

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE RÍO DE JANEIRO, BRASIL, SEGÚN EL ENFOQUE ESTRUCTURAL

Antonio Marcos Tosoli Gomes¹
Denize Cristina de Oliveira²
Celso Pereira de Sá³

El sistema único de salud (SUS) enfrenta dificultades para una efectiva implementación. Este estudio tiene por objetivo caracterizar los contenidos y la estructura de las representaciones profesionales sobre la implementación del SUS en la ciudad de Río de Janeiro. Fueron adoptadas como guías la Teoría de Representación y Memoria Social, desarrolladas en cinco instituciones con cien profesionales. Los datos fueron recolectados a través de narraciones espontáneas y posteriormente analizados por el software EVOC2000. Los resultados muestran un núcleo central que se caracterizan por actitudes negativas frente al SUS. En el área de contraste se observa una actitud negativa que se refiere a la funcionalidad y una positiva, relacionada a la atención de los usuarios. En las zonas periféricas de la ciudad fue observada la incorporación de nuevos posicionamientos frente a la representación. Se concluye que en los profesionales se observan representaciones sociales que reconocen al SUS como un nuevo sistema. Sin embargo, esta incorporación no se da de forma natural, generando críticas sobre la importancia de los principios del sistema.

DESCRIPTORES: memoria; sistema de salud; sistema único de salud

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM IN THE CITY OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL, ACCORDING TO THE STRUCTURAL APPROACH

The Brazilian National Health Care System - The Single Health System (SHS) [SUS-Sistema Único de Saúde] faces difficulties for its effective implementation. This paper aims to characterize the contents and the social representation structure of the Brazilian health care system among health care professionals in the city of Rio de Janeiro. The concept of social memory and the theory of social representation were adopted as frameworks. Five health care institutions were included in this research, with 100 professionals altogether. The free-association technique was used to collect data and the EVOC 2003 software was used analyzed for data analysis. The results signal to a central nucleus, characterized by negative attitudes regarding the SUS. In the contrast area, there is a negative attitude towards the effectiveness of the system and a positive attitude towards the care provided to service users, also showing other principles. At its periphery, the implementation of new opinions about the representation could be observed. It is concluded that the professionals present social representations that recognize the SUS as a new system, eliciting negative attitudes among the professionals, and that is in a process of formation or progressive transformation, raising judgments about the pertinence of the system's principles.

DESCRIPTORS: memory; health systems; single health system

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL, SEGUNDO A ABORDAGEM ESTRUTURAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dificuldades para a sua efetiva implementação. Este estudo objetivou caracterizar os conteúdos e a estrutura das representações dos profissionais acerca da implantação do SUS no município do Rio de Janeiro. Adotou-se como eixos orientadores a Teoria de Representação e de Memória Social, sendo desenvolvido em 5 instituições de saúde, com 100 profissionais. Os dados foram coletados através de evocações livres e analisados pelo software EVOC 2000. Os resultados revelam um núcleo central caracterizado por atitudes negativas frente ao SUS. Na zona de contraste, observa-se atitude negativa referida à funcionalidade e positiva relativa ao atendimento dos usuários. Na periferia, percebe-se a incorporação de novos posicionamentos à representação. Conclui-se que os profissionais apresentam representações sociais que reconhecem o SUS como um novo sistema. No entanto, essa incorporação não vem ocorrendo de forma naturalizada, mas desperta julgamentos sobre a pertinência dos princípios do sistema.

DESCRITORES: memória; sistemas de saúde; sistema único de saúde

¹ Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, e-mail: mtosoli@gmail.com; ² Doctora en Salud Pública, Profesor Titular, e-mail: dcouerj@gmail.com. Facultad de Enfermería de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Brasil; ³ Doctor en Psicología, Profesor Titular del Instituto de Psicología de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Brasil, e-mail: cpsa@uerj.br

INTRODUCCIÓN

Posterior a los 15 años de su implantación, el Sistema Único de Salud (SUS) se presenta como una política que debe permitir tanto la accesibilidad universal para los cuidados básicos de salud, así como la disponibilidad de tecnología de punta. No obstante, sufre obstáculos asociados a la falta de recursos financieros y materiales, así como a la diferencia en los sueldos y cargos, entre otros. Esta realidad está caracterizada por tensión interna del sistema vivido por los profesionales de salud, generando la construcción de una forma singular de visualizar y de enfrentar tales dificultades.

El SUS es de gran importancia dentro del cuadro sanitario brasileño, no solo como estructura de organización institucional en el área de la salud y modelo de atención al cliente, sino también en especial por los cambios realizados en las formas de dirección, de concebir, de pensar y de ejecutar la asistencia en el país⁽¹⁾. A pesar de los avances que el SUS alcanzó en la última década, aún existen aspectos innovadores y conservadores, que son características de la atención de salud en el Brasil.

El aspecto innovador se refiere a los principios y al propio perfil de la propuesta en el sistema, así como a los debates y producción intelectual en el campo específico. El carácter conservador se expresa, por la baja institucionalidad obtenida entre la formulación y la ejecución efectiva de las acciones transformadoras de las prácticas en salud. Se percibe que no existe enlace entre la modernidad conceptual y legal, así como entre las prácticas de salud conservadoras, centradas en un modelo asistencial circunscrito a las respuestas y demandas inmediatas, a los medicamentos para la salud y a la alta tecnología centralizada en el hospital⁽²⁾.

De acuerdo con lo discutido, la formulación del SUS involucró una gran participación social, a través de los movimientos sociales, así como la organización de la sociedad civil y sus diversos sectores (usuarios, prestadores de servicios y agentes públicos institucionales, entre los principales), que se expresaron a través de acontecimientos concretos como Conferencias Nacionales de Salud con debates académico sobre el tema⁽³⁾.

Entre las directrices políticas consolidadas por la Constitución Federal Nacional se encuentran los fundamentos para la transformación del sistema de salud brasileño. La Constitución de 1988 definió la

creación del SUS, que tiene por principio básico el acceso universal y equitativo de las acciones y servicios dirigidos a la promoción, protección y recuperación de la salud. Además, el texto constitucional expresa su intención de trasladar el poder para la descentralización como eje central, reforzando la autonomía municipal y la participación de la comunidad. El municipio tiene la función específica de brindar servicios de atención para la salud de la población. Así como, la Unión y los Estados tienen la finalidad de proveer la cooperación técnica y financiera.

La regulación plena del SUS se hizo efectiva solo en 1990 (con la aprobación de las leyes 8.080 y 8.142), sufriendo prohibiciones presidenciales importantes en sus diversos artículos, especialmente referente a los mecanismos de transferencia en los recursos financieros. De esta forma, el Artículo 35, parte la Ley Orgánica 8.080, es un punto de partida para la construcción de un sistema de financiamiento, que favorezca y no dificulte la implementación de los principales postulados por el SUS. El Sistema de Salud debe ser ejecutado en base a un conjunto de acciones y servicios de salud brindados por órganos e instituciones públicas Federales, Estatales y Municipales, de administración directa e indirecta y de las fundaciones mantenidas por el poder público, complementariamente por la empresa privada⁽¹⁾.

Los objetivos finales del SUS se caracterizan por brindar asistencia a la población a partir del modelo de promoción de la salud, que engloban acciones que buscan eliminar o controlar las causas de enfermedades y daños, es decir, que determinan o condicionan la aparición de enfermedades. Proteger la salud de la población consiste en establecer acciones específicas para prevenir riesgos y exposiciones a las enfermedades y daños a la salud, es decir, mantener su salud y desarrollar acciones de recuperación para evitar muertes y secuelas ocasionadas por enfermedades. Por lo tanto, estos objetivos propuestos por el sistema único se caracterizan por su orientación en base a los principios organizativos de descentralización, regionalista, jerarquizado, resolutivo, de participación social y complementado por el sector privado; constituyéndose en objetivos estratégicos que buscan concretizar el modelo de atención a la salud⁽⁴⁻⁵⁾.

El SUS es definido como un sistema único, pues sigue la misma doctrina y principios organizativos en todo el territorio nacional, bajo la responsabilidad

de tres esferas autónomas de gobierno: federal, estatal y municipal. De esta forma, no se define como un servicio o institución, sino como un sistema que ejecuta un conjunto de unidades, servicios y acciones que interactúan con un fin común.

Su construcción es guiada por algunos principios doctrinarios, los cuales son: la universalidad, equidad y la atención integral de las acciones de salud. La *universalidad* implica que las personas tengan el derecho a la atención, es decir a la salud considerada como un derecho de ciudadanía y deber de los gobiernos municipal, estatal y federal. La *equidad*, parte de la premisa que todo ciudadano es igual frente al SUS y será atendido de acuerdo a sus necesidades, favoreciendo la disminución de las desigualdades existentes. La *atención integral* implica que todas las acciones de promoción, protección y de recuperación de la salud, forman un conjunto indivisible que no puede ser partido. Las unidades prestadores de servicios, con sus diversos grados de complejidad, forma también un todo indivisible, las cuales deben configurar un sistema capaz de brindar atención integral.

Simultáneamente, la organización del SUS es regida por cinco principios siendo ellos la regionalización y la jerarquía, la resolución, la descentralización, la complementariedad y la participación de los ciudadanos. La *regionalización* y la *jerarquía* permiten que la red de servicios del SUS deban ser organizados, teniendo en consideración que todas las regiones cuenten con servicios de salud en los diversos niveles de atención, los cuales se articulan a partir de su jerarquía. Permitiendo de esta forma, un conocimiento mayor de los problemas de salud en un área delimitada, favoreciendo acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria, control de vectores y educación para la salud; además de considerar acciones de atención ambulatoria y en hospitales, en todos los niveles de complejidad.

La *resolución* se considera cuando el servicio está capacitado para enfrentar y resolver cualquier problema de salud individual o colectiva, de acuerdo con su nivel de complejidad. La *descentralización* representa la redistribución de responsabilidades por las acciones de salud y los servicios entre los varios niveles del gobierno, llegando hasta el nivel municipal.

La *participación de los ciudadanos* o *control social* se refiere a garantizar que la población a través de sus representantes, pueda participar del proceso de formulación de políticas de salud y de control a

todo nivel, desde el federal hasta el local. Finalmente, la *complementariedad* esta prevista cuando existe la necesidad de contratar servicios privados para complementar los servicios públicos.

En el Brasil, luego de la Constitución de 1988, el SUS institucionalizó la acción de los grupos de interés, a través de los Consejos de Salud, permitiendo la participación de los grupos sociales organizados, como los sindicatos, asociaciones de vivienda e iglesias a través de sus representantes ejecutivos directos, como los secretarios de salud y técnicos universitarios. Esta participación se desarrolló a partir de la legislación específica, la cual define sus límites, el objetivo de sus decisiones y los participantes^(1-2,5-7).

El sistema se encuentra bajo la responsabilidad federal, estatal y municipal, pues siguen en todo el país los principios de equidad, universalidad y atención integral a la salud. Otro aspecto que caracteriza la organización del sistema es su descentralización política-administrativa, una vez que instituye el proceso de municipalización, en donde considera que el propio municipio debe realizar las acciones de salud dirigidas directamente para los ciudadanos.

Diversos autores están de acuerdo que, a pesar de las dificultades, se obtuvo avances en el modelo de descentralización adoptado por la política de salud, dirigida para la municipalización de la gestión y la claridad en las funciones estatales, como los coordinadores del sistema de referencia municipal. Con respecto al nivel federal se amplió su poder de inducción y de regulación, al introducir nuevos mecanismos de transferencia vinculados a las acciones y programas asistenciales⁽⁸⁻⁹⁾.

A pesar de los avances en el proceso de municipalización, se observa una distribución en los recursos federales inter-regionales e inter-estatales, que favorecen a los estados con mayor desarrollo, en especial con procedimientos de mediana y alta complejidad. Por otro lado los procedimientos relacionados a la atención básica se muestran más equitativos⁽⁹⁾. Sumado a ello, se nota que el proceso de descentralización, al fundamentarse en los principios constitucionales de universalidad, equidad y participación social, como esta previsto en la Ley Orgánica de Salud de 1990. A partir de la década del 90⁽¹⁰⁾, se presentaron avances y retrocesos en función a la ambigüedad, conflictos y contradicciones, debidas a cambios en el rol de Estado Brasileño.

A partir de las consideraciones trazadas, se definió como objetivo general, determinar las características y comparar los procesos de constitución; así como los contenidos de las representaciones sociales y memorias de los profesionales de salud acerca de la implantación del Sistema Único de Salud. Implantación realizada en hospitales, ambulatorios y centros de salud del municipio de Rio de Janeiro, buscando identificar y caracterizar las políticas de salud ejecutadas y las diversas prácticas desarrolladas.

ENFOQUE METODOLÓGICO

La memoria social utilizada como referencial teórico⁽¹¹⁻¹³⁾ se justifica debido a la importancia política, económica y como estrategia del sistema de salud para las políticas públicas en el Brasil. Además de considerar el tiempo transcurrido desde la implantación del SUS y la municipalización de la salud, en Rio de Janeiro, fue posible el análisis del proceso a partir de memorias construidas por la institución de salud y por los profesionales como interlocutores institucionales⁽¹³⁾.

Con la finalidad de conocer las políticas municipales y las prácticas de salud desarrolladas en las ciudades, se desarrolló debido a su importancia e implicancia, la definición de un referencial teórico que permita visualizar la implantación del SUS, no solo a partir de su visión normativa-institucional, sino también a partir de diversos pensamientos. De esta forma, es posible retraducir las vivencias en las relaciones, dentro de este complejo sistema. A partir de allí, buscar ingresar en la memoria y en las representaciones sociales construidas por los diversos grupos sociales que interactúan y construyen el SUS. Esta estrategia puede ser un camino muy útil para comprender los aspectos psicosociales que se suman a tantos otros elementos, considerando que es un sistema que es personificado por los servicios de salud⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Asociados a este fundamento teórico, también fue adoptada la Teoría de las Representaciones Sociales dentro de la psicología social, utilizando inclusive una propuesta complementaria a esta teoría que fue el enfoque estructural o la teoría del núcleo central^(13-14,16).

Se resalta que una representación es construida por un conjunto de creencias,

informaciones, opiniones y actitudes sobre un determinado objeto social. Este conjunto de elementos se organizan, estructuran y se constituyen en un sistema socio-cognitivo específico. El enfoque estructural considera que la organización de una representación social, tiene una característica específica, debiendo ser organizada alrededor de un núcleo central, constituyéndose en uno o más elementos que dan significado a la representación⁽¹³⁾.

De esta forma, los elementos presentes en este núcleo dan un sentido fundamental e inflexible. Asimismo, para una determinada representación, como característica ontológica del núcleo, se resalta la naturaleza del objeto representado, el tipo de relaciones que el grupo mantiene con este objeto y el sistema de valores y modelos sociales que son parte del ambiente de vida, dentro de su dimensión objetiva o subjetiva, sea individual o grupal.

La metodología involucró cinco instituciones de salud localizadas en la ciudad de Rio de Janeiro, las que tenía menos de 15 años. De esta forma había construido una historia dentro del Sistema de Salud. La elección de las instituciones fue basada en los siguientes criterios: un hospital público federal de gran complejidad, un hospital general estatal de gran complejidad y un centro de salud, perteneciente a la red pública municipal de salud.

La recolección de datos fue realizada durante el primer semestre de 2003 con 100 profesionales en actividad en las instituciones seleccionadas. Siendo 20 en cada unidad, quienes trabajaban menos de 15 años. La elección de los profesionales tuvo los siguientes criterios de inclusión: 5 sujetos en cargos administrativos no directivos, 5 en cargos administrativos directivos, 10 involucrados en actividades operativas. De los cuales, 5 tenía nivel superior y 5 nivel secundario o primario.

Las cinco instituciones se ubicaban en el municipio de Rio de Janeiro, todas de fácil acceso para la población, tenía toda una historia sobre la prestación de la asistencia antes de la implantación del SUS. La recolección de datos fue realizado a través de la técnica de evocaciones libres, que busca comprender la percepción de la realidad en base a una composición semántica ya existente. Composición no solo concreta, sino magnética, organizada alrededor de algunos elementos simbólicos simples. En este sentido, la aplicación del test, permitió solicitar a los sujetos que asocien de forma libre y rápida otras palabras o expresiones⁽¹⁶⁾, en base a lo que oyen o

miran de palabras inductoras (estímulos).

La evocación libre se presenta como una técnica importante para recolectar elementos que constituyen el contenido de una representación. Se resalta que el carácter espontáneo y la dimensión de proyección permiten ingresar de forma más rápida que la entrevista. Por ejemplo a los elementos que son parte del universo semántico del objeto estudiado⁽¹⁶⁾. El término inductor para la recolección de evocaciones libres fue la expresión Sistema Único de Salud (SUS), al cual los sujetos deben asociar cinco palabras o expresiones que se les venga a la cabeza.

El análisis de las evocaciones combina dos aspectos en base a las palabras evocadas, siendo la frecuencia y el orden en el cual fueron evocados. Buscando de esta forma, crear un conjunto de categorías organizadas en base a estos términos, para confirmar las indicaciones sobre su papel de organizador de representaciones. La asociación de estos dos criterios tuvo como resultado un cuadro de cuatro divisiones^(13,16).

Para el tratamiento de los datos recolectados se utilizó el software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations) versión 2000, que permite organizar los términos encontrados en base a jerarquías entendidas como frecuencia y orden de la evocación, favoreciendo la construcción del cuadro de cuatro divisiones⁽¹⁷⁾.

El producto de las evocaciones fue organizado previamente, siendo conformado por un *corpus* para el análisis, manteniendo el orden natural de las evocaciones de los sujetos. El material fue tratado por el *software* Evoc 2000, el cual calculó la frecuencia simple de cada palabra evocada, las frecuencias de cada palabra por jerarquías y la media de las órdenes en las evocaciones. Finalmente se generó un cuadro de cuatro divisiones. Con relación a los aspectos éticos sobre la investigación, fueron respetados los principios de la resolución 196/96. En este sentido, cada institución autorizó para realizar el estudio y cada sujeto participante firmó el Término de Consentimiento Libre e Informado - TCLE.

RESULTADOS

El análisis del *corpus*, formado por las evocaciones de los sujetos, mostró que fueron 444 palabras evocadas, siendo la media en las órdenes de las evocaciones 2,7; considerando una escala de

1 a 5. Se resalta que fueron eliminadas aquellas evocaciones cuya frecuencia fue igual o inferior a 8, siendo la frecuencia promedio de evocación igual a 13. El análisis combinado de estos datos generó un cuadro de cuatro divisiones.

Tabla 1 - Tabla demostrativa del cuadro de cuatro divisiones del total de sujetos estudiados, profesionales de las cinco instituciones de salud. Rio de Janeiro, 2003

OME	>2.7		<2.7					
Frec. Media	Término evocado	posic.	frec. O.M.E.	Término evocado	posic.	frec. O.M.E.		
> 13	Atención	+	33	2.68	Bueno	+	18	3.11
	Malo	-	33	2.57				
	Condiciones de salud	+	16	2.48				
	SUS	+	15	1.86				
	No funciona	-	13	2.65				
< 13	Ayuda	+	12	2.50	Necesario	+	11	3.09
	Igualdad	+	12	1.75	Derecho	+	10	3.50
	Desorganizado	-	10	2.40	Actuar profesional	+	9	3.00
	Unificado	+	9	1.55	Atención a los pobres	+	9	2.77
	Mentira	-	8	2.50	Enfermedad	+	9	2.88
	Facilidad	+	8	2.25	Va a ir bien	+	8	3.37
					Falta de atención	-	8	P3.12

Considerando las premisas de la Teoría del Núcleo Central^(13,16-17), las palabras que fueron agrupadas en el cuadrante superior izquierdo, fueron aquellas que tuvieron mayor frecuencia y más rápidamente evocadas. De esta forma, se construyó el núcleo central de la representación. Estos elementos tienen la función de defensa de la representación y caracterizan la parte dura de la misma, es decir la menos sensible a cambios, debido al contexto externo o a las prácticas cotidianas de los sujetos. Las palabras que fueron el núcleo central de la representación en el SUS muestra una posición negativa de los profesionales frente al sistema de salud, en especial en lo que se refiere a la calidad y función del mismo, siendo representadas como *malo* y que *no funciona*.

Por otro lado, el núcleo central es más complejo, en la medida que incluyeron palabras que muestran reconocimiento de los objetivos establecidos para el SUS, siendo mencionados por los sujetos como *atención* y *condiciones de salud*, siendo la *atención* el elemento que parece ofrecer identidad al sistema.

Al mismo tiempo, el término *malo* agrupo un conjunto de expresiones como caos, precariedad, muy malo, sin valor, no atender bien, atención carente, falta de condiciones, deja mucho que desear. La expresión *no funciona* abarca ideas como no seguir, no puedo contar con él, existen fallas en la práctica,

no implantado de forma satisfactoria y no fue bien, entre las principales. *Condiciones de salud* se refirieron a ideas, como condiciones de salud adecuadas para la población, no hace falta nada, salud, salud de la persona y salud pública.

De esta forma, se observa que el término *malo* es el elemento de mayor frecuencia y el tercero en la lista. Expresa la forma como los sujetos representan al SUS en sus aspectos generales, inferencia que parece fundamentarse por la expresión *no funciona*. Aún se relaciona con la evocación *atención*, reforzando la noción de poca funcionalidad, mala calidad y déficit en su estructura.

Contraria a la relación entre *mala y atención* fue expresada *condiciones de salud*, que indica aparentemente la importancia del SUS en la atención a la población. La sigla SUS es representada por una dimensión tipo una imagen de los sujetos con relación al sistema público de salud, una vez que su denominación es evocada.

Otro aspecto importante a ser destacado en este cuadro, es la relación indicada por los sujetos entre su representación del sistema de salud y la atención recibida. Es decir, la atención parece dar identidad al SUS, estableciéndose como su objetivo. Este término reafirma el principio de universalidad previsto para el SUS a través de su Ley Orgánica^(1,3).

El presentar a la centralidad representacional como característica negativa parece exponer las construcciones mentales de los profesionales sobre el sistema en el cual trabajan. La representación se establece por el aspecto práctico del sistema, en donde la oferta de acciones y servicios no fue suficiente para suplir las demandas de la población.

Paralelamente, la circulación de información sobre el sistema de salud (importante dimensión para construir las representaciones sociales), normalmente ofrecida por los medios de comunicación (televisión, prensa y digital), expone las debilidades del sistema. A pesar que algunas de las conclusiones sean aceleradas y superficiales, son transmitidas y consideradas verdaderas. La estructura de la representación tiene la influencia de esta situación, siendo fundamental considerar la importancia de las deficiencias y dificultades presentes en el seno del sistema y que fue revelada por este grupo^(4,8).

En el cuadrante superior derecho se localizan las palabras que también tuvieron alta frecuencia, sin embargo su posición promedio en el orden de la evocación no fue suficiente para que se integre al

núcleo central, siendo denominada de primer límite. En este espacio de la representación se observa la afirmación de una actitud positiva con respecto al SUS, en especial referida a la funcionalidad, mostrando una contradicción con los elementos del núcleo central.

La positividad presente en el primer límite se encuentra dividida en el segundo (cuadrante inferior derecho), relacionándose a la interfase de la representación como una realidad. Lo positivo en la estructura de la representación indica soluciones dadas por el sistema frente a los principales problemas de salud de la población. En este sentido se destaca el acceso a los servicios de salud como un derecho de ciudadanía, que es aprendido simbólicamente como recuperación de etapas importantes de la dignidad en algunas regiones, independiente de la clase social o de encontrarse en el mercado de trabajo⁽⁵⁾.

En el cuadrante inferior izquierdo, sucede lo contrario, se sitúan las palabras con menor frecuencia, sin embargo fueron evocadas más rápidamente. Por lo tanto, en base a las frecuencias que se encuentra abajo de la media, estas no están dentro del núcleo central, por lo que es denominada de zona de contraste. Área en la cual están incluidos diferentes elementos del núcleo central y que caracterizan variaciones de la representación entre los sub-grupos⁽¹⁶⁾.

Se observan en este espacio de la representación dos actitudes presentes: una actitud negativa, referida a la función del sistema (*desorganizado y mentira*) y una positiva relacionada a la atención brindada a los usuarios de los servicios (*ayuda y facilidad*). En la zona de contraste aún se observa la introducción de los principios de unificación e igualdad previstos para el sistema de salud brasileño por la Ley Orgánica^(4,18).

Se destacaron dos aspectos importantes en este cuadrante. El primero relacionado a la presencia de elementos negativos que refuerzan otras palabras presentes en la estructura nuclear, brindando una característica mucho más negativa sobre la representación. El segundo aspecto fue comprender algunos principios del sistema de salud en sus principales aspectos, los que indican que la construcción teórica del SUS, se está integrando a su estructura de representación.

Este hecho es resaltante, pues a pesar del desarrollo de acciones por parte de los profesionales, la integración del sistema en la mentalidad del grupo no se establece a cabalidad. En este momento los

aspectos negativos provenientes de su operacionalización parecen sobreponerse a las principales orientaciones en su estructura teórico-legal, en especial los 15 que pasaron desde su regulación e implementación.

Por otro lado, la ampliación de la red básica y los continuos esfuerzos para la construcción de una red integrada de atención, permitirá el incremento en la cobertura de salud para la población; así como su proximidad física con los profesionales y unidades de salud, explicado por los elementos positivos de la representación social. Se destaca, que la presencia positiva y negativa en la estructura no es una contradicción teórica, sino una exposición de las tensiones existentes en el interior de su estructura. Estas tensiones explican entre otras cosas, lo que sucede entre las representaciones y las prácticas, en donde el núcleo central da sentido a las acciones diarias, las que a su vez puede influir en la transformación de la representación⁽¹⁶⁾.

Las palabras ubicadas en el cuadrante inferior derecho son las que tuvieron menor frecuencia y lentamente evocadas, componiendo los elementos del segundo límite de la representación. En este espacio sobre la representación del SUS, se observa una actitud positiva frente al SUS, que lo reconoce como un *derecho* y ser *necesario*. Sin embargo, al mismo tiempo muestran como objetivos la *atención a los pobres* y *a la enfermedad*, negando su carácter único, que fue destacado en la zona de contraste; además, de su enfoque para las condiciones de salud mostrado en el núcleo central. Se debe considerar que los elementos presentes son mutables en la representación, es decir oscilan y revelan de forma clara, las agresiones sufridas por la representación en función a las prácticas desarrolladas y a las variables del contexto externo, lo que explica la presencia de los términos citados^(6-7,16).

En este cuadrante, los sujetos se destacan tanto por sus preguntas y demandas como profesionales del sistema, así como las preguntas y demandas de la población observadas en su cotidiano. De esta forma, el SUS aparece como *necesario* y por ser *derecho*, dando importancia al sistema en su contexto de atención a la salud, en especial, cuando es mostrado como *atención a los pobres*. Al mismo tiempo, se divide de forma pragmática y concreta en expresiones evocadas, como *actuar profesional*, la práctica localizada en el núcleo central y la *atención a los pobres*, como el objetivo de esta atención. Otra idea considerada por esta

expresión es que solo los pobres, quienes no tienen otra alternativa, aceptan ser atendidos en el sistema pésimo, el que no funciona⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

Considerando que la construcción de una representación implica incorporar diversos elementos, tales como conocimientos relacionados a los objetivos del SUS, a los principios y su dinámica interna; implican también el colocarse enfrente para aceptarlo o rechazarlo. Se observa, que la representación muestra a través de su estructura, un proceso representativo en formación, caracterizado por actitudes negativas, fuertemente marcadas y actitudes positivas que comienzan a ser incorporadas en la representación; a ello se debe su presencia en la zona de contraste y límite.

Por otro lado, elementos relacionados a la incorporación del conocimiento relacionados a preceptos del SUS, también pueden ser observados, tanto a nivel central como alrededor de la representación, confirmando la hipótesis establecida de ser una representación en formación. Se destaca aún que la presencia de nociones no universales del SUS y su enfoque en la enfermedad, refleja parte del pensamiento social, que asocia a las políticas públicas con pobreza y falta de calidad. Nociones antiguas que aún son manifestadas en el pensamiento del profesional.

Los datos observados en el análisis estructural de la representación no permiten visualizar todas las características del sistema de salud brasileño como, los recursos humanos, el financiamiento y la participación de la población. No obstante, permite vislumbrar la posición de los sujetos frente a las condiciones de atención a la salud y el acceso de los clientes al sistema. Asimismo, se muestra un conocimiento fragmentado sobre los objetivos y principios que rigen el SUS.

Se concluye que los profesionales tienen memorias y representaciones sociales que reconocen al SUS, como un sistema diferente al antiguo, proyectando un contenido coherente con los principios propuestos. Lo cual indica, un progreso en el proceso de incorporación de los mismos. No obstante esta incorporación no se establece naturalmente, sino despierta críticas por parte de los profesionales, sobre la propia pertinencia de los nuevos principios de atención pública a la salud dentro de la realidad brasileña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 05 de outubro de 1988. São Paulo (SP): Atlas; 1991.
2. Campos GWS. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 1997. p.113-24
3. Brasil. 8ª Conferência nacional de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
4. Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo (SP): Sobravime; 2002.
5. Aguilera CE, Bahia L. A história das políticas de saúde no Brasil. In: Aguilera CE, Bahia L, organizadores. Temas de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993. p. 3-13.
6. Carvalheiro JR. Os desafios para a saúde. Estudos avançados 1999 janeiro-abril; 13(35):7-20.
7. Barros MED. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: Canesqui AM, organizador. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1997. p. 113-33.
8. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6(2):269-81.
9. Ugá MA, Piola SF, Porto SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2):417-27.
10. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Cienc Saúde Coletiva 2001; 6(2):319-28.
11. Halbwachs M. Les cadres sociaux de la mémoire. Paris(PA): Albin Michel; 1994.
12. Le Goff J. Histoire et mémoire. Paris (PA): Gallimard; 1988.
13. Sá CP. Representações sociais e memória coletiva de um acontecimento remoto. In: Lemos, MTTB, Lemos NAM, Leira, PA, organizadores. Memória e identidade. Rio de Janeiro (RJ): Sete Letras; 2000. p. 27-41.
14. Moscovici S. La Psychanalyse, son image et son public. Paris (PA): P.U.F.; 1976.
15. Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D, organizadora. Les représentations sociales. Paris (PA): Presses Universitaires de France; 1989. p. 17-44.
16. Abric JC. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira DC, Campos PHF, organizadores. Representações sociais, uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Museu da República; 2005. p. 23-34.
17. Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C, organizador. Textes de Base in Sciences Sociales: Structures et Transformation des Représentations Sociales. Paris (PA): Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-53.
18. Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):376-82.