

Los principios del Sistema Único de la Salud Brasileño estudiados a partir del análisis de similitud

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

Objetivos: analizar y comparar la incorporación de principios éticos doctrinarios y organizativos en las representaciones sociales del Sistema Único de Salud (SUS), entre profesionales de la salud. Método: se trata de estudio fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado con 125 sujetos, en ocho instituciones de salud de Rio de Janeiro. Se aplicó la Técnica de Evocaciones Libres al término inductor "SUS", siendo estas analizadas con las técnicas del Cuadro de Cuatro Casas y el análisis de similitud. Resultados: se identificó que las representaciones sociales de los profesionales varían según el nivel de escolaridad y que aquellos de nivel superior representan un subgrupo responsable por el proceso de cambio de representación identificado. Este resultado puede ser confirmado a través del análisis de similitud. Conclusión: existe un proceso de cambio de representación en curso en el cual se verificó que los profesionales incorporaron los principios del SUS en sus construcciones simbólicas. El análisis de similitud se mostró una técnica provechosa para la investigación en enfermería.

Descriptores: Sistema Único de Salud; Percepción Social; Política de Salud.

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

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

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

Correspondencia:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Desde la creación del Sistema Único de Salud (SUS), hasta los días actuales, mucho se ha discutido sobre sus avances y, también, sobre los problemas que se vienen presentando. La creación del SUS tuvo por objetivo alterar la situación de desigualdad en la asistencia a la salud de la población, tornando obligatoria la atención pública a cualquier ciudadano, ofreciendo servicios en la atención primaria, secundaria y terciaria⁽¹⁾.

Sin embargo, "es difícil pensar en un Sistema de Salud universal y equitativo en un país, como Brasil, en donde a muchos les falta condiciones de sobrevivencia (...). En ese sentido, el SUS necesario, para que tengamos una sociedad más justa, está definido en sus principios legales. A su vez, el SUS posible, hoy, es aquel que se encuentra en el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud. A pesar de los significativos avances desde el inicio de los años de la década del 90, el SUS posible todavía está lejos del SUS necesario"⁽²⁾.

A partir de sus principios, ese sistema apunta para una ampliación de las acciones de los profesionales de la salud, con el objetivo de tornarlos capaces de asegurar una asistencia de calidad para todos, con competencia técnica y humana y de acuerdo con las directrices del sistema. Además del establecimiento de vínculo con los usuarios garantizando su participación en la toma de decisiones en los servicios de la salud, esos desafíos exigen del profesional de la salud consonancia con los preceptos doctrinarios y operacionales del sistema, además de construcciones simbólicas que den soporte a esas acciones.

Estos principios, al ser utilizados como referencia, permiten el reconocimiento de que toda institución de la salud y sus profesionales tienen el compromiso de atender con calidad técnica y científica las necesidades de salud del usuario, siendo resolutoria por medio del acceso y del acogimiento⁽³⁾.

Al considerar que las vivencias dentro de los servicios de la salud y las informaciones circulantes definen construcciones psicosociales que son compartidas por el grupo social al cual pertenecen los individuos, estos constituyen, por tanto, representaciones socio profesionales, que se caracterizan por una construcción híbrida entre el conocimiento del sentido común y la reificación del conocimiento⁽⁴⁾.

En este sentido, las representaciones sociales son caracterizadas por el conocimiento del sentido común que orienta las decisiones, las acciones, los pensamientos y las actitudes de los grupos y de las personas en su cotidiano⁽³⁻⁴⁾, pero también pueden ser utilizadas para el

análisis del conocimiento técnico profesional constituido sobre un dado objeto de trabajo⁽⁴⁾.

Al considerar las dimensiones simbólicas asociadas al sistema de la salud, especialmente considerando que pensamiento y acción establecen importantes relaciones, fueron definidos como objetivos de este estudio analizar y comparar la incorporación de los principios ético doctrinarios y organizativos en las representaciones sociales del SUS, entre los profesionales de la salud del municipio de Rio de Janeiro.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, pautado en el abordaje estructural de la teoría de las representaciones sociales⁽⁵⁾; éste fue desarrollado en el año de 2008, en ocho instituciones de la salud, localizadas en la ciudad de Rio de Janeiro y fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el protocolo nº 196/08.

La población estudiada fue compuesta por 125 profesionales de la salud, siendo 55 (44%) con nivel de escolaridad medio y 70 (56%) con nivel superior. La hipótesis subyacente a la elección de los sujetos y, particularmente, la inclusión de los profesionales de nivel medio, fue la existencia de diferentes concepciones sobre los principios del SUS. Para la selección de los 125 sujetos se consideró como criterio de inclusión a los profesionales de la salud que actuaran en el servicio público de la salud hace más de 20 años, de modo que tuviesen experiencia profesional antes de 1990.

Los sujetos respondieron a un instrumento en el cual constaba la técnica de evocación libre de palabras que busca acceder a la organización y estructura interna de la representación social analizada. Con base en esta técnica fue solicitado a los sujetos que evocasen cinco palabras que viniesen inmediatamente a su mente al escuchar la palabra "SUS". Las palabras evocadas fueron registradas por el investigador en el instrumento de recolección de datos. Esta técnica hace parte de la teoría del núcleo central o abordaje estructural, como abordaje complementario de la teoría de representaciones sociales, utilizada como base conceptual en el análisis de los datos de esta investigación⁽⁶⁾.

Los datos fueron analizados con el auxilio del programa EVOC 2003, que permite efectuar la organización de las palabras a partir de la jerarquía expresada por la frecuencia y por el orden natural de evocación, a través de la construcción del Cuadro de Cuatro Casas, en el cual son distribuidas las palabras evocadas, considerando los criterios de mayores frecuencias y orden promedio de

evocación (OME)⁽⁶⁻⁷⁾. Corresponde a cuatro cuadrantes, en el cual en lo alto a la izquierda son posicionados los elementos que tienen frecuencia mayor o igual a la frecuencia promedio y con menor orden promedio de evocación (más rápidamente evocados). En el cuadrante superior derecho, se encuentran los elementos periféricos más importantes, en función de sus elevadas frecuencias. En el cuadrante inferior derecho se encuentran los elementos menos frecuentes y menos prontamente evocados, y en el cuadrante inferior izquierdo se localizan los elementos que, a pesar de presentar bajas frecuencias, son considerados muy importantes por los sujetos por el orden privilegiado de evocación⁽⁵⁾.

Objetivando la detección del grado de conexión de los elementos identificados como participantes de la representación social analizada se adoptó la técnica de análisis de similitud, propuesta por Flament en 1986⁽⁵⁾. Esa técnica puede ser definida como destinada a averiguar la "cantidad de lazos o conexiones que un dado elemento mantiene con otros elementos de la representación"⁽⁵⁾.

Para la realización de este análisis fueron seguidos los procedimientos propuestos por investigadores del abordaje estructural de las representaciones⁽⁵⁻⁸⁾. Después de la construcción del cuadro de cuatro casas, se calculó la coocurrencia de las palabras que componían este cuadro, considerando apenas los sujetos que evocaron, al menos,

dos palabras, ya que una relación de conexión solamente puede existir entre uno y otro término⁽⁸⁾. Siendo excluidos, por tanto, los sujetos que no evocaron, por lo menos dos palabras del cuadro de cuatro casas; así, permanecieron 99 sujetos en el análisis de similitud general, siendo 56 de nivel superior y 43 de nivel medio.

Para el cálculo de los índices se construyó la tabla de coocurrencias y se realizó el cálculo del índice de similitud para cada par de palabras. A partir del conjunto de índices calculados y sus conexiones, se configuró el árbol máximo que es caracterizado como una representación gráfica de las conexiones entre los elementos de una representación social, sin permitir la formación de ciclos, una vez que se mantienen apenas los mayores índices⁽⁵⁻⁸⁾.

En la interpretación de ese árbol se considera la jerarquía de los valores de las ligaciones entre los términos, su relación de vecindad y la connotación asumida por cada término, en función de los otros que a ella se ligan⁽⁹⁾.

Resultados

Para la comprensión de los resultados del análisis de similitud es indispensable averiguar primeramente la estructura de la representación social analizada. A partir de la aplicación de la técnica de evocaciones libres fueron evocadas 569 palabras por los 125 sujetos, entre las cuales 96 eran diferentes.

Orden Media de Evocaciones (O.M.E.)						
<2,8				≥2,8		
Frec. Media	Término evocado Elementos Centrales	Frec.	O.M.E.	Término evocado 1ª Periferia	Frec.	O.M.E.
≥15	Atención	27	2,148	Atiende a todos	22	2,909
	No funciona	25	2,600	Deber estado	18	3,056
	Desorganización	20	2,500	Idealismo	15	3,067
	Atención pobres	19	2,737			
	Sistema único de la salud	17	1,765			
	Salud	16	2,563			
Frec. Media	Término evocado Elementos Contraste	Frec.	O.M.E.	Término evocado 2ª Periferia	Frec.	O.M.E.
<15	Equidad	14	2,357	Acceso	12	3,583
	Unificación	13	1,846	Atención buena	12	3,250
	Dificultad	12	2,083	Buena	12	2,833
	Organización	12	2,583	Desatención	12	3,583
	Mala	11	2,636	Jerarquización	12	3,417
				Asistencia integral	11	3,364
				Actuación profesional	9	3,667
				Capacitación	9	4,000

Figura 1 - Cuadro de Cuatro Casas para el término inductor "SUS" entre profesionales de la salud de ocho instituciones de la salud. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009. (n=125)

De acuerdo con la Teoría del Núcleo Central, las palabras localizadas en el cuadrante superior izquierdo

– *atención, no funciona, desorganización, atención a los pobres, sistema único de la salud y salud* – caracterizan

el posible núcleo central de la representación, una vez que ellas fueron evocadas un mayor número de veces y más prontamente. Esos elementos caracterizan la parte dura de la representación, menos sensible a cambios, en función del contexto externo o de las prácticas cotidianas de los sujetos^(5,10).

En este análisis fue posible identificar, en el probable núcleo central de la representación, elementos que indican diferentes dimensiones – pragmática, imaginística y evaluativa del SUS –, presentando destaque para el carácter funcional del sistema. Se puede observar un posicionamiento negativo por parte de los profesionales, en lo que se refiere a su funcionalidad, una vez que las palabras que forman el posible núcleo central de la representación del SUS presentan predominio de significados neutros y negativos (*no funciona, desorganización, atención-pobres, salud y sistema-único-salud*).

El sistema periférico de la representación social se caracteriza por estar organizado en torno del núcleo central, constituyéndose en la interfaz entre este núcleo y la situación concreta en la cual se construye la representación^(5,10). En el cuadrante superior derecho – primera periferia – fueron identificados los léxicos *atiende*

a todos, *deber del estado, idealismo*. En el cuadrante inferior derecho – segunda periferia – se encuentran los términos *acceso, atención buena, buena, desatención, jerarquización, asistencia integral, actuación profesional, capacitación*. Los elementos presentes en este cuadrante son poco frecuentes y definidos como menos importantes entre los términos evocados^(5,9).

En el cuadrante inferior izquierdo – elementos de contraste – se percibe que estos tienden a asociarse a los significados de la primera periferia de la representación, por medio de la presencia de elementos positivos y de la incorporación de principios del SUS, contrastando con el núcleo central^(9,11).

En determinados contextos, los elementos presentes en la periferia de la representación pueden ser considerados centrales, delante de las altas frecuencias con que fueron evocados. Sin embargo, de forma complementaria, un segundo indicador de centralidad viene siendo admitido a partir de la gran cantidad de lazos que un elemento mantiene con otros de la representación, además de destacado^(5,12).

El análisis de la conectividad de los elementos evocados, presentada en el árbol máximo de la Figura 2, apoya esa hipótesis.

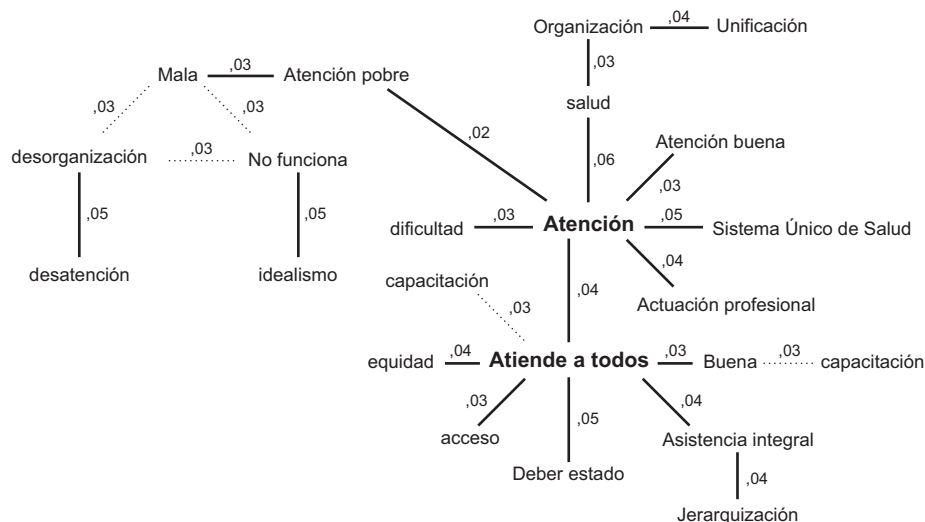


Figura 2 - Árbol máximo de similitud de las evocaciones de los profesionales de la salud. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=99)

La cognición que más estableció conexiones en el árbol máximo fue *atención*, ya apuntada como central en el cuadro de cuatro casas, seguida de *atiende a todos*, que en el análisis estructural se encuentra en la primera periferia. En función de la posibilidad de la conectividad sea considerada como un segundo criterio de centralidad^(5,12), este léxico puede ser considerado, por hipótesis, como

perteneciente al núcleo central de la representación del SUS para profesionales de la salud.

Entre los elementos que están conectados con *atiende a todos*, se destacan: *capacitación, equidad, acceso, deber estado, asistencia integral y buena*. Se observa una actitud positiva relacionada a este elemento, ya que todos los términos a él ligados poseen ese carácter. Otro

punto de discusión se centra en el hecho de que los demás principios doctrinarios que aparecieron en el análisis están asociados a él.

Merece destaque la conexión establecida entre *asistencia integral* y *jerarquización*, una vez que establece la asociación teórica y práctica de estos dos principios en las construcciones simbólicas de los profesionales de la salud, siendo confirmada por la distribución esquemática en el árbol de similitud, asociada a los índices de conectividad.

El léxico *atención* asociado a *atiende a todos* posee el mayor número de conexiones entre los términos evocados. En este sentido, se destacan las diversas facetas asumidas por la atención, que en esta estructura expresa una actitud positiva, ligado a elementos como *atención buena*, *salud*, *sistema único de salud*, *actuación profesional*, *atención pobre* y *dificultad*. Estas conexiones reflejan que, a pesar de que existen dificultades en el proceso de atención, los profesionales poseen una actitud positiva relacionada al mismo, además de reafirmar la caracterización de la atención como identidad del SUS.

Se destaca que los principios del SUS se presentaron integrados al árbol máximo y los elementos negativos – *desorganización* y *no funciona* – se mostraron como elementos accesorios a esa estructura, permeados por *atención a los pobres*, por medio de una ligación débil caracterizada por el más bajo índice de similitud, entre todos los demás.

Buscando entender mejor al subgrupo que posee una actitud positiva asociada al SUS y la incorporación de los principios a la representación, fue realizado un análisis complementario comparativo entre profesionales con nivel de escolaridad media y superior.

De acuerdo con la proposición del abordaje estructural de las representaciones sociales, una representación social solo puede ser considerada diferente si su núcleo también lo es^(7,10). Al analizar la estructura de la representación social de los profesionales con nivel de escolaridad superior, la expresión *atiende a todos* y la palabra *equidad* estaban presentes en el probable núcleo central, permitiendo inferir que este es el subgrupo responsable por la incorporación de los principios del SUS y por la actitud positiva frente al sistema de la salud en la representación general del grupo estudiado y que posee una representación distinta del grupo general.

Otro hecho que corrobora esta afirmación es la existencia de léxicos relativos a los principios en todos los cuadrantes de la estructura de representación, lo que refuerza la proposición de cambio de representación, en la cual los elementos nuevos son incorporados a la periferia y a la zona de contraste e introducidos posteriormente al núcleo central de la representación, transformándola.

El árbol de similitud, demostrado en la Figura 3, se refiere al árbol máximo del nivel superior, de la cual participaron 56 sujetos, y refuerza el análisis anterior.

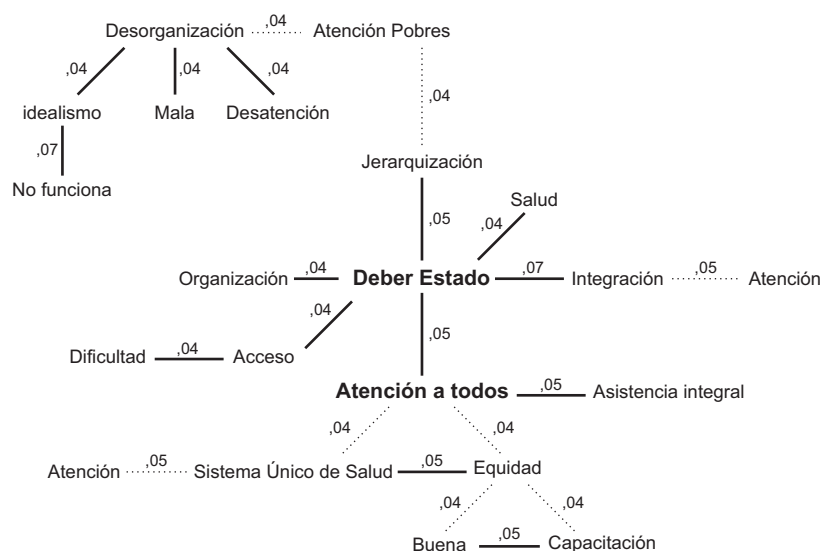


Figura 3 - Árbol máximo de similitud de las evocaciones de los profesionales de la salud de nivel superior. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=56)

La evocación *deber estado* fue la que más estableció conexiones con las demás, seguida de *atención a todos* y *equidad*, ya supuestamente centrales. Este dato sugiere

que los profesionales de nivel superior poseen una representación social diferente del grupo general, ya que el término *atención* se encuentra en la extremidad del

árbol, en cuanto que *deber estado* y *atiende a todos* son centrales. Se debe considerar que el SUS fue un sistema creado con base en el principio de la universalidad de la asistencia, en donde la salud es tomada como derecho de todos y un deber del Estado⁽¹³⁾.

Cabe resaltar que todos los léxicos que establecen conexiones con *deber estado* poseen significados positivos. Los elementos *jerarquización*, *integración* y *organización*, asociados a *deber estado*, apuntan para una dimensión administrativa y organizacional de la cual el Estado es responsable por proveer las condiciones necesarias para que el sistema funcione de forma integrada y jerarquizada con base en los tres niveles de complejidad, garantizando así, la organización política administrativa del sistema de salud y su funcionamiento pleno.

Como semejanza entre el análisis general, podemos citar la integración de los principios del SUS al árbol y la presencia de los elementos negativos de toda representación como accesorios a esta estructura, son ellos: *desorganización*, *no funciona*, *desatención* y *mala*. Estos elementos están permeados por *atención a los pobres*, una vez que esta establece la conexión entre los elementos negativos y lo restante del árbol, formando un esquema de pensamiento.

La Figura 4 se refiere al árbol máximo de los profesionales de nivel medio, de la cual participaron 43 sujetos, caracterizando estructuras de representaciones semejantes entre los profesionales de nivel medio y el conjunto total de profesionales, ya que el término *atención* permanece como el elemento que más establece conexiones con los demás, así como se expresa en el árbol del grupo general.

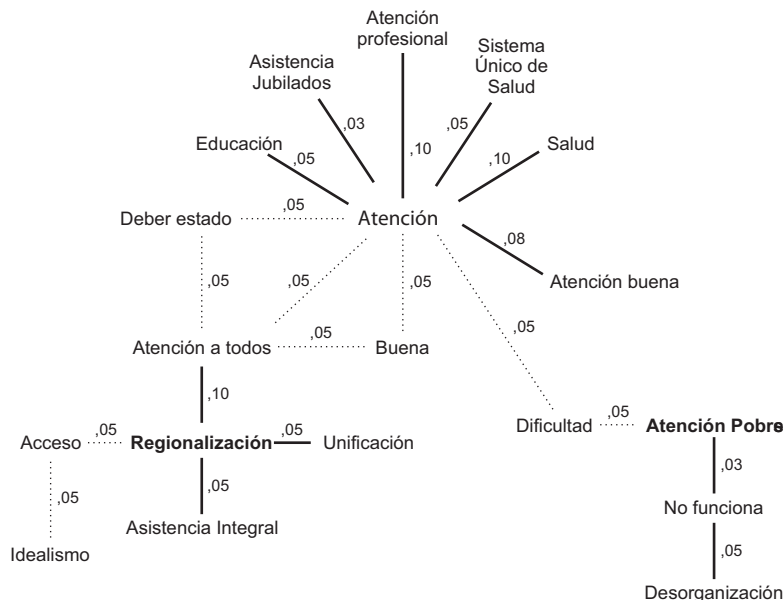


Figura 4 - Árbol máximo de similitud de las evocaciones de profesionales de la salud de nivel medio. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009 (n=43)

En este análisis, también llaman la atención las diversas facetas atribuidas a la *atención* por los profesionales de la salud. En este sentido, este término está ligado a *deber estado*, *educación*, *asistencia jubilados*, *actuación profesional*, *sistema único de salud*, *salud*, *atención buena*, *buena*, *atención a todos* y *dificultad*. Se observa una actitud positiva relacionada a la atención por parte de los profesionales de la salud de nivel medio y la configuración presentada confirma la hipótesis de que *atención* sea caracterizada, por este grupo, como la identidad del SUS, conforme expuesto en otro estudio^(11,14-15).

En el análisis de similitud, se destaca la importancia que el léxico *actuación profesional* asume en la estructura de representación de los profesionales de nivel medio, una vez que posee el mayor índice de similitud del árbol (0.10), ligado a la palabra *atención*, además de estar situado en la primera periferia del cuadro de cuatro casas, confirmando la presencia destacada de esta construcción simbólica en el sistema de pensamiento de estos profesionales. Esta relación refuerza otros hallazgos al exponer que los sujetos destacan tanto sus preguntas y demandas (como profesionales inseridos en el sistema), como las

preguntas y demandas de la población observadas en su cotidiano^(11-12,14-15).

El léxico *dificultad* aparece conexo a *atención* y *atención pobres*, formando una ramificación vinculada a todos los demás elementos negativos de la representación (*no funciona* y *desorganización*).

Después del análisis de los tres árboles de similitud (general, nivel superior y nivel medio) se puede inferir que los elementos negativos se encuentran como ramificaciones de esos árboles. Al mismo tiempo, estos términos están asociados a *atención pobres*, lo que da destaque a la negatividad de este elemento en las representaciones de los profesionales de la salud.

Discusión

A partir del análisis presentado en el cuadro de cuatro casas se puede observar la presencia de un movimiento de desplazamiento de significados ocurriendo en el sentido de la periferia y de los elementos de contraste para el Núcleo Central, con la incorporación de algunos principios del SUS y de elementos positivos a una representación cuyo núcleo central no contempla cualquier dimensión técnico-normativa, pero apenas elementos funcionales y negativos^(4,15).

Los léxicos indicativos de esos principios – *atiende a todos*, *deber estado*, *asistencia integral* y *jerarquización* – se localizan en la periferia de la representación y en su zona de contraste. De esta forma, se puede inferir que existe una incorporación más reciente de estos principios al universo simbólico del grupo de profesionales, incorporación ésta que se encuentra en proceso. Por otro lado, la presencia de esas palabras en diferentes cuadrantes de la estructura de representación apunta para su desplazamiento, conforme propuesto arriba. Tal desplazamiento y su sentido (periferia-centro) es indicativo de un proceso de cambio de representación en curso^(4,9,15).

Los elementos funcionales y negativos referidos, a su vez, son expresados, especialmente, en las palabras *atención* y *no funciona* como los léxicos más importantes del núcleo. El primer término caracteriza la finalidad del sistema de la salud y parece definir su identidad, una vez que incorpora a la representación del SUS su función primordial de atención ofrecida a la población. A su vez, la segunda palabra adjetiva la primera, reforzando su dimensión negativa.

En contraposición a los significados expresados por los elementos centrales referidos, apenas en el análisis de similitud se puede observar la centralidad del principio de universalidad (*atiende a todos*) y de la responsabilidad

del estado (*deber del Estado*), por el gran número de conexiones con otros elementos y por los altos índices de similitud que presentan⁽⁸⁾, en consonancia con la Ley Orgánica de Salud en la cual el SUS es caracterizado como un servicio público, que atiende a la población brasileña de forma gratuita, universal y equánime⁽¹⁶⁾.

Se destaca que los principios del SUS referidos están integrados a dos de los tres árboles máximos presentados como principales irradiadores de otros significados apuntando para su centralidad. Entre esos otros significados se encuentran los elementos negativos presentes en el Núcleo Central – *desorganización*, *no funciona*, *mala*, *atención a los pobres* – que forman conexiones propias caracterizando una rama accesoria a esa estructura central, compuesta por los principios.

La crisis de la salud es manifestada a partir de algunas dimensiones, que son: ineficiencia, ineficacia, iniquidad e insatisfacción de la opinión pública. En los servicios de atención médica, la crisis es traducida en la desorganización de los hospitales y de los ambulatorios, que presentan características, como filas, muertes, atenciones deshumanizadas, entre otros⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, diversos contextos históricos previos a la implantación del SUS, contribuyeron para la incorporación de una perspectiva negativa en la construcción del pensamiento social acerca del sistema de salud, los que son: económicos, políticos, comunicacionales y epidemiológicos. Así, la asociación de estos contextos previos se presentó como base desfavorable a la implantación del SUS en Rio de Janeiro, siendo responsable por algunas dificultades presentes en el sistema y que están presentes en las construcciones simbólicas de los profesionales hasta los días actuales⁽¹⁷⁾.

Los principios éticos doctrinarios⁽¹⁸⁾ proporcionan la base ideológica del SUS y se expresan en las acciones de cuidado en lo cotidiano de los profesionales en las unidades de la salud. Esos principios se revelan en el análisis presentado, a partir de las conexiones en los árboles máximos, con características habitadas a la democratización de la asistencia, una vez que las acciones y los servicios de la salud dejaron de ser restrictos y pasaron a ser universales y equánimes. Este conjunto de significados abarcando el SUS está presente en la representación analizada, una vez que los profesionales de la salud construyeron una red de conocimientos y percepciones en la cual las conexiones establecidas no siempre pueden ser observadas en un único análisis, conforme demostrado en el presente texto.

Conclusión

A partir de los resultados observados en este estudio se puede concluir que los profesionales de la salud incorporaron, mismo que de forma parcial, los principios que rigen el sistema de la salud brasileño en sus construcciones simbólicas. Cabe destacar que fue posible identificar los diferentes contenidos constituyentes de la representación social del SUS entre los profesionales de la salud, así como identificar los elementos específicos en la comparación entre los profesionales con niveles de escolaridad distintos. A partir de esta comparación se identificaron representaciones diferentes, confirmadas por las relaciones de conectividad establecidas entre el sistema central y el periférico de la representación analizada a través de la técnica de similitud.

Al analizar la estructura de la representación social de los profesionales con nivel de escolaridad superior, las expresiones que remiten a los principios de universalidad y equidad de las acciones de la salud están presentes en el probable núcleo central, además de otros elementos positivos. Este hallazgo permite inferir que este es el subgrupo de profesionales responsable por la incorporación de los principios del SUS a la representación del grupo general, así como por la actitud positiva frente al sistema de la salud. Otra característica presente en la representación de este subgrupo, y que corrobora esta afirmación, es el hecho de existir léxicos relativos a los principios éticos y doctrinarios del SUS en todos los cuadrantes de la estructura de representación.

Conforme discutido y demostrado en los resultados relativos a la movilidad de los elementos en la estructura de representación, se puede afirmar que existe un proceso de cambio de representación en curso con la inserción, en la estructura de representación, de nuevos contenidos indicativos de principios y de elementos positivos habituales del SUS.

Se observa, en el análisis de los cuadrantes, una representación anclada en el papel asistencialista del Estado, asociada a la imagen de desorganización y no funcionalidad de los servicios públicos, enfocada en la atención y con significados negativos. En el análisis complementario de similitud se observa una representación transformándose, por medio de un movimiento convergente, en una construcción simbólica con significados positivos y basada en los principios éticos doctrinarios del SUS. Esta proposición fue además reforzada por la presencia de elementos positivos y de principios en el sistema periférico de la representación y en la zona de contraste, conforme anteriormente discutido.

Referencias

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.