

O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem¹

Dirce Stein Backes²
Martha Helena Teixeira de Souza³
Mara Teixeira Caino Marchiori³
Juliana Silveira Colomé⁴
Marli Terezinha Stein Backes⁵
Wilson Danilo Lunardi Filho⁶

Objetivo: conhecer a percepção de profissionais que atuam em uma instituição conveniada com o Sistema Único de Saúde sobre o que sabem, pensam e falam dessa política pública de saúde. **Método:** trata-se de estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, realizado com 28 profissionais que atuam em uma instituição conveniada com o Sistema Único de Saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com questões norteadoras e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** os dados codificados e interpretados resultaram em três eixos temáticos: Sistema Único de Saúde - teia perfeita que não funciona na prática; o recorrente hábito de reclamar do Sistema Único de Saúde; a necessidade de repensar o modo de pensar, atuar e gerir o Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde têm conhecimento dos princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde nacional, no entanto, reproduzem um modelo de concepção e atuação dicotômico, pontual e linear ainda fortemente vigente no pensar da sociedade em geral.

Descritores: Pesquisa em Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Formação de Recursos Humanos.

1 Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Brasil, processo nº 1229-2551/13-8.

2 Pós-doutoranda, Centro de Ciências da Saúde, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil. Professor Titular, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

3 PhD, Professor Titular, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

4 Doutoranda, Centro de Ciências da Saúde, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil. Professor Associado, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

5 PhD, Professor Doutor, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

6 PhD, Professor Associado, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dirce Stein Backes

Centro Universitário Franciscano

Rua dos Andradas, 1614

Centro

CEP: 97010-032, Santa Maria, RS, Brasil

E-mail: backesdirce@unifra.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

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

Introdução

No documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano 1978 (Declaração de Alma-Ata), ficou estabelecido, em plano mundial, a participação efetiva dos Estados na promoção da saúde dos seus cidadãos, por meio de práticas de saúde que primem pelo bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes. A partir desse enfoque, a saúde passou a ser uma das mais importantes metas da sociedade mundial e, para o seu alcance, necessita estar integrada e articulada com os diversos setores sociais, econômicos e políticos⁽¹⁻²⁾.

Dessa forma, ficou garantido, na Constituição Federal de 1988, que todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, prestada por um sistema nacional de saúde⁽¹⁻³⁾. Originou-se, com base nessa garantia, o Sistema Único de Saúde (SUS) com características únicas na América Latina. A sua implantação resultou na descentralização e, conseqüentemente, na expansão do acesso aos serviços de saúde, em especial nos serviços de atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família⁽²⁻⁶⁾.

Percebe-se, nesse processo, que o Brasil vem investindo em um sistema universal centrado na atenção básica ou primária de saúde, ao mesmo tempo em que muitos outros países optaram pela atenção seletiva e estratégias de financiamento menos equitativas. Essa mudança levou ao aumento expressivo de cobertura e com efeitos positivos em várias áreas⁽³⁾. Em estudo realizado em 2008 evidenciou-se que 93% dos brasileiros que procuraram a atenção à saúde conseguiram obtê-la e que várias intervenções na área materno infantil estão perto de atingir a cobertura universal garantida pelos princípios do SUS⁽³⁻⁵⁾.

Formado por uma rede de serviços e ações de saúde prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988⁽³⁻⁴⁾. Conquistado em meio a lutas participativas e democráticas, o SUS se fundamenta em princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade e se estrutura em diretrizes organizativas tais como: a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação popular⁽⁶⁻⁹⁾.

O SUS representa a materialização de uma expectativa ampliada e contextualizada de saúde, pela possibilidade de transcender a lógica biologicista

e conceber a saúde como um bem social⁽⁸⁻⁹⁾. A sua criação foi, portanto, o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil. A partir de então se vive, no Brasil, um movimento de intensos e crescentes avanços no setor da saúde, mas, também, de grandes e importantes desafios tanto na área de gestão quanto na área dos processos e cuidados⁽⁹⁾. Percebe-se, paralelamente, uma cultura de descrédito e de desvalorização das questões que dizem respeito ao SUS, tanto por parte de gestores e profissionais que nele atuam quanto por parte de usuários/população, em geral, que dele usufruem. Essa percepção, em muitos casos, está relacionada à desinformação sobre os princípios e diretrizes que regem o SUS e, em outros, pela supremacia do modelo biomédico, ainda centrado na atenção secundária e terciária^(2,10-11).

Considera-se que o desenvolvimento de uma gestão sistêmica, proativa e de valorização das questões que dizem respeito ao SUS deve começar pelos próprios profissionais da área da saúde, por meio de intervenções teórico-práticas propositivas de novos modos de pensar e agir. Para tanto, a educação permanente em saúde pode constituir-se em um importante mecanismo articulador entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, considerando que essa faz parte do rol de atribuições finalísticas do SUS⁽¹²⁾. A educação permanente em saúde pode ser caracterizada como proposta metodológica de aprendizagem significativa no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho, a fim de possibilitar a qualificação das práticas profissionais⁽¹³⁾.

Nesse processo de conquistas, o enfermeiro vem assumindo papel cada vez mais decisivo e proativo, principalmente no que se refere à identificação das necessidades de cuidado em saúde, bem como no fomento de políticas voltadas para a promoção e proteção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades. Mesmo que interligada e complementada por outros saberes profissionais, a enfermagem pode ser amplamente definida como a ciência do cuidado integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado quanto no sentido de promover estratégias de formação voltadas para a educação permanente em saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O presente estudo está vinculado a um projeto ampliado de formação em educação permanente em saúde. Porém, *a priori*, optou-se por investigar o que, de fato, os profissionais sabem, pensam e falam sobre o SUS, para, num segundo momento, intervir na

realidade, a partir de uma proposta de formação em educação permanente. Assim, o presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção de profissionais que atuam em uma instituição conveniada com o Sistema Único de Saúde sobre o que sabem, pensam e falam dessa política pública de saúde.

Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, orientado pela abordagem qualitativa, tendo em vista o lugar essencial dessa vertente no âmbito da investigação social e da saúde, sempre que essa se voltar para dimensões simbólicas, demandando compreensão, análises e avaliações de impacto mais aprofundadas⁽¹⁶⁾.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas entre os meses de novembro e dezembro de 2013, em dias e horários previamente agendados, com profissionais de uma instituição conveniada com o SUS, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram conduzidas com base nas seguintes questões norteadoras: fale-me sobre o que você sabe e pensa sobre o SUS. Sendo profissional desta instituição, como você percebe a dinâmica de trabalho no contexto do SUS?

Os informantes foram escolhidos de forma aleatória, a partir de um convite formal, no próprio local de trabalho. Dos 30 profissionais convidados, 28 aceitaram fazer parte do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre os participantes, figuraram enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e profissionais de apoio dos setores de administração, hotelaria, secretaria, farmácia e nutrição.

Na sequência, as entrevistas foram transcritas e o material empírico foi submetido à análise de conteúdo temática⁽¹⁷⁾, a fim de descobrir os núcleos de sentido que compunham a comunicação, cuja presença ou frequência acrescentavam perspectivas significativas ao objeto de estudo. A noção da temática esteve associada às afirmações recorrentes, apresentadas por palavras, frases ou ideias. Assim, a operacionalização do processo seguiu as três etapas preconizadas para a realização da análise de conteúdo temática.

Na primeira etapa, pré-análise, foi realizada leitura exaustiva dos dados, seguida da organização do material e formulação de hipóteses. Na sequência, foi realizada a exploração do material, ou seja, a codificação dos dados brutos. Na terceira e última etapa, os dados foram interpretados e paralelamente delimitados os eixos

temáticos, a partir da compreensão dos significados estabelecidos⁽¹⁷⁾.

Para cumprir os critérios éticos, foram atendidas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012, que prescreve a ética em pesquisa com seres humanos⁽¹⁸⁾. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº308.493/2013. Para manter o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas, no texto, pela letra "P", seguida por um algarismo arábico correspondente à ordem de realização das entrevistas.

Resultados

Os dados codificados e interpretados resultaram em três eixos temáticos, quais sejam: SUS - teia perfeita que não funciona na prática, o recorrente hábito de reclamar do SUS e a necessidade de repensar o modo de pensar, atuar e gerir o SUS.

SUS - teia perfeita que não funciona na prática

Na fala dos profissionais ficou evidente, em sua totalidade, que o SUS é uma teia/rede perfeita, o melhor plano de saúde nacional e exemplo para outros países. Reconhecem que o mesmo alcança as diferentes classes econômicas e que abrange desde os serviços básicos aos mais complexos, gratuitamente. Um sistema, portanto, que vem se qualificando por meio de novos programas e políticas, mas que apresenta dificuldades operacionais, na prática.

Nessa percepção antagônica e dialética, os depoentes mencionaram o acesso e a demora nos serviços como os principais entraves para o não funcionamento do SUS, na prática. *O SUS é uma teia perfeita. Se funcionasse, na prática, seria tudo perfeito. Os Estados Unidos vieram para tomá-lo como exemplo. É difícil você entrar no sistema, mas depois que você entra, consegue fazer tudo. Consegue até fazer uma cirurgia, se precisar (P1).*

Ao mesmo tempo em que os entrevistados mencionaram dificuldades relacionadas à demora e ao acesso nos serviços, reconheceram, também, que não conseguem imaginar o Brasil sem o SUS. *Não posso imaginar o Brasil sem o SUS. Eu não imagino, por mais precário e deficiente que seja (P13).* Com esse pensar, os profissionais novamente evidenciam uma relação antagônica. Ao mesmo tempo em que o sistema é *precário e deficiente* ele já faz parte da história e da vida dos brasileiros, isto é, já foi internalizado como bem social. Por outro lado, alguns profissionais não encontram justificativa para a

demora na realização de exames pelo SUS, bem como à necessidade de garantir “fichas médicas” a partir de longas filas de espera durante as madrugadas ou bem antes disso. *Às vezes, temos aqui pequenas cirurgias para tirar uma pintinha e faz um ano que a pessoa marcou consulta. Eu não sei por que tanta demora (P5). O meu marido foi num posto, há dois anos, para conseguir consulta com um neurologista. Há poucos dias telefonaram para ele fazer o exame, mas, neste tempo, ele fez a isquemia. Eu gostaria de entender por que acontece isto? Fora este negócio de você ter que ir às 4 horas da madrugada para tirar uma ficha. Eu não consigo entender (P26).*

Além do acesso e da demora, mencionados por todos os entrevistados, alguns criticaram as intervenções políticas, o desvio de verbas públicas e a falta de engrenagem sistêmica entre os diferentes setores. Reforçam que o SUS é uma rede perfeita, mas que, na prática, os fios/setores não se encontram e nem mesmo se cruzam, isto é, não conversam entre si para encontrar soluções conjuntas. *Eu não concordo com a ideia de que na saúde tenham cargos de confiança. A função deveria ser ocupada por pessoas que têm conhecimento e que sabem como gerenciar esta rede (P1). Às vezes eu sinto que não existe vontade por parte dos profissionais. Eles são muito desunidos. A unidade de saúde não se vincula e não faz fluxo com o hospital. Quando a gente tenta, a gente vê uma reação adversa das pessoas. Eu tento entender por que tem essa resistência, mas eu não consigo. Parece que é um jogo de empurra, sabe? (P8). A rede não funciona e digo isto por experiência própria. Às vezes a pessoa dá alta do hospital, mas quando precisa de um acompanhamento ela não consegue, porque a rede de atenção básica é muito precária... (P9).*

Percebe-se que os entrevistados, de modo geral, têm conhecimento dos princípios e diretrizes que regem o SUS e reconhecem a importância do mesmo para a saúde dos brasileiros. Demonstram, ainda, um processo reflexivo em função dos questionamentos apresentados, os quais convergem no sentido de compreender o porquê da demora, o porquê da necessidade de permanecer em filas durante a madrugada para garantir uma ficha de consulta, ou seja, o porquê desses entraves aparentemente possíveis de serem solucionados.

O recorrente hábito de reclamar do SUS

Ao mesmo tempo em que os profissionais mencionam o acesso e a demora aos serviços de saúde como entraves de gestão e organização percebem que tais pressupostos resultam de um processo cultural, traduzido no hábito de reclamar. *Criou-se o hábito de reclamar, reclamar, reclamar. Para tudo se reclama... às vezes,*

chega até ser... (P27). Na fala dos participantes, ficou evidente que alguns reclamam porque necessitaram permanecer nas filas de espera. Outros reclamam porque faltou o médico na unidade básica, outros porque foram mal atendidos, outros, ainda, por falta de conhecimento ou porque o SUS virou motivo de reclamações. *No SUS, tudo pode... Tem muita gente que reclama, mas são muito mal-agraçados. Existe esse entroncamento na rede, mas as pessoas se habituaram a reclamar de tudo (P11). A maioria das pessoas que eu conheço reclama sem saber como o SUS funciona. Muitas pessoas não entendem (P2). Poucas pessoas dizem que o SUS funciona, até porque elas não têm o conhecimento (P10).*

Na fala de alguns entrevistados ficou evidente que a cultura de reclamar sempre existiu na cultura brasileira. Percebem que o SUS sempre foi alvo de críticas, de reclamações e difamações com ou sem motivos e que, dificilmente, as pessoas reconhecem os seus benefícios. Um profissional, mais especificamente, mencionou que se criou a cultura de reclamar. *Ah, muita reclamação, mas isso é assim desde que eu me conheço como gente (P6).* Outros entrevistados mencionaram, ainda, que as pessoas quando reclamam visam atingir indiretamente os trabalhadores ou gestores, os quais, por algum motivo, não os acolheram ou não os encaminharam de forma adequada. De outro modo salientaram, também, que entre os próprios trabalhadores se criou a cultura de reclamar de tudo e de todos. *O usuário reclama e reclama, muitas vezes, com razão, mas em função da atitude do funcionário. Nós também falamos mal uns dos outros e reclamamos o tempo todo. Por que tem que ser assim? (P17).*

O próprio profissional, portanto, tem consciência de que também tem o hábito de reclamar e que essa conduta gera e reproduz uma bola-de-neve, na qual todos reclamam sem saber exatamente onde querem chegar. Por outro lado, a cultura de reclamar de tudo e de todos pode ser a expressão coletiva de que algum nó crítico, no sistema, não está devidamente sincronizado. *Por que todos reclamam desde que me conheço como gente? (P6).*

A necessidade de repensar o modo de pensar, atuar e gerir o SUS

Percebe-se, na maioria dos depoimentos, a necessidade de desencadear novo pensar e nova gestão no SUS. Os entrevistados reconhecem que é preciso transcender as dificuldades de acesso e da demora, bem como o hábito de reclamar de tudo e de todos e propor um novo pensar na saúde. *Acho que tem que mudar a maneira de se pensar do SUS. Quem tem que mudar*

são as pessoas que trabalham no SUS. Essa mentalidade que se criou que SUS tem que ser burocrático. Isto eu não aceito mais ou porque só atender quatro pacientes por dia, isso não existe! Isso de eu só atender 20 fichas não existe. Se eu sou contratado pra trabalhar 30 horas por dia, eu tenho que atender o máximo de pessoas, dentro daquelas 30 horas (P1). Nessa relação, fica evidente que nem todos os profissionais estão efetivamente envolvidos e comprometidos com o sistema.

Nova contradição que aparece na fala dos entrevistados está relacionada ao plano de saúde complementar. Ao mesmo tempo em que os profissionais reconhecem que o SUS é o melhor sistema e modelo para outros países, optam, pessoalmente, por um segundo plano de saúde. *Eu uso o SUS, mas o meu plano é privado. Uso o SUS para pegar os medicamentos que são muito caros... porque o médico, aqui no SUS, atende dez minutos, mas no privado, ele atende meia hora (P2).* Os profissionais alegam que é preciso mudar a forma de pensar e gerir o SUS, mas buscam a garantia de saúde no sistema de saúde suplementar.

Essa relação contraditória e, ao mesmo tempo, incompreensível está associada, em parte, à concepção de que o SUS é para pobres e indigentes. *Tem pessoas, eu noto aqui, que dizem 'Ah! Você viu aquela pessoa que está internada? Toda chique, bem vestida, você vê que tem dinheiro e está internada pelo SUS?'. Parece que o SUS é mais visualizado, as pessoas comentam qualquer coisa. Esta falta de conhecimento (P17).* O SUS é para atender a população mais carente, né? *Mas tem muita gente de classe média e alta que também fazem uso do mesmo, inclusive para tomar vacina gratuita (P23).*

Outro elemento destacado pelos entrevistados está relacionado aos gestores e/ou à gestão do SUS. Reconhecem que muitos gestores ocupam cargos de confiança e espaços de gestão sem a devida capacitação e competência para a função. *Um fator que precisaria mudar é quanto à capacitação dos gestores. Como eu te falei, se o prefeito nomeia alguém pra ser secretário de saúde, tem que haver, no mínimo... Acho que é muito banalizado... é por cargo de confiança... Eu acho que deveriam ter, no mínimo, conhecimento na área... Eu acho que aí já seria um grande passo (P11).* Para mim, no momento, o que está faltando no SUS é gestão mesmo, porque se a lei fosse implementada para a máquina andar seria diferente. O que nos falta é gestão (P13).

Mudar a forma de pensar e gerir o SUS, na fala dos profissionais, implica em repensar o processo de gestão do sistema, a concepção de que o SUS é um sistema universal e não para pobres e indigentes, a compreensão de que o sistema é efetivamente uma teia/rede que

envolve diálogo, interação e comprometimento de todos os atores envolvidos no processo. Demonstram, ainda, que tanto os profissionais quanto os usuários precisam estar engajados e comprometidos com o sistema. Para tanto, é preciso transcender as questões pontuais das quatro consultas e das 20 fichas diárias e conceber o sistema como um todo integrado para que, de fato, essa teia/rede funcione na prática.

Discussão

O SUS, por si só, é um fenômeno complexo. Logo, tanto mais complexo será discuti-lo, no sentido de delinear novas abstrações teóricas para que o mesmo funcione, de fato, na prática. Considera-se, portanto, que somente um referencial também complexo poderá possibilitar novas apreensões e estratégias, no sentido de evitar simplificações teórico-práticas.

Para iniciar o processo de discussão, emergiram imediatamente os seguintes questionamentos: Por que o acesso e a demora se constituem em entraves para o sistema? Onde está o início ou a causa desse fenômeno? Quem são os principais responsáveis pela dinamização dessa engrenagem complexa e sistêmica? O que de fato pode e necessita ser sincronizado para o efetivo funcionamento, na prática, dessa engrenagem circular e complexa? Qual a função da enfermagem nessa configuração sistêmica?

É preciso mencionar, *a priori*, que o SUS se constitui em um sistema de saúde com forte conotação de doença. Ao concebê-lo como doença e/ou para atender as necessidades de uma específica doença é preciso perguntar-se: quanto tempo eu esperaria em uma fila para ter acesso e/ou ser atendido em situação de dor e/ou sofrimento? Quanto tempo eu aceitaria que o meu familiar esperasse para ser atendido caso estivesse na mesma situação? Logo, ao refletir sobre essas e outras questões é compreensível o fato de muitos profissionais do SUS buscarem e pagarem um segundo plano para assegurar a sua saúde e/ou evitar as situações anteriormente descritas.

No entanto, essa mesma ideia abre espaço para novos questionamentos: Se o SUS é movido e dinamizado por pessoas, por que os próprios profissionais não acreditam, qualificam e apostam no seu trabalho e buscam um plano de saúde suplementar? Qual a diferença entre a atuação profissional no SUS e o trabalho em um setor privado? Enfim, por que não se acredita ou não se quer acreditar no SUS? Por que o mesmo é para pobres e indigentes, se, na lei, o acesso

é garantido para todos os cidadãos? Por que se tem o hábito de reclamar e falar mal do SUS?

Outro aspecto assinalado por vários profissionais diz respeito às fichas às consultas médicas, as quais precisam ser garantidas de madrugada. Pergunta-se: eu deixaria o meu filho com febre, em casa, para garantir uma ficha de madrugada? Por que muitos optam e/ou procuram uma unidade de pronto-atendimento, a qual não deveria ser a porta de entrada, para garantia do atendimento? Essa ideia ficou evidente na fala de vários profissionais, ao enfatizarem que muitas pessoas preferem procurar assistência no pronto-atendimento ao enfrentar as filas de madrugada e sob o risco de não ter a presença do médico no horário agendado. Por que o sistema necessita funcionar dessa forma? Constitui-se em um problema do sistema e/ou da percepção linear e simplificada dos atores que o dinamizam?

Refletir sobre esses e outros questionamentos que possam advir à mente é o primeiro passo para se propor um novo modo de pensar e gerir o SUS, sem, contudo, a pretensão de se dar respostas prontas. Urge, portanto, hoje, mais do que nunca, a necessidade de se repensar o ser e o fazer no SUS. Para tanto, observa-se que um pensar complexo e sistêmico pode ser capaz de discutir e problematizar tais questões.

O SUS é, por si só, uma unidade complexa, mas o pensar das pessoas, de modo geral, continua simplificado, fragmentado e reducionista. Logo, está-se falando de novos referenciais teóricos, de um novo modo de pensar, de uma nova cultura capaz de apreender o SUS de forma ampliada, integrada e articulada com os diferentes saberes, serviços e setores que o compõem. A necessidade de se pensar em novos referenciais é corroborada por vários autores em estudos previamente realizados na área^(11,13,19-20). Mas, como promover esse novo modo de pensar e gerir o SUS?

Modelos de gestão tradicionais e hegemônicos de conceber o SUS são, na atualidade, cada vez mais questionados e provocados à luz do pensamento complexo. Trata-se de um referencial que possibilita a construção de redes dinâmicas e circulares, a promoção de saberes multidimensionais, bem como processos críticos, reflexivos e comprometidos com o todo – sistema SUS. O pensamento complexo sustenta, sob esse enfoque, que é preciso passar de uma consciência ingênua para uma consciência crítica, pela percepção do mundo vivo como rede de múltiplas relações. É preciso, portanto, passar do hábito de reclamar para uma atitude consciente, proativa e inovadora. Logo, os gestores precisam estar aptos para integrar, religar

e dinamizar o SUS – teia/rede complexa, na qual os diferentes fios precisam se encontrar para formar a unidade complexa⁽²¹⁻²²⁾.

Por complexo entende-se, aqui, tudo aquilo que é decidido em conjunto⁽²¹⁾. Nessa direção, a complexidade se origina de um emaranhado de interações, associações, retroações, eventos, incidentes, os quais constituem os diferentes fenômenos sociais, nesse caso, o SUS. O pensamento complexo não pressupõe a eliminação da simplificação e nem mesmo tem a pretensão de ser completude, mas se apresenta como caminho capaz de possibilitar novas compreensões e novos modos de pensar e gerir o SUS⁽²²⁻²⁴⁾.

O pensamento complexo possibilita, por natureza, a atitude reflexiva do sujeito sobre si e sobre o seu estar e agir em sociedade, nesse caso, no SUS. Nessa direção, a reflexibilidade permite a transposição de pensamentos lineares e reducionistas impostos pelo saber instituído e a adoção de novos modos de pensar e agir no sistema como um todo. O novo pensar e gerenciar no SUS, à luz do pensamento complexo, remete às práticas de cuidado que se concebem em uma relação intrincada de fios que se entrecruzam numa teia, isto é, numa rede plural e multidimensional de saberes profissionais, serviços, setores e outros. Nessa rede, cada saber continua sendo importante, mas a sua relevância está na capacidade de interligá-lo e interconectá-lo com os demais, no sentido de dinamizar o SUS como unidade complexa^(11,15).

No processo de conquistas e desafios relacionados ao SUS, a enfermagem tem a possibilidade de operar de forma proativa e sistêmica nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja por meio da educação, da promoção ou da reabilitação em saúde. Essa inserção se dá, particularmente, no esforço pelo levantamento de situações críticas e a intervenção sistematizada de um plano de cuidados, capaz de superar as fragmentações e assegurar a continuidade e a resolutividade do cuidado em saúde⁽²⁰⁾.

Conclusão

Conclui-se, que os profissionais que atuam no SUS têm conhecimento superficial dos princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde nacional, no entanto, reproduzem um modelo de concepção e atuação dicotômico, pontual e linear em suas práticas. Para que os princípios e diretrizes sejam traduzidos na prática, é inevitável que se proponham novos referenciais teórico-práticos.

O estudo demonstra que não basta ter um sistema de saúde de referência internacional ou uma teia perfeita, conforme expresso pelos profissionais. É preciso que esse sistema se traduza na prática, isto é, no pensar, agir e gerenciar a saúde. Para tanto, é preciso transcender o pensamento simplificador e linear de apreender o SUS e conceber um pensar complexo, capaz de integrar e interligar os diferentes saberes, serviços e setores de saúde.

Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde se apresenta como um dispositivo dinamizador de posturas profissionais mais afirmativas em relação ao desenvolvimento do SUS. O envolvimento dos usuários, a partir da apropriação da proposta que orienta esse sistema, bem como dos seus direitos e deveres, também se mostra como elemento com potencial retroativo para novas formas de analisá-lo e dinamizá-lo.

A enfermagem assume, nesse processo, uma função cada vez mais decisiva e proativa no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas múltiplas dimensões. O cuidado de enfermagem é, em suma, um componente fundamental no sistema de saúde local, que apresenta os seus reflexos em nível regional e nacional, e, por isso, também motivo de crescentes debates e novas significações.

Referências

1. Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):903-10.
2. Carvalho YM, Ceccin RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GW, organizador. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*. 2011;377(9782):1877-89.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
5. Victora CG, Barreto ML, Carmo LM, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.
6. Ministério da Saúde (BR). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1988.
7. Ministério da Saúde (BR). Pacto pela Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
8. Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):743-52.
9. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Gomes AMT, Oliveira DC, Pereira C. 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*. 2008;16(1):122-9.
11. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):153-66.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
13. Ricaldoni CAC, Sena RR. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(6):837-42.
14. Falcón GCS, Erdmann AL, Backes DS. Meanings of care in health promotion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(3):419-24.
15. Backes DS, Backes MS, Dalcin CB, Erdmann AL. The nursing care system from a Luhmannian perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(5):873-9.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
19. Ceccin RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):161-78.
20. Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Demonstrating nursing care as a social practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(6):988-4.

21. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
22. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
23. Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
24. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget; 2012.

Recebido: 11.2.2014
Aceito: 8.10.2014