livres foram evocadas 569 palavras pelos 125 sujeitos, dentre as quais 96 diferentes.

Ordem Média de Evocações (OME)						
<2,8				≥2,8		
Freq. med.	Termo evocado Elementos centrais	Freq.	OME	Termo evocado 1ª Periferia	Freq.	OME
≥15	Atendimento	27	2,148	Atende a todos	22	2,909
	Não funciona	25	2,600	Dever do estado	18	3,056
	Desorganização	20	2,500	Idealismo	15	3,067
	atendimento aos pobres	19	2,737			
	Sistema único de saúde	17	1,765			
	Saúde	16	2,563			
Freq. med.	Termo evocado Elementos contraste	Freq.	OME	Termo evocado 2ª Periferia	Freq.	OME
<15	Equidade	14	2,357	Acesso	12	3,583
	Unificação	13	1,846	Atendimento bom	12	3,250
	Dificuldade	12	2,083	Bom	12	2,833
	Organização	12	2,583	Desatenção	12	3,583
	Ruim	11	2,636	Hierarquização	12	3,417
				Assistência integral	11	3,364
				Atuação profissional	9	3,667
			Capacitação	9	4,000	

Figura 1 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor "SUS", entre profissionais de saúde de oito instituições de saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=125)

De acordo com a Teoria do Núcleo Central, as palavras localizadas no quadrante superior esquerdo –

atendimento, não funciona, desorganização, atendimento aos pobres, sistema único de saúde e saúde – caracterizam

o possível núcleo central da representação, uma vez que elas foram evocadas um maior número de vezes e mais prontamente. Esses elementos caracterizam a parte dura da representação, menos sensível a mudanças, em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos^(5,10).

Nessa análise, foi possível identificar, no provável núcleo central da representação, elementos que indicam diferentes dimensões – pragmática, imagética e avaliativa do SUS –, apresentando destaque para o caráter funcional do sistema. Pode-se observar um posicionamento negativo por parte dos profissionais, no que se refere à sua funcionalidade, uma vez que as palavras que formam o possível núcleo central da representação do SUS apresentam predomínio de significados neutros e negativos (*não funciona, desorganização, atendimento-pobres, saúde e sistema-único-saúde*).

O sistema periférico da representação social se caracteriza por estar organizado em torno do núcleo central, constituindo-se na interface entre esse núcleo e a situação concreta na qual se constrói a representação^(5,10). No quadrante superior direito – primeira periferia – foram identificados os léxicos *atende a todos, dever do estado,*

idealismo. No quadrante inferior direito – segunda periferia – encontram-se os termos *acesso, atendimento bom, bom, desatenção, hierarquização, assistência integral, atuação profissional, capacitação*. Os elementos presentes nesse quadrante são pouco frequentes e definidos como menos importantes entre os termos evocados^(5,9).

No quadrante inferior esquerdo – elementos de contraste – percebe-se que esses tendem a se associar aos significados da primeira periferia da representação, por meio da presença de elementos positivos e da incorporação de princípios do SUS, contrastando com o núcleo central^(9,11).

Em determinados contextos, elementos presentes na periferia da representação podem ser considerados centrais, diante das altas frequências com que foram evocados. No entanto, de forma complementar, um segundo indicador de centralidade vem sendo admitido, a partir da grande quantidade de laços que um elemento mantém com outros da representação, além da saliência^(5,12).

A análise da conexidade dos elementos evocados, apresentada na árvore máxima da Figura 1, apoia essa hipótese.

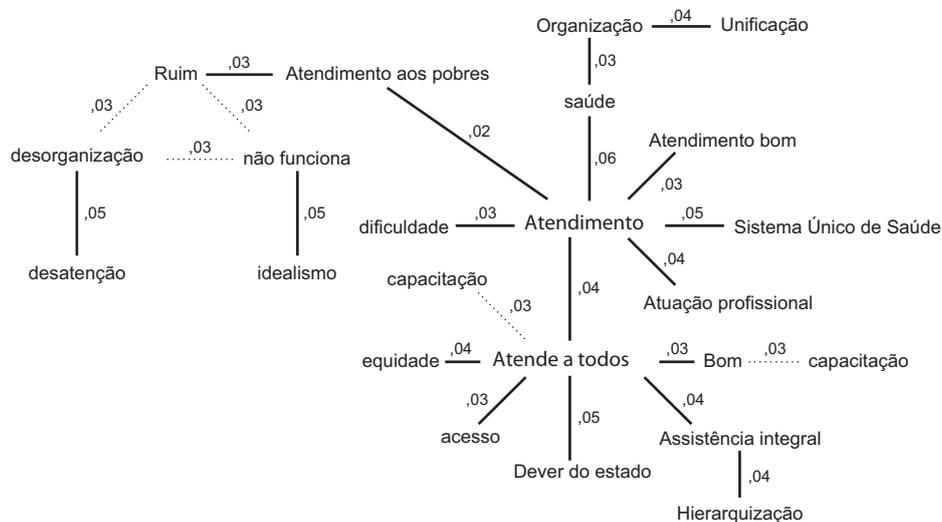


Figura 2 - Árvore máxima de similitude das evocações dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=99)

A cognição que mais estabeleceu conexões na árvore máxima foi *atendimento*, já apontado como central no quadro de quatro casas, seguida de *atende a todos*, que, na análise estrutural, se encontra na primeira periferia. Em função da possibilidade da conexidade ser considerada como um segundo critério de centralidade^(5,12), esse léxico pode ser considerado, por hipótese, como pertencente ao

núcleo central da representação do SUS para profissionais de saúde.

Dentre os elementos que estão conectados com *atende a todos*, destacam-se: *capacitação, equidade, acesso, dever do estado, assistência integral e bom*. Observa-se uma atitude positiva relacionada a esse elemento, pois todos os termos a ele ligados possuem

esse caráter. Outro ponto de discussão centra-se no fato de que os demais princípios doutrinários que apareceram na análise estão associados a ele.

Merece destaque a conexão estabelecida entre *assistência integral* e *hierarquização*, uma vez que estabelecem a associação teórica e prática desses dois princípios nas construções simbólicas dos profissionais de saúde, sendo confirmada pela distribuição esquemática na árvore de similitude, associada aos índices de conexidade.

O léxico *atendimento* associado a *atende a todos* possui o maior número de conexões entre os termos evocados. Nesse sentido, destacam-se as diversas facetas assumidas pelo atendimento, que, nessa estrutura, expressa uma atitude positiva, ligada a elementos como *atendimento bom*, *saúde*, *sistema único de saúde*, *atuação profissional*, *atendimento pobre* e *dificuldade*. Essas conexões refletem que, apesar de existirem dificuldades no processo de atendimento, os profissionais possuem uma atitude positiva relacionada ao mesmo, além de reafirmar a caracterização do atendimento como identidade do SUS.

Destaca-se que os princípios do SUS apresentaram-se integrados à árvore máxima e os elementos negativos – *desorganização* e *não funciona* – mostraram-se como elementos acessórios a tal estrutura, permeados por *atendimento aos pobres*, por meio de uma ligação fraca caracterizada pelo mais baixo índice de similitude, dentre todos os demais.

Buscando melhor entender o subgrupo que possui uma atitude positiva associada ao SUS e à incorporação dos princípios à representação, foi realizada uma análise complementar comparativa entre profissionais com nível de escolaridade médio e superior.

De acordo com a proposição da abordagem estrutural das representações sociais, uma representação social só pode ser considerada diferente se o seu núcleo também o for^(7,10). Ao analisar a estrutura da representação social dos profissionais com nível de escolaridade superior, a expressão *atende a todos* e a palavra *equidade* estavam presentes no provável núcleo central, permitindo inferir que esse é o subgrupo responsável pela incorporação dos princípios do SUS e pela atitude positiva diante do sistema de saúde na representação geral do grupo estudado e que possui representação distinta do grupo geral.

Outro ocorrência que corrobora essa afirmação é o fato de existirem léxicos relativos aos princípios em todos os quadrantes da estrutura representacional, o que reforça a proposição de mudança representacional, onde elementos novos são incorporados à periferia e à zona de contraste e introduzidos, posteriormente, ao núcleo central da representação, transformando-a.

A árvore de similitude, demonstrada na Figura 2, se refere à árvore máxima do nível superior, da qual participaram 56 sujeitos, e reforça a análise anterior.

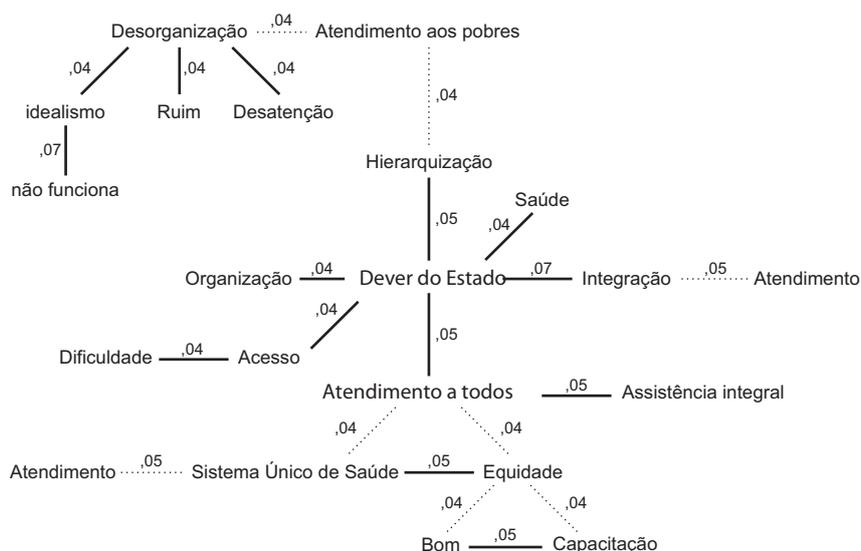


Figura 3 - Árvore máxima de similitude das evocações dos profissionais de saúde de nível superior. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=56)

A evocação *dever do estado* foi a que mais estabeleceu conexões com as demais, seguida de *atendimento a*

todos e *equidade*, já supostamente centrais. Esse dado sugere que os profissionais de nível superior possuem

uma representação social diferente do grupo geral, pois o termo *atendimento* encontra-se na extremidade da árvore, enquanto que *dever do estado* e *atende a todos* são centrais. Deve-se considerar que o SUS foi um sistema criado com base no princípio de universalidade da assistência, onde a saúde é tomada como direito de todos e um dever do Estado⁽¹³⁾.

Cabe pontuar que todos os léxicos que estabelecem conexões com *dever do estado* possuem significados positivos. Os elementos *hierarquização*, *integração* e *organização*, associados a *dever do estado*, apontam para uma dimensão administrativa e organizacional à qual o Estado é responsável por prover as condições necessárias para que o sistema funcione de forma integrada e hierarquizada com base nos três níveis de complexidade, garantindo, assim, a organização político-administrativa do sistema de saúde e seu funcionamento pleno.

Como semelhança entre a análise geral, pode-se citar a integração dos princípios do SUS à árvore e à presença dos elementos negativos de toda representação como acessórios a essa estrutura, são eles: *desorganização*, *não funciona*, *desatenção* e *ruim*. Esses elementos estão permeados por *atendimento aos pobres*, uma vez que esse estabelece a conexão entre os elementos negativos e o restante da árvore, formando um esquema de pensamento.

A Figura 3 se refere à árvore máxima dos profissionais de nível médio, da qual participaram 43 sujeitos, caracterizando estruturas representacionais semelhantes entre os profissionais de nível médio e o conjunto total de profissionais, visto que o termo *atendimento* permanece como o elemento que mais estabelece conexões com os demais, assim como se expressa na árvore do grupo geral.

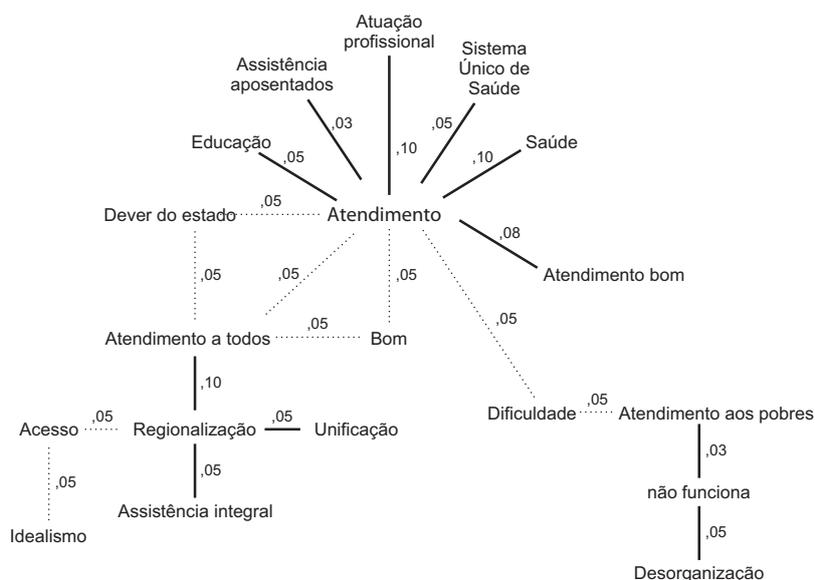


Figura 4 - Árvore máxima de similitude das evocações de profissionais de saúde de nível médio. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=43)

Nessa análise, também chama atenção as diversas facetas atribuídas ao *atendimento* pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, esse termo está ligado a *dever do estado*, *educação*, *assistência aposentados*, *atuação profissional*, *sistema único de saúde*, *saúde*, *atendimento bom*, *bom*, *atendimento a todos* e *dificuldade*. Observa-se uma atitude positiva relacionada ao atendimento por parte dos profissionais de saúde de nível médio e a configuração apresentada confirma a hipótese de que *atendimento* seja caracterizado, por esse grupo, como a identidade do SUS, conforme exposto em outro estudo^(11,14-15).

Na análise de similitude, destaca-se a importância que o léxico *atuação profissional* assume na estrutura representacional dos profissionais de nível médio, uma vez que possui o maior índice de similitude da árvore (0.10), ligado à palavra *atendimento*, além de estar situado na primeira periferia do quadro de quatro casas, confirmando a presença marcante dessa construção simbólica no sistema de pensamento desses profissionais. Essa relação reforça outros achados ao expor que os sujeitos destacam tanto as suas questões e demandas como profissionais inseridos no sistema quanto as

questões e demandas da população observadas no seu cotidiano^(11-12,14-15).

O léxico *dificuldade* aparece conexo a *atendimento* e *atendimento pobres*, formando uma ramificação atrelada a todos os demais elementos negativos da representação (*não funciona* e *desorganização*).

Após a análise das três árvores de similitude (geral, nível superior e nível médio), pode-se, possivelmente, inferir que os elementos negativos encontram-se como ramificações dessas árvores. Ao mesmo tempo, esses termos estão associados a *atendimento pobres*, o que dá destaque à negatividade desse elemento nas representações dos profissionais de saúde.

Discussão

A partir da análise apresentada no quadro de quatro casas, pode-se observar a presença de um movimento de deslocamento de significados ocorrendo no sentido da periferia e dos elementos de contraste para o Núcleo Central, com a incorporação de alguns princípios do SUS e de elementos positivos a uma representação, cujo núcleo central não contempla qualquer dimensão técnico-normativa, mas apenas elementos funcionais e negativos^(4,15).

Os léxicos indicativos de tais princípios – *atende a todos*, *dever do estado*, *assistência integral* e *hierarquização* – se localizam na periferia da representação e na sua zona de contraste. Dessa forma, pode-se inferir que existe uma incorporação mais recente desses princípios ao universo simbólico do grupo de profissionais, incorporação essa que se encontra em processo. Por outro lado, a presença de tais palavras em diferentes quadrantes da estrutura representacional aponta para o seu deslocamento, conforme proposto acima. Tal deslocamento e o seu sentido (periferia-centro) é indicativa de um processo de mudança representacional em curso^(4,9,15).

Os elementos funcionais e negativos referidos, por sua vez, são expressos, especialmente, nas palavras *atendimento* e *não funciona* como os léxicos mais importantes do núcleo. O primeiro termo caracteriza a finalidade do sistema de saúde e parece definir a sua identidade, uma vez que incorpora à representação do SUS sua função primordial de atendimento oferecido à população. Por sua vez, a segunda palavra adjetiva a primeira, reforçando sua dimensão negativa.

Em contraposição aos significados expressos pelos elementos centrais referidos, apenas na análise de similitude pode-se observar a centralidade do princípio de universalidade (*atende a todos*) e da responsabilização

do estado (*dever do estado*), pelo grande número de conexões com outros elementos e pelos altos índices de similitude que apresentam⁽⁸⁾, em consonância com a Lei Orgânica de Saúde, na qual o SUS é caracterizado como um serviço público, que presta atendimento à população brasileira de forma gratuita, universal e equânime⁽¹⁶⁾.

Destaca-se que os princípios do SUS referidos estão integrados a duas das três árvores máximas apresentadas como principais irradiadores de outros significados apontando para a sua centralidade. Dentre esses outros significados encontram-se os elementos negativos presentes no Núcleo Central – *desorganização*, *não funciona*, *ruim*, *atendimento aos pobres* – que formam conexões próprias, caracterizando um ramo acessório a tal estrutura central, composta pelos princípios.

A crise da saúde é manifestada a partir de algumas dimensões, quais sejam: ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública. Nos serviços de atenção médica, a crise é traduzida na desorganização dos hospitais e dos ambulatórios, que apresentam características, como filas, mortes, atendimentos desumanizados, dentre outros⁽¹⁷⁾.

Diversos contextos históricos prévios à implantação do SUS, no entanto, contribuíram para a incorporação de uma perspectiva negativa à construção do pensamento social acerca do sistema de saúde, quais sejam: econômicos, políticos, comunicacionais e epidemiológicos. Assim, a associação desses contextos prévios apresentou-se como base desfavorável à implantação do SUS no Rio de Janeiro, sendo responsável por algumas dificuldades presentes no sistema e que estão presentes nas construções simbólicas dos profissionais até os dias atuais⁽¹⁷⁾.

Os princípios ético-doutrinários⁽¹⁸⁾ fornecem a base ideológica do SUS e se expressam nas ações de cuidado no cotidiano dos profissionais nas unidades de saúde. Esses princípios se revelam na análise apresentada, a partir das conexões nas árvores máximas, com características afeitas à democratização da assistência, uma vez que as ações e os serviços de saúde deixaram de ser restritos e passaram a ser universais e equânimes. Esse conjunto de significados, abarcando o SUS, se faz presente na representação analisada, uma vez que os profissionais de saúde construíram uma teia de conhecimentos e percepções na qual as conexões estabelecidas nem sempre podem ser observadas em uma única análise, conforme demonstrado no presente texto.

Conclusão

A partir dos resultados observados neste estudo, pode-se concluir que os profissionais de saúde incorporaram, mesmo que de forma parcial, os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro em suas construções simbólicas. Cabe destacar que foi possível identificar os diferentes conteúdos constituintes da representação social do SUS entre os profissionais de saúde, bem como identificar os elementos específicos na comparação entre os profissionais com níveis de escolaridades distintos. A partir dessa comparação, identificaram-se representações diferentes, confirmadas pelas relações de conexidade estabelecidas entre o sistema central e periférico da representação analisada através da técnica de similitude.

Ao analisar a estrutura da representação social dos profissionais com nível de escolaridade superior, as expressões que remetem aos princípios de universalidade e equidade das ações de saúde estão presentes no provável núcleo central, além de outros elementos positivos. Esse achado permite inferir que esse é o subgrupo de profissionais responsável pela incorporação dos princípios do SUS à representação do grupo geral, bem como pela atitude positiva frente ao sistema de saúde. Outra característica presente na representação desse subgrupo, e que corrobora essa afirmação, é o fato de existirem léxicos relativos aos princípios éticos e doutrinários do SUS em todos os quadrantes da estrutura representacional.

Conforme discutido e demonstrado nos resultados relativos à mobilidade dos elementos na estrutura representacional, pode-se afirmar que existe um processo de mudança representacional em curso com a inserção, à estrutura representacional, de novos conteúdos indicativos de princípios e de elementos positivos afeitos ao SUS.

Observa-se, na análise dos quadrantes, uma representação ancorada no papel assistencialista do Estado, associada à imagem de desorganização e não funcionalidade dos serviços públicos, focada no atendimento e com significados negativos. Nas análises complementares de similitude observa-se uma representação transformando-se, por meio de um movimento convergente, em uma construção simbólica com significados positivos e ancorada nos princípios ético-doutrinários do SUS. Essa proposição foi ainda reforçada pela presença de elementos positivos e de princípios no sistema periférico da representação e na zona de contraste, conforme anteriormente discutido.

Referências

1. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Cien Saude Coletiva*. 2013; 18(1):181-90.
2. Souza LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Cien Saude Coletiva*. 2009;14(3):911-8.
3. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. set 2011;32(3):451-7.
4. Oliveira DC. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan-fev 2013; 21(spe):276-86.
5. Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
6. Abric JC. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán; 2001. p. 53-74.
7. Abric JC. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos interdisciplinares em Representação Social*. Goiânia: AB Editora; 2000. p. 27-38.
8. Pecora ARP, Sá CP. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá ao longo de três gerações. *Rev Psicol Reflex Crit*. 2008;21(2):319-25.
9. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MATV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, editores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 573-603.
10. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loreiro MCS. *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: Ed. da UCG; 2003. p. 37-57.
11. Oliveira DC de, Sá CP de, Espírito Santo CCdo, Gonçalves TC, Gomes AMT. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. *Rev Eletrôn Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso 12 jan 2012];13(1): 30-41. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/pdf/v13n1a04.pdf
12. Sá CP, Oliveira DC, Castro RV de, Vetere R, Carvalho RVC de. A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. *Rev Estud Psicol*. (Campinas) [Internet]. 2009 [acesso 1 out 2009]; 26(2):159-171. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2009000200004&lng=en&nrm=iso

13. Constituição Federal de 1988 (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. 05 out 1988. [acesso 15 jul 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm#adct

14. Pontes APM de, Cesso RGD, Oliveira DCde, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4):574-80.

15. Gomes AMT, Oliveira DC, Sá CP. Social representations of the Brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil, according to the structural approach. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* jan-fev 2008;16(1):122-9.

16. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 19 set 1990. [acesso 4 jul 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

17. Mendes EV. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 2006. p. 57-98.

18. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2000. 44 p.

Recebido: 25.9.2012

Aceito: 30.10.2013