

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CARTOGRAFIA MENTAL DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
**THE BRAZILIAN HEALTH CARE SYSTEM IN THE MENTAL CARTOGRAPHY OF
HEALTH PROFESSIONALS**
**EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN LA CARTOGRAFÍA MENTAL DE LOS
PROFESIONALES DE SALUD**

Denize Cristina de Oliveira¹, Antonio Marcos Tosoli Gomes², Sonia Acioli³, Celso Pereira de Sá⁴

¹ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Líder do Grupo de Pesquisa A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais do PPGENF-UERJ. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Rio de Janeiro, Brasil.

² Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e do PPGENF/UERJ. Pesquisador do Grupo de Pesquisa A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais do PPGENF/UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

³ Doutora em Medicina Social. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e do PPGENF/UERJ. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais do PPGENF/UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Doutor em Psicologia Social. Professor Titular do Departamento de Psicologia Institucional e Social e do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Política de saúde. Sistemas de saúde. Pesquisa qualitativa.

RESUMO: Este estudo objetivou comparar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do Sistema Único de Saúde, adotando a Teoria de Representações Sociais. Foi desenvolvido com 105 profissionais em cinco instituições de saúde no Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada através de evocações livres e sua análise pelo software EVOC. Os resultados apontaram uma tensão entre elementos negativos e positivos da representação. O grupo com 50 anos ou mais estruturou a representação em uma tríade: negatividade, assistencialismo e responsabilidade. Os sujeitos mais jovens a estruturaram pelos aspectos positivos e princípios do Sistema Único de Saúde. A comparação por função revelou que os profissionais administrativos construíram uma imagem positiva do Sistema Único de Saúde, enquanto os operacionais apresentaram elementos negativos e assistencialistas. Conclui-se que o estudo permitiu identificar contradições entre os elementos de uma mesma representação, demonstrando variações em função das características sócio-profissionais dos grupos estudados.

KEYWORDS: Brazilian Health System. Health policy. Health systems. Qualitative research.

ABSTRACT: This study aimed to compare health professionals' social representations concerning the Brazilian Health Care System (*Sistema Único de Saúde*), with a basis on the social representations theory. Research was conducted with 105 professionals in five health care institutions in Rio de Janeiro, Brazil. Data collection was accomplished through subjects' free evocations, and its analysis was provided by EVOC software. Results revealed a tension between negative and positive elements of representation. The group of 50 years old and more structured its representations in terms of negativity, subjects' assistance, and responsibility. The younger subjects stressed the Brazilian Health Care System's positive aspects and its philosophy. Comparison regarding subjects' functions revealed that the administrative professionals have built a positive image of the Brazilian Health Care System, while the operational professionals presented negative and cared-based elements. It is concluded that the study allowed for identifying contradictions in the elements of the same representation, demonstrating variations in function of the social-professional characteristics of the groups studied.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud. Políticas de salud. Sistemas de salud. Investigación cualitativa.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue comparar las representaciones sociales de profesionales de la salud referente al Sistema Único de Salud, adoptando la teoría de representaciones sociales. El estudio fue desarrollado con 105 profesionales en cinco instituciones de salud de Rio de Janeiro-Brasil. La recolección de los datos fue hecha a través de evocaciones libres, y el análisis se realizó con el software EVOC. Los resultados señalaron una tensión entre los elementos negativos y positivos de las representaciones. El grupo con edad mayor de cincuenta años, estructuró la representación en una tríada: negatividade, asistencia y responsabilidad. En el grupo más joven, la estructuración se hizo con aspectos positivos y principios del Sistema Único. La comparación para la función señala que los profesionales administrativos construyeron una imagen positiva del Sistema Único de Salud, mientras que los operacionales asocian elementos negativos y asistenciales al sistema. Se concluye que el análisis permitió identificar tensiones y contradicciones en los elementos constitutivos de una misma representación, demostrando variaciones en función de las características socio-profesionales de los grupos estudiados.

Endereço: Denize Cristina de Oliveira
R. Gal. Ribeiro da Costa, 178, Ap. 1201
22010-050 - Leme, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: dcouerj@gmail.com

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de fevereiro de 2007
Aprovação final em: 11 de julho de 2007

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se, na atualidade e no Brasil, como a política que dá o contexto para as práticas profissionais em saúde, sendo orientado por um aparato jurídico e normativo, que define as suas bases filosóficas e operacionais. Nesse sentido, o SUS deve possibilitar o acesso universal às ações e serviços de saúde, em função das necessidades apresentadas pelos sujeitos. No entanto, enfrenta dificuldades associadas, dentre outros aspectos, à insuficiência de recursos financeiros face às demandas apresentadas; à falta de organização de estados e municípios para a efetivação de ações regionalmente hierarquizadas; ao repasse de recursos financeiros; à disparidade de salários e cargos; e à disparidade de posições dos gestores e profissionais frente ao sistema.

Destaca-se, ainda, que o SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde, mas especialmente pela mudança impressa por ele nas formas de direcionamento, de concepção, e de execução da assistência à saúde no país.¹ Apesar dos avanços alcançados na última década, coexistem em seu interior aspectos inovadores e conservadores que caracterizam a atenção à saúde no Brasil. O caráter inovador refere-se aos princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, bem como à qualidade dos debates e da produção intelectual do campo científico. O conservador se expressa na baixa institucionalidade alcançada pelo sistema, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde. Percebe-se não haver permeabilidade entre a modernidade conceitual e legal e o conservadorismo das práticas de saúde, centradas num modelo assistencial circunscrito às respostas às demandas imediatas, na medicalização da saúde e na alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico.^{2,3}

Buscar conhecer as políticas municipais e as práticas de saúde desenvolvidas nas cidades, portanto, reveste-se de importância e implica na definição de um referencial teórico que possibilite visualizar a implantação do SUS, não apenas a partir do olhar normativo-institucional, mas também a partir de diferentes pensares que permitam retraduzir o cotidiano das relações dentro desse complexo sistema.⁴ Dessa forma, buscar acessar as representações sociais dos diferentes grupos sociais que aí interagem e, de certa forma, reconstruam o SUS no cotidiano dos serviços de saúde, coloca-se como um caminho pro-

fícuo para a compreensão da faceta psicossocial que se soma aos tantos outros elementos, resultando no sistema corporificado dos serviços de saúde.⁵

A partir das considerações traçadas, definiu-se como objetivo deste estudo caracterizar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do SUS e comparar as estruturas dos sub-grupos em termos da faixa etária e da função desenvolvida nas instituições hospitalares, ambulatoriais e centro de saúde do município do Rio de Janeiro.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Adotou-se para a orientação deste estudo a Teoria das Representações Sociais,⁶ utilizando uma proposta complementar a esta teoria, qual seja, a abordagem estrutural ou a Teoria do Núcleo Central.⁷ Define-se representações sociais, neste contexto, como sendo o produto e o processo de uma atividade mental, através do qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.^{6,7} Acresce-se que a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, que é constituído por um ou mais elementos que dão significado à representação, fornecendo um sentido fundamental e inflexível à mesma.⁷

O desenho metodológico envolveu cinco instituições de saúde localizadas na cidade do Rio de Janeiro, que tinham sido constituídas antes da implantação do SUS, de modo que tivessem já construído uma história dentro do sistema de saúde brasileiro. A escolha das instituições obedeceu aos seguintes critérios de composição: um hospital público federal; um hospital estadual geral; um hospital municipal; um hospital privado, conveniado com o SUS, há pelo menos 18 anos; e um centro de saúde pertencente à rede pública municipal de saúde. Destaca-se que esta composição objetivou abarcar diferentes tipos de instituições, tendo como critério o tipo de vinculação – Federal, Estadual e Municipal – e a especificidade do SUS na cidade do Rio. A unidade básica foi selecionada enquanto uma instituição municipal portadora das especificidades deste nível de atenção.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2003 junto a 105 profissionais que desenvolviam ações no âmbito das instituições selecionadas, sendo 21 de cada unidade, que atuavam nas respectivas instituições há pelo menos

15 anos. A escolha dos profissionais obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: sujeitos ocupando postos administrativos não diretivos; sujeitos ocupando postos administrativos diretivos; sujeitos envolvidos em atividades operacionais com nível superior de formação e com nível médio ou básico, distribuídos proporcionalmente. O corte de idade dos participantes, exposto nos resultados (50 anos), foi baseado na distribuição de idade do conjunto dos sujeitos, objetivando constituir grupos numericamente iguais. Destaca-se ser esta uma exigência para as comparações na abordagem estrutural das representações sociais.

A coleta de dados foi realizada através da técnica de evocações livres, que busca apreender a percepção da realidade a partir de uma composição semântica preexistente, composição esta normalmente não só concreta, mas também imagética, organizada ao redor de alguns elementos simbólicos simples. Nesse sentido, a aplicação prática do teste consiste em pedir aos sujeitos que associem, livre e rapidamente, a partir da audição ou visualização de palavras indutoras (estímulos), outras palavras ou expressões.⁷

Para o tratamento dos dados coletados foi utilizado o *software* EVOC (Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations), versão 2000, que possibilita efetuar a organização das palavras produzidas em função da hierarquia implícita à combinação da frequência com a ordem natural de evocação. A técnica de análise consiste na construção de um quadro de quatro casas, pelas quais são

distribuídas as palavras evocadas, considerando os critérios de maiores frequências e Ordens Médias de Evocação (OME).⁸

No tocante aos aspectos éticos da pesquisa, foram respeitados os princípios da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Parecer N° 006/2005, pelas instituições participantes e pelos sujeitos, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O SUS INCORPORADO E RECONSTRUÍDO PELOS PROFISSIONAIS

Os resultados serão apresentados considerando inicialmente a representação do conjunto de profissionais sobre o SUS e, em seguida, os resultados das duas comparações propostas: função operacional ou administrativa e faixa etária – inferior ou superior a 50 anos.

A análise do corpus formado pelas evocações de todos os sujeitos pesquisados (105) revelou que, em resposta ao termo indutor “SUS”, foram evocadas 444 palavras e que a média da ordem de evocação foi de 2,7, numa escala de 1 a 5. Considerando que foram desprezadas as evocações cuja frequência foi igual ou inferior a 8, encontrou-se a frequência média de evocação igual a 13. A análise combinada desses dados resultou no quadro de quatro casas apresentado na Figura 1.

OME > 2,7				OME < 2,7				
Freq. Média	Termo evocado	Posição	Freq.	OME	Termo evocado	Posição	freq.	OME
> 13	Atendimento	+ -	33	2,68	Bom	+	18	3,11
	Ruim	-	33	2,57				
	Condições de saúde	+ -	16	2,48				
	SUS	+ -	15	1,86				
	Não funciona	-	13	2,65				
< 13	Ajuda	+	12	2,50	Necessário	+	11	3,09
	Igualdade	+	12	1,75	Direito	+	10	3,50
	Desorganizado	-	10	2,40	Atuação profissional	+ -	9	3,00
	Unificação	+ -	9	1,55	Atendimento aos pobres	+ -	9	2,77
	Mentira	-	8	2,50	Doença	+ -	9	2,88
	Facilidade	+	8	2,25	Vai dar certo	+	8	3,37
						-	8	3,12

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 1 - Estrutura da representação social do conjunto de profissionais estudados das cinco instituições de saúde. Rio de Janeiro, 2003.

Considerando as premissas da Teoria do Núcleo Central, as palavras agrupadas no quadrante superior esquerdo são aquelas que tiveram as maiores frequências e foram mais prontamente evocadas, formando, portanto, por hipótese, o núcleo central da representação. Esses elementos caracterizam a parte mais consensual e estável da representação, assim como menos sensível a mudanças em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos.⁷

As palavras que formam o núcleo central da representação do SUS revelam um posicionamento negativo dos profissionais frente ao sistema de saúde, especialmente no que se refere à qualidade das ações e à funcionalidade desse sistema, representado como “ruim” e que “não funciona”. Observa-se, por outro lado, palavras que demonstram o reconhecimento dos objetivos preconizados para o SUS, especificados pelos sujeitos como “atendimento” e “condições de saúde”; sendo o “atendimento” o elemento que parece conferir identidade ao sistema, caracterizando assim um núcleo central mais complexo do que se fosse composto apenas por atitudes positivas ou negativas diante do objeto de estudo.

O termo “ruim” expressa uma negatividade caracterizada por um conjunto de significados, como caos, precário, porcaria, sucateado, não atender bem, carência de atendimento, falta de condições, deixar a desejar e deficitário, por exemplo. A expressão “não funciona” abrange afirmativas como não foi para frente, não posso contar com ele, na prática tem falhas, não implantado satisfatoriamente e não está dando certo, dentre outras; e a expressão “condições de saúde” abarca os significados de condições de saúde adequadas para a população, não faltar nada, saúde, saúde da pessoa e saúde pública.

Desta forma, observa-se que o termo “ruim” apresenta-se como o elemento com maior frequência e a terceira ordem média de evocação, o que o coloca como o mais importante componente do núcleo central. Ele parece expressar a forma como os sujeitos representam o SUS em seus aspectos gerais, inferência esta que parece ser reforçado pela expressão “não funciona”. Esse termo estabelece, ainda, uma relação de qualificação com a evocação “atendimento”, reforçando a noção de não funcionalidade, má qualidade e estrutura deficitária do sistema de saúde. Um contraponto a essa configuração negativa, expressa por “ruim” e “atendimento”, pode ser observado na expressão “condições de saúde”, que parece indicar a importância do SUS para

o atendimento de saúde à população. A sigla “SUS”, também evocada, embora apenas repita o termo indutor, pode estar indicando, pela reafirmação, uma certa valorização positiva do sistema.

O fato da centralidade representacional se apresentar como mais negativa indica que as avaliações dos profissionais acerca do sistema dentro do qual trabalham são predominantemente negativas. A representação mostra-se permeada pelos aspectos práticos desse sistema, no qual a oferta de ações e serviços não tem sido suficiente para suprir as demandas resultantes das necessidades de saúde da população.⁹

De forma paralela, deve-se considerar que participam da construção das representações as informações acerca do sistema de saúde veiculadas cotidianamente pela mídia televisiva, impressa e digital, que costuma expor com destaque as mazelas do sistema. Ainda que algumas das suas conclusões sejam apressadas e superficiais, elas tendem a ser repassadas e apreendidas como verdade pelo público consumidor, inclusive os profissionais de saúde. A estrutura representacional, portanto, expressa também a assimilação desses posicionamentos midiáticos, que são incorporados à representação do grupo social como se fossem produzidas por ele.^{4,9}

No quadrante superior direito do quadro de quatro casas localizam-se as palavras que também tiveram uma alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que integrassem o núcleo central, constituindo assim o que se tem denominado de primeira periferia. Nesse espaço da representação observa-se a afirmação de uma atitude positiva com relação ao SUS, especialmente no que se refere à funcionalidade do mesmo. Essa contradição com os elementos do núcleo central merecerá em breve maiores considerações.

Antes, porém, cabe assinalar que a positividade presente na primeira periferia, apresenta-se desdobrada na chamada segunda periferia (quadrante inferior direito), que constitui a interface mais próxima da representação com as práticas sociais. Nesse espaço da representação, observa-se uma atitude positiva frente ao SUS, reconhecendo-o como um “direito” e “necessário”, mas, ao mesmo tempo, na medida em que enfatiza como objetivos o “atendimento aos pobres” e a “doença”, negando-lhe o caráter de unicidade, que lhe deveria ser inerente, assim como o seu direcionamento para as condições de promoção da saúde, revelado no núcleo central. Deve-se considerar, no entanto, que os elementos aí presentes são

os mais mutáveis da representação, ou seja, oscilam e revelam, mais claramente, as transformações sofridas pela representação em função das práticas desenvolvidas e das variações do contexto externo, o que pode explicar a presença dos termos citados.^{4,7}

Por outro lado, o caráter positivo atribuído ao SUS no sistema periférico parece indicar as soluções dadas pelo sistema aos principais problemas de saúde da população. Nesse sentido, pode-se destacar a possibilidade de acesso às ações e serviços de saúde como direito de cidadania e apreendido simbolicamente como recuperação da dignidade por parte de parcelas mais extensas da população, independentemente de classe social ou de inserção no mercado de trabalho.^{5,10}

No quadrante inferior esquerdo ocorre situação inversa, sendo aí localizadas as palavras com menores frequências, mas que foram muito prontamente evocadas. Portanto, em função das frequências abaixo da média, não estão inseridas no âmbito do núcleo central, sendo denominada de zona de contraste. Essa zona comporta elementos que caracterizam variações da representação em função de sub-grupos, sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação.⁴ Observam-se, nesse espaço da estrutura da representação, duas atitudes opostas: uma negativa, referida à funcionalidade do sistema (“desorganizado” e “mentira”), e uma positiva, referida ao atendimento dispensado aos usuários dos serviços (“facilidade”), embora

também revele uma conotação assistencialista, que se expressa no termo “ajuda”. Ainda nesse quadrante pode-se evidenciar, nos elementos “unificação” e “igualdade”, a incorporação, à representação dos profissionais pesquisados, dos princípios de acesso universal e equidade das ações de saúde, previstos na Lei Orgânica do SUS.^{4,10}

Concluindo a análise da representação global manifestada pelo conjunto dos sujeitos, verifica-se que a composição da zona de contraste, que vem de ser descrita, reproduz, de certo modo, a contradição anteriormente assinalada entre o SUS ser considerado centralmente como “ruim”, mas também como “bom” na primeira periferia. É, pois, assim mesmo – negativa e positivamente, ao mesmo tempo – que o SUS é representado pelos profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro, consideradas as extremas diferenças que um tal conjunto social naturalmente apresenta em termos ideológicos, de experiências acumuladas ao longo do exercício profissional, de maior ou menor proximidade em relação às atividades operacionais ou administrativas, e assim por diante.

A análise das representações em função da faixa etária pode ser observada nos dois quadrantes apresentados a seguir, relativos aos profissionais acima de 50 anos (Figura 2), e com idade igual ou menor que 50 anos (Figura 3). No que se refere ao sub-grupo de profissionais acima de 50 anos (Figura 2), foram analisados os dados de 57 sujeitos.

OME < 2,7		OME ≥ 2,7						
Freq. Med.	Termo evocado	Posição	Freq.	OME	Termo evocado	Posição	Freq.	OME
≥ 8	Atendimento	+/-	19	2,57	Bom	+	8	3,25
	Ruim	-	13	2,15				
	Condições de saúde	+/-	11	2,18				
	SUS	+/-	9	1,55				
	Ajuda	+	8	2,12				
< 8	Igualdade	+	7	1,71	Direito	+	7	3,42
	Hospital	+/-	6	2,66	Atuação profissional	+/-	7	3,14
	Abrange geral	+	6	2,66	Doença	-	5	3,80
	Facilidade	+	6	2,33	Necessário	+	5	2,80
					Segurança	+	5	2,80
					Universalidade	+	5	2,80

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 2 - Estrutura da representação social do sub-grupo de profissionais acima de 50 anos. Rio de Janeiro, 2003.

A hipótese de núcleo central da representação social dos profissionais que possuem idade superior a 50 anos se aproxima sobremaneira da análise do grupo geral, diferenciando-se apenas por uma amenização da sua dimensão negativa e por um maior destaque do caráter assistencialista atribuído ao sistema, ao incorporar a palavra “ajuda” ao seu núcleo central. A ausência da expressão “não funciona”, não somente neste quadrante, mas também em toda a estrutura representacional, expressa uma neutralização parcial da atitude negativa diante do sistema de saúde.

Nesse sentido, observa-se que a representação deste grupo organiza-se ao redor de três categorias analíticas, a saber: o caráter negativo do sistema (“ruim”); o seu perfil assistencialista (“ajuda”) e a representação do SUS como responsável pela atenção à saúde da população (“atendimento e condições de saúde”). Destaca-se, ainda, a presença de uma dimensão reverberativa expressa na própria sigla que identifica o atual sistema de saúde – SUS.

Entre os elementos de contraste, ressalta-se a presença de uma modalidade específica de assistência à saúde, qual seja, a hospitalar (léxico “hospital”), caracterizando a prioridade dada por um sub-grupo a essa modalidade de atenção. Os elementos “igualdade” e “facilidade” relacionam-se com “abrangente”, opondo-se às dimensões paternalista e assistencial presentes no núcleo central da representação e reforçando a idéia de conquistas sociais obtidas a partir da redemocratização do país. Além disso, é importante destacar, que a proximidade simbólica entre os elementos presentes nesse quadrante, explicitam a rede hospitalar como associada à facilidade e à universalidade do acesso aos serviços, refletindo a abertura das instituições de saúde para o atendimento a toda a população.

A periferia da representação confirma essa última inferência, em função da presença do princípio ético-doutrinário do SUS (“universalidade”) mais relacionado à assistência e ao acesso da população às ações de saúde, reforçando o caráter assistencial presente na mentalidade dos sujeitos. Neste sentido, “direito” e “ajuda” se opõem, nas representações dos profissionais, por se localizarem em campos políticos simbólicos opostos, especialmente em função do SUS deitar suas raízes nas conquistas cidadãs e democráticas da década de 80, e na revolução sanitária levadas a cabo por toda a sociedade brasileira.^{1,3}

A seguir, apresenta-se o quadrante formado a partir dos 48 sujeitos com idade igual ou inferior a 50 anos.

A seguir, apresenta-se o quadrante formado a partir dos 48 sujeitos com idade igual ou inferior a 50 anos.

OME		< 2,8			≥ 2,8			
Freq. Med.	Termo evocado	Posição	Freq.	OME	Termo evocado	Posição	Freq.	OME
≥ 5	Bom	+	8	2,65	Ruim	-	18	2,83
	Atendimento	+	6	1,83	Desorganizado	-	7	2,85
	Não funciona	-	5	2,00	Vai dar certo	+	5	3,80
	Unificação	+	5	1,80	Atendimento aos pobres	-	5	3,00
	Igualdade	+	5	1,80	Condições de saúde	+/-	5	3,00
					Corrupção	-	5	2,80
				Idealismo	+	5	2,80	
< 5	Mentira	-	4	2,25	Necessário	+	4	3,75
	Doença	-	4	1,75	Vontade política	+	4	3,50
	Falta isonomia	-	3	2,66	Ajuda	+	4	3,25
	Justiça	+	3	2,66	Burocrático	-	4	3,25
	Melhoria	+	3	2,66	Desatenção	-	4	3,00
	Fila	-	3	2,33	Sociedade	+/-	3	4,66
	Integração	+	3	2,33	Falta de pessoal	-	3	4,33
	Qualidade	+	3	1,33	Direito	+	3	3,66
	SUS	+/-	3	1,00	Humanização	+	3	3,33

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 3 - Estrutura da representação social do subgrupo de profissionais com idade igual ou menor que 50 anos. Rio de Janeiro, 2003.

A estrutura representacional do grupo de sujeitos mais novos apresenta-se significativamente diferente daquela dos sujeitos mais velhos e também do grupo geral, podendo-se afirmar a configuração de uma outra representação. O núcleo central desse grupo inclui elementos que expressam atitudes positivas diante do SUS e também os seus princípios e diretrizes (“bom”, “unificação” e “igualdade”), demonstrando a incorporação desses princípios à representação dos sujeitos a partir da exposição dos mesmos ao atual sistema de saúde, e possivelmente, também a partir da inclusão dos princípios ético-doutrinários e organizativos do SUS na formação profissional dos mesmos.¹¹

Por outro lado, a atitude positiva predominante estabelece uma tensão com as atitudes negativas, que permanecem presentes na centralidade representacional através da expressão “não-funciona”, demonstrando uma transversalidade desta contradição às estruturas estudadas. Este fato aponta que as estruturas representacionais se organizam através dessas duas polaridades, provavelmente pela complexidade atual do sistema de saúde que apresenta avanços em várias áreas, especialmente no acesso a tecnologias duras, e dificuldades em outras, como, por exemplo, no acesso a ações e serviços básicos.⁴

O núcleo central desta representação apresenta apenas um elemento comum com o grupo de maior idade (“atendimento”), demonstrando que a dimensão assistencial é o elemento comum nas três análises até agora apresentadas. Este fato se deve, provavelmente, a que a assistência é o objetivo mais visível de um sistema de saúde, situação que se torna mais aguda em um país de dimensões continentais e com as profundas desigualdades sociais, culturais,

econômicas e regionais como o Brasil.^{3,10}

Os elementos de contraste demonstram a referida contradição entre a positividade (“justiça”, “melhoria” e “qualidade”) e a negatividade (“mentira”, “falta”, “isonomia” e “fila”) na representação social dos profissionais mais jovens. São, ao mesmo tempo, reforçadas as bases filosóficas e organizativas do sistema com a palavra “integração” como um dos objetivos da constituição do SUS.

Comparando-se as representações dos dois grupos etários, cabe destacar algumas especificidades. A primeira é a diferença do foco assistencial presente entre os sujeitos com maior idade, que se centra no hospital, questão esta ausente no grupo de menor idade. O enfoque hospitalar pode ter origem em duas situações. A primeira, mais improvável, pelo fato de que, como a maioria dos campos de atuação focalizados na pesquisa, serem hospitalares, isto teria determinado o privilégio a tal cenário institucional na estrutura da representação, mas, em sendo assim, este fenômeno também deveria ter se refletido no grupo dos mais jovens. A segunda situação diz respeito à maior vivência profissional pelos mais antigos do modelo hospitalocêntrico, presente no país nas décadas de 70 e 80, bem como a superposição da imagem do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) à do SUS, que tende a configurá-lo como centrado no hospital, desconsiderando as transformações na área da saúde que passaram a valorizar a atenção e a rede básica.^{3,11}

A seguir, expõem-se os quadrantes construídos a partir das evocações dos 52 sujeitos que desenvolvem atividades administrativas no contexto do sistema de saúde.

OME < 2,8				OME ≥ 2,8				
Freq. Med.	Termo evocado	Posição	Freq.	OME	Termo evocado	Posição	Freq.	OME
≥ 7	Ruim	-	16	2,56	Atendimento pobres	-	7	2,85
	Atendimento	+	10	2,50				
	Bom	+	9	2,77				
	Igualdade	+	8	1,87				
< 7	Ajuda	+	6	2,33	Desorganizado	-	6	3,00
	Integração	+	5	1,60	Direito	+	5	3,00
	Doença	-	5	2,00				
	Mentira	-	5	2,20				
	Condições de saúde	+	5	2,40				
	Facilidade	+	5	2,40				

Legenda: OME - Ordem Média de Evocações.

Figura 4 - Estrutura da representação social do subgrupo de profissionais desenvolvendo função administrativa nas instituições de saúde. Rio de Janeiro, 2003.

O grupo de sujeitos que desenvolve atividades administrativas possui uma representação cujo núcleo central é caracterizado, também, pela tensão entre as dimensões positivas e negativas associadas ao SUS (“bom” e “ruim”, respectivamente), além de destacar a vocação pragmática do SUS (“atendimento”) e a incorporação de um dos seus princípios (“igualdade”). A interpretação conjunta dos elementos de contraste e da primeira periferia revela a incorporação do caráter assistencialista atribuído ao sistema de saúde, que se manifesta pelas evocações de “ajuda” e “atendimento aos pobres”.

Como um desdobramento da tensão observada no núcleo central, constata-se ainda a presença de elementos negativos na zona de contraste (“doença” e “mentira”), na primeira periferia (“atendimento aos pobres”) e na segunda periferia (“desorganizado”). Ao mesmo tempo, os positivos, em maior número na totalidade da representação (nove elementos, em comparação com quatro negativos)

se encontram na zona de contraste (“ajuda”, “integração”, “condições de saúde” e “facilidade”) e na segunda periferia (“direito”).

Ressalta-se, enfim, o grupamento semântico construído em torno de “atendimento” e “igualdade”, que inclui as palavras “integração”, “facilidade”, “doença”, “desorganizado” e “direito”, parecendo espelhar o modo como este grupo reconstrói simbolicamente o cotidiano institucional, no âmbito do sistema de saúde. Pelo fato dos sujeitos se situarem na estrutura institucional em nível central e de decisão, eles enfrentam situações em que o direito se confronta com as dificuldades de organização, assim como com o perfil de carência econômica da clientela que busca o SUS, que se expressa na evocação de “atendimento aos pobres”, não coerente com a noção de igualdade.²

Observa-se, a seguir, a estrutura representacional dos 53 profissionais classificados como operacionais, ou seja, que atendem diretamente à clientela nas unidades de saúde.

OME < 2,7				OME ≥ 2,7				
Freq. Med.	Termo evocado	Posição	Freq.	OME	Termo evocado	Posição	Freq.	OME
≥ 7	Atendimento	+	15	2,33	Bom	+	7	3,14
	Ruim	-	13	2,69				
	Condições de saúde	+/-	10	2,50				
	SUS	+/-	9	1,22				
< 7	Ajuda	+	6	2,66	Desatenção	-	6	3,66
	Não funciona	-	6	1,83	Direito	+	5	4,00
	Unificação	+	6	1,16	Melhoria	+	5	3,20
	Necessário	+	5	2,60	Atuação profissional	+	4	2,75
	Desorganizado	-	4	1,50	Corrupção	-	4	2,75
	Igualdade	+	4	1,50	Segurança	+	4	2,75
	Idealismo	+	4	2,25	Vair dar certo	+	4	3,25
					Doença	-	4	4,00

Legenda: OME – Ordem Média de Evocações.

Figura 5 - Estrutura da representação social do subgrupo de profissionais desenvolvendo função operacional nas instituições de saúde. Rio de Janeiro, 2003.

Observa-se que a estrutura da representação do grupo de profissionais desenvolvendo funções operacionais reproduz aquela do grupo geral, tanto no que se refere à tensão positivo-negativo quanto aos seus conteúdos específicos. As dimensões descritivas dessa estrutura representacional são as seguintes: negatividade (ruim, não funciona, desorganizado); do atendimento (atendimento e condições de saúde); dos princípios (unificação, igualdade, direito); imagética (sigla “SUS”). Os elementos “ruim”, “não

funciona” e “desorganizado” revelam uma avaliação negativa do sistema em todas as suas características, mas especialmente naquela relativa à assistência prestada à clientela, em função da centralidade representacional estar fortemente marcada pela dimensão pragmática da atenção à saúde. Essa negatividade reflete as mazelas do sistema de saúde com as quais os profissionais convivem diariamente, tais como o estresse cotidiano enfrentado na execução das tarefas, a falta de material, o número excessivo de

atendimentos, o sucateamento das instituições, a insuficiência ou ausência de profissionais e o maior número de demandas em relação às ações e serviços oferecidos, dentre outros.⁹⁻¹²

Dois destaques são importantes numa análise transversal dos quadrantes apresentados. O primeiro relacionado ao desdobramento da avaliação negativa presente no núcleo central em diversos elementos periféricos de caráter igualmente negativo. O segundo se refere ao fato de que a apreensão de alguns princípios do sistema de saúde em seus aspectos principais normalmente se verifica fora do núcleo central ou com apenas um léxico em seu contexto, o que indica que a construção teórico-jurídica acerca do SUS está se integrando à estrutura da representação, mas de forma ainda tímida.

Este fato chama a atenção, uma vez que, apesar do desenvolvimento de ações cotidianas por parte dos profissionais no interior do SUS, a integração do sistema à cartografia mental do grupo não ocorreu de forma plena. Neste momento, os aspectos negativos advindos de sua operacionalização parecem se sobrepor às orientações principais presentes no seu arcabouço teórico-legal, especialmente quando se considera o tempo e as ações realizadas por pessoas e instituições no sentido de melhor implementá-lo.^{5,11-12}

Por outro lado, a universalização do atendimento, a ampliação da rede básica no Rio de Janeiro e em todo o Brasil e os esforços contínuos para a construção de uma rede integrada de atendimento, permitindo o aumento da cobertura das ações de saúde, refletem-se na variedade dos elementos positivos presentes na representação analisada.¹³⁻¹⁴ Destaca-se que, na periferia da representação estudada, os sujeitos incluem tanto as suas questões e demandas próprias, como profissionais inseridos no sistema, quanto às questões e demandas da população, observadas no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, o SUS aparece como “necessário” e um “direito”, conferindo importância ao sistema no contexto da atenção à saúde, e, como uma promessa de futuro, nos elementos “idealismo” e “vai dar certo”. Ao mesmo tempo, desdobra-se, de forma concreta, na expressão “atuação profissional”.

CONCLUSÕES

Considerando que a construção da representação estudada implica a incorporação de diversos elementos, tais como conhecimentos relativos aos objetivos do SUS, aos seus princípios e à sua dinâmi-

ca interna, mas também implica um posicionamento diante dele, aceitando-o ou não, observa-se, através da sua estrutura, que tal representação se encontra em processo de formação. Essa representação caracteriza-se por atitudes negativas mais fortemente marcadas enquanto, ao mesmo tempo, atitudes positivas começam a ser incorporadas à estrutura representacional, daí a sua presença marcante na periferia e na zona de contraste, e não no núcleo central, à exceção do caso dos profissionais ligados à administração do sistema. Por outro lado, elementos relativos à incorporação de novos conhecimentos sobre os preceitos do SUS são também observados, tanto em nível central quanto periférico da representação, confirmando a hipótese de se tratar de uma representação em formação.

Pode-se afirmar, portanto, que os profissionais construíram representações sociais que reconhecem o SUS como um sistema diferente do anterior, mas que as suas especificidades se encontram ainda em um progressivo processo de incorporação ao sistema cognitivo dos profissionais. De fato, os princípios que caracterizam esse novo sistema de saúde foram apenas parcialmente incorporados a esse mapa cognitivo. Deve-se considerar que essa incorporação, no entanto, não vem ocorrendo de forma naturalizada, mas que vem despertando julgamentos por parte do grupo de profissionais de saúde sobre a própria pertinência desses novos valores para a atenção pública à saúde, no contexto da realidade brasileira.

Conclui-se pela existência de uma mesma representação social comum a todos os grupos estudados, marcada, entretanto, por diferenças que refletem as particularidades de inserção de cada grupo analisado no Sistema de Saúde e o seu papel na efetivação desse mesmo sistema. Essas diferenças podem ser observadas no que se refere ao posicionamento assumido pelos diferentes grupos diante do SUS, referendando-o plenamente enquanto proposta de estado e política pública ou, por outro lado, trazendo a tona as suas dificuldades cotidianas e os impasses que vêm sendo colocados à sua plena efetivação nesses 17 anos do seu desenvolvimento no Brasil.

A consolidação do SUS pressupõe, dentre outros, ações voltadas para uma dimensão política do sistema, no que se refere à reafirmação dos seus princípios, bem como ações pedagógicas, na perspectiva da formação e educação permanente dos profissionais de saúde, tendo em consideração as representações sociais como elemento de realidade que, em certa medida, direciona as práticas desses agentes sociais.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Justiça (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): MJ; 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 Ministério da Saúde (BR). Oitava conferência nacional de saúde. Brasília (DF): MS; 1988.
- 4 Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Acioli S, Rodrigues BMRD, Valois BRG. As representações sociais do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro segundo a abordagem estrutural. In: Paredes A, organizadora. Textos completos da IV Jornada Internacional de Representações Sociais e II Conferência Brasileira de Representações Sociais; 2005 Nov 8-11; João Pessoa, Brasil. João Pessoa (PB): UFPB; 2005. p.2637-54.
- 5 Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev. Latino-American. Enferm. 2003 Maio-Jun; 11 (3): 376-82.
- 6 Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris (FR): P.U.F.; 1976.
- 7 Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris (FR): Presses Universitaires de France; 1994.
- 8 Vergès P. Appoche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C, organizador. Textes de base in sciences sociales: structures et transformation des représentations sociales. Paris (FR): Delachaux et Niestlé; 1994. p.233-53.
- 9 Carvalheiro JR. Os desafios para a saúde. Estudos avançados. 1999 Jan-Abr; 13 (35): 7-20.
- 10 Castro CGJ, Westphal MF. Modelo de atenção. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadoras. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p.91-111.
- 11 Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Acioli S, Rodrigues BMRD, Valois BRG. As representações do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro segundo a abordagem estrutural. In: Anais da 4a Jornada Internacional de Representações Sociais e 2a Jornada Brasileira sobre Representações Sociais; 2005 Out 9-12; João Pessoa, Brasil. João Pessoa (PB): UFPB; 2005. p.2637-54.
- 12 Moretto EFS. Os enfermeiros e sua relação com os princípios do SUS. Texto Contexto Enferm. 2000 Maio-Ago; 9 (2): 611-20.
- 13 Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Fernandez SA. O acesso ao sistema público de saúde analisado a partir das memórias e representações dos seus profissionais. In: ABEN, organizadora. Livro tema do 56o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Gramado (RS): ABEN; 2004. p.257.
- 14 Costa NR. Política social e ajuste econômico. Cad. Saúde Pública 2002; 18 (supl.): 13-21.