

El Sistema Único de Salud idealizado versus el realizado: contribuciones de la Enfermería¹

Dirce Stein Backes²

Martha Helena Teixeira de Souza³

Mara Teixeira Caino Marchiori³

Juliana Silveira Colomé⁴

Marli Terezinha Stein Backes⁵

Wilson Danilo Lunardi Filho⁶

Objetivo: conocer la percepción de profesionales que actúan en una institución que tiene convenio con el Sistema Único de Salud - SUS sobre lo que saben, piensan y hablan de esta política pública de salud. Método: se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de carácter cualitativo, realizado con 28 profesionales que actúan en una institución que tiene convenio con el SUS. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas con preguntas orientadoras y analizados con la técnica de análisis de contenido temático. Resultados: los datos codificados y interpretados resultaron en tres ejes temáticos: SUS - red perfecta que no funciona en la práctica; el recurrente hábito de reclamar del SUS; y la necesidad de repensar el modo de pensar, actuar y administrar el SUS. Conclusión: los profesionales que actúan en el SUS tienen conocimiento de los principios y directrices que gobiernan el sistema de salud nacional, sin embargo, reproducen un modelo de concepción y actuación dicotómico, puntual, linear y además fuertemente vigente en el pensar de la sociedad en general.

Descriptor: Investigación em Enfermería; Sistema Único de Salud; Formación de Recursos Humanos.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Brasil, proceso nº 1229-2551/13-8.

² Estudiante de postdoctorado, Centro de Ciências da Saúde, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil. Profesor Titular, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

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

⁴ Estudiante de doctorado, Centro de Ciências da Saúde, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil. Profesor Asociado, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Doctor, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Correspondencia:

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 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

En el documento final de la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de la Salud, realizada en Alma-Ata, en el año de 1978 (Declaración de Alma-Ata) quedó establecido, en el ámbito mundial, la participación efectiva de los Estados en la promoción de la salud de sus ciudadanos, por medio de prácticas de salud que sobresalgan por el bienestar físico, mental y social como derechos fundamentales de sus habitantes. A partir de ese enfoque, la salud pasó a ser una de las más importantes metas de la sociedad mundial y que para ser alcanzada, necesita estar integrada y articulada con los diversos sectores sociales, económicos y políticos⁽¹⁻²⁾.

De esa forma quedó garantizado en la Constitución Federal de 1988, que todo ciudadano brasileño tienen derecho a la atención de la salud gratuita, en los niveles primario, secundario y terciario, prestada por un sistema nacional de salud⁽¹⁻³⁾. Se originó, con base en esa garantía, el Sistema Único de Salud – SUS con características únicas en América Latina. Su implantación resultó en la descentralización y, consecuentemente, en la expansión del acceso a los servicios de salud, en especial en los servicios de atención básica, por medio de la Estrategia de Salud de la Familia⁽²⁻⁶⁾.

Se percibe, en ese proceso, que Brasil viene haciendo inversiones en un sistema universal centrado en la atención básica o primaria de salud, al mismo tiempo en que muchos otros países optaron por la atención selectiva y estrategias de financiamiento menos equitativas. Ese cambio llevó al aumento expresivo de cobertura con efectos positivos en varias áreas⁽³⁾. Un estudio realizado en 2008 evidenció que 93% de los brasileños que buscaron la atención de la salud consiguieron obtenerla y que varias intervenciones en el área materno-infantil están cerca de alcanzar la cobertura universal garantizados por los principios del SUS⁽³⁻⁵⁾.

Formado por una red de servicios y acciones de salud prestadas por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales, el SUS puede ser considerado una de las mayores conquistas sociales consagradas en la Constitución Federal de 1988⁽³⁻⁴⁾. Conquistado en medio a luchas participativas y democráticas, el SUS se basa en principios como la universalidad, la equidad y la integralidad, y se estructura en directrices organizativas tales como: la descentralización, la regionalización, la jerarquización y la participación popular⁽⁶⁻⁹⁾.

El SUS representa la materialización de una expectativa ampliada y contextualizada de salud, por

la posibilidad de trascender la lógica biologicista y concebir la salud como un bien social⁽⁸⁻⁹⁾. Su creación fue, por lo tanto, el mayor movimiento de inclusión social ya visto en la historia de Brasil. A partir de entonces se vive, en Brasil, un movimiento de intensos y crecientes avances en el sector de la salud, pero, también, de grandes e importantes desafíos tanto en el área de la gestión, como en el área de los procesos y cuidados⁽⁹⁾. Se percibe, paralelamente, una cultura de descrédito y de desvalorización de los asuntos que se refieren al SUS, tanto por parte de administradores y profesionales que en él actúan como por parte de usuarios/población, en general, que de él usufructúan. Esta percepción, en muchos casos, está relacionada a la desinformación sobre los principios y directrices que gobiernan el SUS y, en otros, por la supremacía del modelo biomédico, todavía centrado en la atención secundaria y terciaria^(2,10-11).

Se considera, que el desarrollo de una gestión sistémica, proactiva y de valorización de los asuntos que se refieren al SUS debe comenzar por los propios profesionales del área de la salud, por medio de intervenciones teórico prácticas proponentes de nuevos modos de pensar y actuar. Para esto, la educación permanente en salud puede constituirse en un importante mecanismo articulador entre las necesidades de aprendizaje y las necesidades del trabajo, considerando que esta hace parte del papel de atribuciones objetivadas por el SUS⁽¹²⁾. La educación permanente en salud puede ser caracterizada como una propuesta metodológica de aprendizaje significativo en el trabajo, en que el aprender y el enseñar se incorporan a lo cotidiano de las organizaciones y al trabajo, con la finalidad de posibilitar la calificación de las prácticas profesionales⁽¹³⁾.

En ese proceso de conquistas, el enfermero viene asumiendo un papel cada vez más decisivo y proactivo, principalmente, en lo que se refiere a la identificación de las necesidades de cuidado de la salud, así como en el fomento de políticas dirigidas para la promoción y protección de la salud de individuos, familias y comunidades. Inclusive cuando interconectada y complementada por otros conocimientos profesionales, la enfermería puede ser ampliamente definida como la ciencia del cuidado integrador de la salud, tanto en el sentido de asistir y coordinar las prácticas de cuidado, como en el sentido de promover estrategias de formación dirigidas para la educación permanente en salud⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

El presente estudio está vinculado a un proyecto amplio de formación en educación permanente en salud.

Sin embargo, a priori, se optó por investigar lo que, de hecho, los profesionales saben, piensan y hablan sobre el SUS para, en un segundo momento, intervenir en la realidad, a partir de una propuesta de formación en educación permanente. Así, el presente estudio tuvo por objetivo conocer la percepción de los profesionales que actúan en una institución que posee un convenio con el Sistema Único de Salud sobre lo que saben, piensan y hablan de esta política pública de salud.

Método

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, orientado por el abordaje cualitativo, considerando el lugar esencial de esa vertiente en el ámbito de la investigación social y de la salud, siempre que ésta se dirige para dimensiones simbólicas, demandando comprensión, análisis y evaluaciones de impacto más profundas⁽¹⁶⁾.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas entre los meses de noviembre y diciembre de 2013, en días y horarios previamente programados, con profesionales de una institución que tenía convenio con el SUS, localizada en la región central del estado de Rio Grande del Sur. Las entrevistas fueron conducidas con base en las siguientes preguntas orientadoras: hableme sobre lo que usted sabe y piensa sobre el SUS, siendo un profesional de esta institución ¿Cómo usted percibe la dinámica de trabajo en el contexto del SUS?

Los informantes fueron seleccionados de forma aleatoria, a partir de una invitación formal, en el propio local de trabajo. De los 30 profesionales convidados, 28 aceptaron hacer parte del estudio, mediante la firma del término de consentimiento libre e informado. Entre los participantes, figuraron enfermeros, nutricionistas, farmacéuticos, técnicos de enfermería y profesionales de apoyo de los sectores de administración, hospitalidad, secretaría, farmacia y nutrición.

En la secuencia, las entrevistas fueron transcritas y el material empírico fue sometido al análisis de contenido temático⁽¹⁷⁾, con la finalidad de descubrir los núcleos de sentido que componían la comunicación, cuya presencia o frecuencia acrescentaban perspectivas significativas al objeto de estudio. La noción de la temática estuvo asociada a afirmaciones recurrentes, presentadas por palabras, frases o ideas. Así, la operacionalización del proceso siguió las tres etapas preconizadas para la realización del análisis de contenido temático.

En la primera etapa, preanálisis, fue realizada la lectura exhaustiva de los datos, seguida de la

organización del material y formulación de hipótesis. A continuación fue realizada la exploración del material, o sea, la codificación de los datos brutos. En la tercera y última etapa, los datos fueron interpretados y paralelamente delimitados los ejes temáticos, a partir de la comprensión de los significados establecidos⁽¹⁷⁾.

Para cumplir los criterios éticos, fueron atendidas las recomendaciones de la Resolución CNS n° 466/2012 que prescribe la ética en investigación con seres humanos⁽¹⁸⁾. El proyecto fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el n° 308.493/2013. Para manter el anonimato de los participantes, las declaraciones fueron identificadas, en el texto, por la letra "P", seguida por un algorismo arábico correspondiente a la orden de realización de las entrevistas.

Resultados

Los datos codificados y interpretados resultaron en tres ejes temáticos, que fueron: SUS - red perfecta que no funciona en la práctica; el recurrente hábito de reclamar del SUS; y la necesidad de repensar el modo de pensar, actuar y administrar el SUS.

SUS - red perfecta que no funciona en la práctica

En las declaraciones de los profesionales quedó evidente, en su totalidad, que el SUS es un red perfecta, el mejor plan de salud nacional y ejemplo para otros países. Reconocen que el mismo alcanza a las diferentes clases económicas y que abarca desde los servicios básicos a los más complejos, gratuitamente. Un sistema, por lo tanto, que se viene calificando por medio de nuevos programas y políticas, pero que presenta dificultades operacionales, en la práctica.

En esa percepción antagónica y dialéctica, los declarantes mencionaron el acceso y la demora en los servicios como los principales obstáculos para el no funcionamiento del SUS, en la práctica: *el SUS es una red perfecta. Si funcionase, en la práctica, sería todo perfecto. Los Estados Unidos vinieron para tomarlo como ejemplo. Es difícil para entrar en el sistema, pero después que usted entra, consigue hacer todo. Consigue hasta hacer una cirugía, en caso de necesitar (P1).*

Al mismo tiempo en que los entrevistados mencionaron dificultades relacionadas a la demora y al acceso a los servicios, reconocieron, también, que no consiguen imaginar a Brasil sin el SUS. *No puedo imaginar a Brasil sin el SUS. Yo no imagino, por más precario y deficiente*

que sea (P13). Con este pensamiento, los profesionales nuevamente evidencian una relación antagónica. Al mismo tiempo en que el sistema es *precario y deficiente* él ya hace parte de la historia y de la vida de los brasileños, esto es, ya fue internalizado como un bien social. Por otro lado, algunos profesionales no encuentran justificación para la demora en la realización de exámenes por el SUS, así como la necesidad de garantizar “fichas de atención médica” a partir de largas filas de espera durante las madrugadas o bien antes de eso. *A veces, tenemos aquí pequeñas cirugías para retirar una pequeña mancha y hace un año que la persona programó la consulta. Yo no sé por qué tanta demora (P5). Mi marido fue a un puesto, hace dos años, para conseguir consulta con un neurólogo. Hace pocos días llamaron para hacer el examen, pero, en ese tiempo, apareció la isquemia. Me gustaría entender ¿Por qué sucede esto? Además de eso, el tener que ir a las 4 horas de la madrugada para obtener una ficha de atención. Yo no consigo entender (P26).*

Además del acceso y de la demora mencionada por todos los entrevistados, algunos criticaron las intervenciones políticas, el desvío de dinero público y la falta de engranajes sistémicos entre los diferentes sectores. Refuerzan que el SUS es una red perfecta, pero que en la práctica los canales/sectores no se encuentran y ni mismo se cruzan, esto es, no conversan entre sí para encontrar soluciones conjuntas. *Yo no concuerdo con la idea de que en la salud existan cargos de confianza. La función debería ser ocupada por personas que tienen conocimiento y que saben como administrar esta red (P1). A veces yo siento que no existe voluntad por parte de los profesionales. Ellos son muy desunidos. La unidad de salud no se vincula y no hace flujo con el hospital. Cuando tratamos, enfrentamos una reacción adversa de las personas. Yo trato de entender por qué tienen esa resistencia, pero yo no consigo. Parece que es un juego de empujar, ¿Entiende? (P8). La red no funciona y digo esto por experiencia propia. A veces la persona recibe alta del hospital, pero cuando precisa de un acompañamiento no lo consigue, porque la red de atención básica es muy precaria... (P9).*

Se percibe que los entrevistados, de un modo general, tienen conocimiento de los principios y directrices que gobiernan el SUS y reconocen la importancia del mismo para la salud de los brasileños. Demuestran, además, un proceso reflexivo en función de los cuestionamientos presentados, los cuales convergen en el sentido de comprender el Por qué de la demora, el por qué de la necesidad de permanecer en filas durante la madrugada para garantizar una ficha de consulta, o sea, el por qué de la existencia de obstáculos aparentemente posibles de ser solucionados.

El recurrente hábito de reclamar del SUS

Al mismo tiempo en que los profesionales mencionan el acceso y la demora en los servicios de salud como obstáculos de gestión y organización perciben que esos presupuestos resultan de un proceso cultural, traducido en el hábito de reclamar. *Se creó el hábito de reclamar, reclamar, reclamar. Para todo se reclama... a veces, llega hasta ser... (P27).* En la declaración de los participantes, quedó evidente que algunos reclaman porque necesitaron permanecer en las filas de espera. Otros reclaman porque faltó el médico en la unidad básica, otros porque fueron mal atendidos, otros, también, por falta de conocimiento o porque el SUS se volvió motivo de reclamaciones. *En el SUS, todo se puede... Hay mucha gente que reclama, pero son muy mal agradecidos. Existe esta convergencia en la red, pero las personas se habituaron a reclamar de todo (P11). La mayoría de las personas que yo conozco reclama sin saber como el SUS funciona. Muchas personas no entienden (P2). Pocas personas dicen que el SUS funciona, hasta porque ellas no tienen el conocimiento (P10).*

En la declaración de algunos entrevistados quedó evidente que la cultura de reclamar siempre existió en la cultura brasileña. Perciben que el SUS siempre fue objeto de críticas, de reclamaciones y difamaciones con o sin motivo y que, difícilmente, las personas reconocen sus beneficios. Un profesional, más específicamente, mencionó que *se creó la cultura de reclamar. Hay, mucha reclamación, pero eso es así desde que yo me conozco como persona (P6).* Otros entrevistados mencionaron, también, que las personas cuando reclaman objetivan alcanzar indirectamente a los trabajadores o administradores, los cuales, por algún motivo, no los acogieron o no los encaminaron de forma adecuada. De otro modo destacaron, también, que entre los propios trabajadores se creó la cultura de reclamar de todo y de todos. *El usuario reclama y reclama, muchas veces, con razón, pero en función de la actitud del funcionario. Nosotros también hablamos mal unos de los otros y reclamamos todo el tiempo. ¿Por qué tienen que ser así? (P17).*

El propio profesional, por lo tanto, tienen consciencia de que también tienen el hábito de reclamar y que esta conducta genera y reproduce una bola de nieve, en la cual todos reclaman sin saber exactamente a donde quieren llegar. Por otro lado, la cultura de reclamar de todo y de todos puede ser la expresión colectiva de que existe algún nudo crítico, en el sistema, que no está debidamente sincronizado. *¿Por qué todos reclaman desde que me reconozco como persona? (P6).*

La necesidad de repensar el modo de pensar, actuar y administrar el SUS

Se percibe, en la mayoría de las declaraciones, la necesidad de desencadenar un nuevo pensar y nueva administración en el SUS. Los entrevistados reconocen que es preciso transcender las dificultades del acceso y de la demora, así como el hábito de reclamar de todo y de todos y proponer un nuevo pensar en la salud. *Pienso que tienen que cambiar la manera de pensar del SUS. Los que tienen que cambiar son las personas que trabajan en el SUS. Esa mentalidad que se creó que el SUS tiende a ser burocrática. Esto yo no lo acepto más o por qué solamente atender cuatro pacientes por día, ¡Eso no existe! Eso de yo solamente atiendo 20 pacientes no existe. Si yo soy contratado para trabajar 30 horas por día, yo tengo que atender el máximo de personas, dentro de aquellas 30 horas (P1).* En esa relación, queda evidente que no todos los profesionales están efectivamente de acuerdo y comprometidos con el sistema.

Una nueva contradicción que aparece en la declaración de los entrevistados está relacionada al plan de salud complementario. Al mismo tiempo en que los profesionales reconocen que el SUS es el mejor sistema y modelo para otros países, optan, personalmente, por un segundo plan de salud. *Yo uso el SUS, pero mi plan es privado. Uso el SUS para obtener los medicamentos que son muy caros... porque el médico, aquí en el SUS, atiende diez minutos, pero en el privado, él atiende media hora (P22).* Los profesionales alegan que es preciso cambiar la forma de pensar y administrar el SUS, pero buscan la garantía de la salud en el sistema de salud suplementario.

Esta relación contradictoria y, al mismo tiempo, incomprensible está asociada, en parte, a la concepción de que el SUS es para pobres e indigentes. *Hay personas, yo noto aquí, que dicen '¡Ah! ¿Usted vio aquella persona que está internada? Toda elegante, bien vestida, usted ve que tienen dinero y está internada por el SUS'. Parece que el SUS es más visualizado, las personas comentan cualquier cosa. Es falta de conocimiento (P17). El SUS es para atender la población más carente, ¿Verdad? Pero hay mucha gente de clase media y alta que también hacen uso del mismo, inclusive para vacunarse gratuitamente. (P23).*

Otro elemento destacado por los entrevistados está relacionado a los administradores y/o a la gestión del SUS. Reconocen que muchos administradores ocupan cargos de confianza y espacios de gestión sin la debida capacitación y competencia para la función. *Un factor que precisaría cambiar es sobre la capacitación de los administradores. Como yo te dije, si el alcalde nombra a alguien para ser secretario de salud, tienen que haber, por lo menos...*

Creo que es muy banalizado... es por cargo de confianza... Yo creo que deberían tener, por lo menos, conocimiento en el área... Yo creo que ahí ya sería un gran paso (P11). Para mí, en el momento, lo que está faltando en el SUS es gestión mismo, porque si la ley fuese implementada para que la máquina ande sería diferente. Lo que nos falta es gestión (P13).

Cambiar la forma de pensar y administrar el SUS, en la declaración de los profesionales, implica en repensar el proceso de gestión del sistema, la concepción de que el SUS es un sistema universal y no para pobres y indigentes, la comprensión de que el sistema es efectivamente una red en que participan el diálogo, la interacción y el comprometimiento de todos los actores participantes del proceso. Demuestran, también, que tanto los profesionales como los usuarios precisan estar dedicados y comprometidos con el sistema. Para esto, es preciso transcender las cuestiones puntuales de las cuatro consultas y de las 20 fichas de atención diarias y concebir el sistema como un todo integrado para que, de hecho, esta red funcione en la práctica.

Discusión

El SUS, por sí solo, es un fenómeno complejo. Por lo tanto, tanto más complejo será discutirlo, en el sentido de delinear nuevas abstracciones teóricas para que el mismo funcione, de hecho, en la práctica. Se considera, por lo tanto, que solamente un referencial también complejo podrá posibilitar nuevas aprehensiones y estrategias, en el sentido de evitar simplificaciones teórico prácticas.

Para iniciar el proceso de discusión, emergieron inmediatamente las siguientes preguntas: ¿Por qué el acceso y la demora se constituyen en obstáculos para el sistema? ¿En dónde está el inicio o la causa de este fenómeno? ¿Quiénes son los principales responsables por la dinamización de este engranaje complejo y sistémico? ¿Qué de hecho puede y necesita ser sincronizado para el efectivo funcionamiento, en la práctica, de este engranaje circular y complejo? y ¿Cuál es la función de la enfermería en esta configuración sistémica?

Es preciso mencionar, a priori, que el SUS se constituye en un sistema de salud con una fuerte connotación de enfermedad. Al concebirlo como enfermedad y/o para atender las necesidades de una específica enfermedad es necesario preguntarse: ¿Por cuánto tiempo yo esperaría en una fila para tener acceso y/o ser atendido en una situación de dolor y/o sufrimiento? ¿Cuánto tiempo yo aceptaría que mi familiar esperase para ser atendido en caso de estar

en la misma situación? Luego, al reflexionar sobre estas y otras cuestiones es comprensible el hecho de que muchos profesionales del SUS busquen y paguen un segundo plan para asegurar su salud y/o evitar las situaciones anteriormente descritas.

Sin embargo, esta misma idea abre espacio para nuevos cuestionamientos: si el SUS es movido y dinamizado por personas ¿Por qué los propios profesionales no creen, califican y apuestan en su trabajo y buscan un plan de salud suplementario? ¿Cuál es la diferencia entre la actuación profesional en el SUS y el trabajo en el sector privado? Por último, ¿Por qué no se cree o no se quiere creer en el SUS? ¿Por qué el mismo es para pobres e indigentes, si en la ley, el acceso es garantizado para todos los ciudadanos? ¿Por qué se tienen el hábito de reclamar y hablar mal del SUS?

Otro aspecto señalado por varios profesionales se refiere a la obtención de fichas para las consultas médicas, los cuales precisan ser garantizadas de madrugada. Se pregunta: ¿Yo dejaría a mi hijo con fiebre, en casa, para garantizar una ficha de atención de madrugada? ¿Por qué muchos optan y/o procuran una unidad de atención de urgencia? La que no debería ser la puerta de entrada, para garantizar la atención. Esta idea quedó evidente en la declaración de varios profesionales, al enfatizar que muchas personas prefieren buscar asistencia en la atención de urgencia a enfrentar las filas de madrugada y bajo el riesgo de no tener la presencia del médico en el horario programado. ¿Por qué el sistema necesita funcionar de esta forma? ¿Constituye un problema del sistema y/o de la percepción linear y simplificada de los actores que lo dinamizan?

Reflexionar sobre estos y otros cuestionamientos que puedan surgir en la mente es el primer paso para proponerse un nuevo modo de pensar y administrar el SUS, sin embargo, sin la pretensión de dar respuestas ya preparadas. Es imperioso, por lo tanto, hoy, más de que nunca, la necesidad de repensar el ser y el hacer en el SUS. Para esto, se observa que un pensar complejo y sistémico puede ser capaz de discutir y problematizar esos cuestionamientos.

El SUS es por sí solo una unidad compleja, pero el pensar de las personas, de modo general, continua simplificado, fragmentado y reduccionista. Luego, estamos hablando de nuevos referenciales teóricos, de un nuevo modo de pensar, de una nueva cultura capaz de aprender el SUS de forma ampliada, integrada y articulada con los diferentes conocimientos, servicios y sectores que lo componen. La necesidad de pensar en nuevos referenciales es corroborada por varios autores

en estudios previamente realizados en el área^(11,13,19-20). Pero, ¿Cómo promover este nuevo modo de pensar y administrar el SUS?

Modelos de gestión tradicionales y hegemónicos de concebir el SUS son, en la actualidad, cada vez más cuestionados y provocados bajo la luz del pensamiento complejo. Se trata de un referencial que posibilita la construcción de redes dinámicas y circulares, la promoción de conocimientos multidimensionales, así como procesos críticos, reflexivos y comprometidos con el todo – sistema SUS. El pensamiento complejo sustenta, bajo ese enfoque, que es preciso pasar de una consciencia ingenua para una consciencia crítica, por la percepción del mundo vivo como red de múltiples relaciones. Es preciso, por lo tanto, pasar del hábito de reclamar para una actitud consciente, proactiva e innovadora. Luego, los administradores precisan estar aptos para integrar, reconectar y dinamizar el SUS – red compleja, en la cual los diferentes caminos precisan encontrarse para formar la unidad compleja⁽²¹⁻²²⁾.

Por complejo se entiende, aquí, todo aquello que es decidido en conjunto⁽²¹⁾. En esa dirección, la complejidad se origina de un enmarañado de interacciones, asociaciones, retroacciones, eventos, incidentes, los cuales constituyen los diferentes fenómenos sociales, en este caso, el SUS. El pensamiento complejo no presupone la eliminación de la simplificación y ni siquiera tienen la pretensión de ser completo, pero se presenta como camino, capaz de posibilitar nuevas comprensiones y nuevos modos de pensar y administrar el SUS⁽²²⁻²⁴⁾.

El pensamiento complejo posibilita, por su naturaleza, la actitud reflexiva del sujeto sobre sí y sobre su estar y actuar en la sociedad, en este caso, en el SUS. En ese sentido, la reflexión permite la transposición de pensamientos lineares y reduccionistas impuestos por el saber instituido y la adopción de nuevos modos de pensar y actuar en el sistema como un todo. El nuevo pensar y administrar en el SUS, bajo la luz del pensamiento complejo, nos conduce a prácticas de cuidado que se conciben en una relación intrincada de caminos que se entrecruzan en una red, esto es, en una red plural y multidimensional de conocimientos profesionales, servicios, sectores y otros. En esa red, cada saber continua siendo importante, pero su relevancia está en la capacidad de interconectarlo con los demás, en el sentido de dinamizar el SUS como una unidad compleja^(11,15).

En el proceso de conquistas y desafíos relacionados al SUS, la enfermería tienen la posibilidad de operar de forma proactiva y sistémica en los diferentes niveles de atención a la salud, sea por medio de la educación,

de la promoción o de la rehabilitación en salud. Esa inserción sucede, particularmente, por el esfuerzo de levantar situaciones críticas y por la intervención sistematizada de un plan de cuidados, capaz de superar las fragmentaciones y asegurar la continuidad y la resolutivez del cuidado en salud⁽²⁰⁾.

Conclusión

Se concluye, que los profesionales que actúan en el SUS tienen conocimiento superficial de los principios y directrices que gobiernan el sistema de salud nacional, sin embargo, reproducen un modelo de concepción y actuación dicotómico, puntual y lineal en sus prácticas. Para que los principios y directrices sean traducidos en la práctica es inevitable que se propongan nuevos referenciales teórico prácticos.

El estudio demuestra que no basta tener un sistema de salud de referencia internacional o una red perfecta, conforme expresado por los profesionales. Es preciso que este sistema se traduzca en la práctica, esto es, en el pensar, actuar y administrar la salud. Para esto, es preciso trascender el pensamiento simplificador y lineal de aprender el SUS y concebir un pensar complejo, capaz de integrar y interconectar los diferentes conocimientos, servicios y sectores de salud.

Dentro de esta perspectiva, la educación permanente en salud se presenta como un dispositivo dinamizador de posturas profesionales más afirmativas en relación al desarrollo del SUS. La participación de los usuarios, a partir de la apropiación de la propuesta que orienta ese sistema, así como de sus derechos y deberes, también se muestra como elemento con potencial retroactivo para nuevas formas de analizarlo y dinamizarlo.

La enfermería asume, en ese proceso, una función cada vez más decisiva y proactiva en lo que se refiere a la identificación de las necesidades de cuidado de la población, así como en la promoción y protección de la salud de los individuos en sus múltiples dimensiones. El cuidado de enfermería es, en suma, un componente fundamental en el sistema de salud local, que presenta sus reflejos en el ámbito regional y nacional y, por eso, también es motivo de crecientes debates y nuevas significaciones.

Referencias

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.