

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS<sup>1</sup>

### *UNIFIED HEALTH SYSTEM IN THE PERSPECTIVE OF COMMUNITY LEADERSHIPS*

Leonardo Rigo Guerra<sup>2</sup>, Janaina Cervo Pilecco<sup>3</sup>, Carla Lizandra Ferreira<sup>4</sup>,  
Sueli Teresinha Guerra<sup>4</sup>, Kerstin Hämel<sup>4</sup> e Dirce Stein Backes<sup>5</sup>

#### RESUMO

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação comunitária se constitui eixo regulador no processo de formulação e controle das políticas de saúde. Objetivou-se conhecer a percepção de lideranças comunitárias sobre o que sabem, pensam e falam do Sistema Único de Saúde, na perspectiva do pensamento complexo. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, realizado com onze lideranças comunitárias da região central do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com questões norteadoras e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática. Dos dados organizados e analisados resultaram três eixos temáticos: Percepção reducionista *versus* concepção ampliada do SUS; Participação *versus* alienação popular; Ser líder *versus* ocupar um cargo de liderança. Concluiu-se, que as lideranças comunitárias têm conhecimento parcial dos princípios e diretrizes que regem o SUS e reproduzem um modelo de concepção e intervenção tradicional-dicotômico. Assim, para que os princípios e diretrizes do SUS sejam traduzidos na prática é inevitável propor novos referenciais teórico-práticos sistêmicos.

**Palavras-chave:** educação continuada, enfermagem em saúde comunitária, participação da comunidade, serviços de saúde comunitária.

#### ABSTRACT

*Among the principles of the Unified Health System, community participation is a regulatory axis in the process of formulation and control of health policies. The objective was to know the perception of community leaders about what they know, think and talk about the Unified Health System, in the light of the complex thinking. This is an exploratory-descriptive qualitative study carried out with eleven community leaders from the central region of Rio Grande do Sul. The data was collected through interviews with guiding questions and analyzed by the thematic content analysis technique. It was evidenced in the data organized and analyzed resulted in three thematic axes: Reductionist perception versus amplified SUS concept; Participation versus popular alienation; To be a leader versus a leadership position. It was concluded that community leaders have partial knowledge of the principles and guidelines that govern the SUS and reproduce a traditional-dichotomous*

<sup>1</sup> Trabalho Final de Graduação - TFG.

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: rigo.leonardo@gmail.com

<sup>3</sup> Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil - Centro Universitário Franciscano. E-mail: janainapilecco@hotmail.com

<sup>4</sup> Colaboradores. Docente e Coordenadora do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: carlalizandraferreira@gmail.com; Gerente de Atenção à Saúde - Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). E-mail: sueli@husm.br; Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Universität Bielefeld, Alemanha. E-mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

<sup>5</sup> Orientadora. Docente do curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil - Centro Universitário Franciscano. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: backesdirce@unifra.br

*conception and intervention model. Thus, in order to the principles and guidelines of the SUS be translated into practice, it is inevitable to propose new theoretical-practical systemic references.*

**Keywords:** *continuing education, community health nursing, community participation, community health services.*

## INTRODUÇÃO

Concebido em um período de enorme efervescência política e social e, especialmente, em um contexto de contestação do estado militar ditatorial e de reivindicações pela reabertura democrática do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) inaugurou, no Brasil, uma nova e ampliada concepção de saúde. Institucionalizado pela Constituição Federal, a partir de linhas mestras como a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado, o SUS possibilitou um novo olhar sobre as ações, os serviços e as práticas de saúde (MATTOS, 2009; FLEURY, 2009; PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

A participação social pode/deve ser considerada, nesse processo, uma das maiores conquistas do SUS. A inclusão da população como partícipe da organização e gestão do SUS é fruto de movimentos sociais que iniciaram na década de 1970 e que culminaram com a regulamentação da lei 8.142/90, que legitimou a participação ativa dos usuários no SUS. Assim, a participação popular e/ou comunitária está garantida como um dos princípios constitucionais responsáveis pela organização e gestão do SUS, nas diversas instâncias da rede (GOMES; OLIVEIRA; PEREIRA, 2008; QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2013).

Por meio de suas entidades representativas, a população é convocada a participar desde o processo de formulação ao controle das políticas de saúde, tanto em âmbito local, quanto estadual e federal. A participação popular se dá, de forma mais expressiva, nos conselhos e nas conferências de saúde. Entretanto há outros momentos e espaços, institucionalizados ou não, nos quais os usuários de saúde podem e devem exercer a cidadania, no sentido de fazer valer as suas decisões e direcionar as decisões dos gestores, de modo a torná-las equitativas e coerentes com as reais necessidades de saúde da população (FLEURY, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Considera-se que a participação popular ativa na organização e gestão do SUS, requer novos modelos de referência, por meio de intervenções teórico-práticas propositoras de novas formas de pensar e efetivar a saúde. Para tanto, a educação popular em saúde representa um importante mecanismo indutor da participação social e pode se transformar em mais saúde para a população. Da mesma forma pode se constituir em ferramenta teórico-metodológica para a construção da cidadania e da participação social, na medida em que contribui para a criação de uma nova consciência sanitária das políticas públicas (NERY; NERY; NERY, 2012).

Nesse processo de construção da cidadania e de promoção do protagonismo social, o enfermeiro vem assumindo um papel cada vez mais proativo e empreendedor, principalmente pela sua habilidade de identificar as necessidades de saúde e fomentar políticas voltadas à promoção e proteção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades (BACKES, 2008). A enfermagem é uma profissão eminentemente social e se configura, crescentemente, como a profissão do futuro, pela possibilidade de compreender o indivíduo não somente pela e/ou em sua doença, mas como um ser social, capaz de interagir e protagonizar a sua própria história (KULBOK et al., 2012; BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2009).

O estudo está vinculado a um projeto ampliado de pesquisa-ação denominado “Formação em educação permanente e popular em saúde”, aprovado pela chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013 - Programa de pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde PPSUS - 2013/2015. Assim, o presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção de lideranças comunitárias sobre o que sabem, pensam e falam do Sistema Único de Saúde, na perspectiva do pensamento complexo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, orientado pela abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa ocupa um lugar essencial no âmbito das investigações sociais e da saúde, por voltar-se às dimensões simbólicas, as quais demandam compreensão, análises e avaliações de impacto mais aprofundadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os dados foram coletados entre os meses de março e dezembro de 2015, por meio de entrevistas individuais e gravadas, em dias e horários previamente agendados, com lideranças comunitárias da macroregião oeste, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Os informantes foram escolhidos a partir de um convite formal. Das 15 lideranças convidadas, total de lideranças daquela região, 11 aceitaram fazer parte do estudo, após a apresentação dos propósitos da pesquisa.

Salienta-se que a região oeste foi o local escolhido para este estudo pelo fato de já ser um cenário de práticas em saúde da Universidade de origem da maioria dos pesquisadores. A referida macroregião é habitada por cerca de vinte e cinco mil habitantes e é caracterizada por vilas, nas quais as famílias sobrevivem, na sua maioria, em situação de pobreza, com menos de um salário mínimo.

As entrevistas foram conduzidas com base nas seguintes questões norteadoras, as quais foram aprofundadas ao longo do processo: Fale-me sobre o que você sabe e pensa sobre o SUS; e enquanto liderança comunitária, como você percebe o envolvimento da comunidade em relação às questões do SUS?

Após transcritas, as entrevistas foram organizadas e o material empírico foi submetido à análise de conteúdo temática, para a qual foram seguidas as três etapas preconizadas para esta técnica de análise. A noção da temática esteve associada as afirmações recorrentes, apresentadas por palavras, frases ou ideias (BARDIN, 2011).

Na primeira etapa, denominada de pré-análise, foi realizada a leitura exaustiva dos dados, seguida da organização do material e a 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 (BARDIN, 2011).

Para o cumprimento dos critérios éticos foram atendidas as recomendações da Resolução CNS nº 466/2012 que prescreve a ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de nº 308.493/2013. Para manter o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas, no texto, pela letra “L”, 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: Percepção reducionista *versus* Concepção ampliada do SUS; Participação *versus* alienação popular e; Ser líder *versus* ocupar um cargo de liderança.

### PERCEPÇÃO REDUCIONISTA *VERSUS* CONCEPÇÃO AMPLIADA DO SUS

Na fala das lideranças ficou evidente, em sua maioria, que a percepção do SUS ainda está fortemente associada à pobreza, ao número insuficiente de médicos, ao acesso, a demora no atendimento, as fichas a serem retiradas de madrugada e/ou à necessidade de ampliar o atendimento da Unidade de Saúde local.

*O SUS ajuda muito as pessoas pobres, principalmente os pobres, porque os ricos não usam o SUS, eles têm dinheiro (L2). O SUS é bom, mas faltam médicos... é muito demorado (L10). A gente precisa de um postinho de saúde 24 horas, porque a nossa comunidade é muito grande e muitas pessoas não tem recurso para o deslocamento (L11).*

Chama atenção, no último depoimento, a linguagem “*postinho*”, cujo termo foi referido também por outros depoentes, apesar de terem consciência da importância da Unidade de Saúde local e da sua necessidade de ampliação em relação ao horário de atendimento à população, em relação ao que realmente a unidade representa para a comunidade. Já, para outra liderança o SUS é “*bom*” pelo fato de priorizar as pessoas com carteira assinada.

*O SUS tem prioridade para quem tem carteira assinada, porque se adoecer pode se encostar... o SUS é bom nesta área. Muitas vezes dá errado e a pessoa não consegue se encostar, mas na maioria das vezes consegue (L4).*

Ainda nesta mesma fala, a depoente se mostra satisfeita pelo fato, de em sua casa, possuir dois dependentes do SUS e por possuírem carteira assinada.

*Eles têm como provar que são dependentes do SUS, porque eles têm carteira assinada (L4).*

Outra ideia recorrente na fala das entrevistas é o fato da demora no atendimento do SUS. Nesse viés, a “*demora no SUS*” é sempre comparada ao atendimento “*particular*”, dando a ideia de dois sistemas opostos e/ou antagônicos, um voltado para os “*pobres*” e o outro caracterizado como o sistema dos “*ricos*”, conforme segue.

*Eu posso te dar dois aspectos: um sobre o atendimento no SUS e o outro no particular que é mais rápido. O SUS, a gente sabe que é para as pessoas pobres... o particular, quem pode pagar são os ricos. Existe esta grande diferença, mesmo que o atendimento dos médicos, dos enfermeiros, dos técnicos é o mesmo, mas a gente enfrenta esse problema no SUS (L10).*

Ao mesmo tempo que a maioria dos entrevistados evidenciou certo reducionismo em relação às questões que dizem respeito ao SUS, três lideranças, em especial, ampliaram a sua concepção, ao enfatizarem:

*Tem que melhorar e pensar no todo e não só naqueles que usam o SUS. O SUS é um sistema completo, precisa estar ligado a melhorar a qualidade de vida e não lidar com a pessoa só quando está com problema ou precisa de tratamento. O SUS tinha que ser um sistema que desse mais prevenção, antes mesmo que a pessoa necessitasse do atendimento, de um médico, de um posto de saúde. Tinha que ser enquanto a pessoa ainda não ficou doente, quando ela pode prevenir todas as doenças... (L5).*

O SUS ele dá um direito de um todo... Ele dá dignidade de vida, vida com saúde... Só que as pessoas elas são muito do imediato... E o SUS ele traz um plano maior, ele abrange, ele é o teto... Ele é um guarda-chuva, na verdade, porque ele tem um papel na vida do ser humano antes dele nascer até sua morte, digamos assim... (L8).

*As pessoas são muito acostumadas ao assistencialismo... elas querem o imediato e não entendem que o SUS é uma rede e que tudo está interligado (L10).*

Apesar de, em sua maioria, as falas ainda estarem associadas à uma percepção tradicional e reducionista, três participantes conseguiram transcender a linearidade do saber instituído, ao enfatizarem que o SUS é um sistema completo e que, para tanto, precisa atuar em rede e centrar-se, prioritariamente, na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção das doenças.

## PARTICIPAÇÃO VERSUS ALIENAÇÃO POPULAR

Evidenciou-se, na fala das lideranças, que todas reconhecem a importância da participação social/comunitária como um dos eixos estruturantes do SUS. Declaram, no entanto, que a comunidade possui uma cultura fortemente individualista e pouco participativa, marcada, em parte, pela desilusão e pelo descrédito nas lideranças políticas e no poder público.

*A comunidade não participa, ela é muito individualista... Então, em uma comunidade grande como a nossa são poucos os que participam... Acho que eles não participam porque estão desiludidos, desacreditados, manipulados, talvez pela mídia, jornais... tudo isso é questão política. As pessoas acreditam que hoje em dia todo político é ladrão, ou toda pessoa da administração pública vai ser desonesta e entra para roubar o povo (L8).*

Na fala de uma das lideranças ficou assinalada a importância da participação popular, pela garantia do voto consciente. Reconhece que em um governo democrático não basta “falar mal do SUS”, ou se acomodar e esperar que as autoridades façam as coisas acontecer, mas que é preciso apostar na força e no “poder do voto” individual e coletivo.

*Eu acho que antes da gente falar mal sobre o que apareceu no jornal, que apareceu na televisão, ou no intervalo da novela, que a política hoje em dia é algo sujo, eu acho que tu paga pelo preço do teu voto todo dia... No tempo que tu esperou na fila do posto ou do pronto atendimento você está pagando pelo preço do teu voto... Pelo partido que tu escolheu para administrar tua cidade, teu país, teu estado... Primeiramente, é preciso reconhecer que a gente tem esse poder nas mãos... O poder do voto. Porque a gente não é preso a um governo ditador. A gente tem o poder de escolher os governantes e quem do governo visa melhorias para saúde. Então a gente não pode se acomodar e esperar as coisas prontas (L9).*

No entendimento de duas lideranças, em especial, a pouca participação comunitária está associada à desinformação e a acomodação das pessoas. Reconhecem que os usuários reproduzem a ideia de “reclamar por reclamar” e que conduzem as suas conclusões da forma como lhes convém ou interessa.

*Infelizmente a comunidade participa muito pouco para melhorar essas questões. Eu acho que isso é uma coisa que tu vai ouvir de outros líderes, de governantes ou qualquer pessoa no Brasil. Às vezes eu puxo a orelha do pessoal da comunidade que vai reclamar por reclamar, pois reclamar sentado ou reclamar via rede social não adianta nada... as pessoas realmente não participam (P5).*

*A falta de informação leva a concluir o que eu quero... Eu ouço que o SUS é obrigado a ter um posto completo ... Então tem que abrir esses espaços cada vez mais, enfatizar cada vez mais as possibilidades (L10).*

Outras lideranças demonstraram, também, uma compreensão ampliada de participação e engajamento popular na vida da comunidade, ao transcender a visão pontual, individualista e assisten-

cialista de apreender as políticas de saúde. Além disso, demonstraram que o SUS não se esgota em si mesmo e enquanto sistema está integrado a outros sistemas sociais.

*Acho que não dá para se acomodar. Não dá para achar porque eu não estou precisando agora, mas nem por isso eu vou deixar de lutar por quem precisa, ou pela minha comunidade que precisa... a gente precisa olhar no entorno e saber que a política está ao nosso redor todos os dias no imposto que se paga, na demora do SUS, na escola pública, na vaga da universidade... A gente precisa começar a se envolver para não precisar deixar doer e isto para tudo, não só para o SUS... (L6).*

Outra participante conclui afirmando que o SUS “*é um sistema social, uma política de governo*” (L9) que se efetivará e consolidará pela participação ativa da comunidade.

## SER LÍDER *VERSUS* OCUPAR UM CARGO DE LIDERANÇA

As lideranças reconhecem, de modo geral, a sua contribuição ativa na dinamização da vida da comunidade. Evidenciou-se, no entanto, certa confusão entre o significado de ser líder e/ou exercer um cargo de liderança. Percebeu-se, na maioria das falas, uma postura reivindicatória e de superioridade em relação aos demais atores sociais. Esta postura ficou explícita ao mencionarem que as pessoas estão distantes e que poucos se engajam na luta da comunidade.

*Os líderes estão aí, cada um para o seu lado... falta chamar para essas conversas porque cada líder comunitário tem um grupo, mas as pessoas não aparecem (L7).*

*As pessoas estão muito acomodadas... toda a responsabilidade fica para o líder. As pessoas são muito individualistas e a gente como líder não consegue convencer o poder público (P11).*

Na maioria dos relatos ficou evidente um modelo de gestão/liderança que atribui as responsabilidades aos gestores públicos. Esta ideia ficou visível ao mencionarem que a pouca participação comunitária se deve à falta de oportunidades e estímulo por parte do prefeito.

*As pessoas não vêm fazer isso, não sei se falta tempo, ou é o prefeito que não manda, pois ele é o mandachuva. A comunidade participaria, com certeza, se tivessem essas oportunidades (L3).*

*Na minha opinião, o SUS é um órgão da União, mas que é mantido pelo governo municipal que não tem dado a importância necessária. Às vezes tem pessoas que não estão ligadas a área da saúde e estão trabalhando no setor (L5).*

*A intenção do SUS é positiva se fosse levada a sério pelos governos municipal e estadual... se dessem condições o SUS atenderia toda a cidade tranquilamente porque ele é um projeto de saúde para o brasileiro. O SUS não procura a comunidade para desenvolver projetos porque não é só a questão de atendimento, acho que o SUS tem que trabalhar prevenção também (L5).*

Uma das lideranças jovens demonstrou, de forma visível, o seu orgulho e satisfação em liderar à sua comunidade. Sente-se vocacionada para esta função, a exemplo de sua mãe e não se cansa de lutar por melhorias. Destacou, também, que os movimentos comunitários são essenciais para a efetivação das políticas de saúde.

*Eu fico muito feliz com a minha comunidade porque eu vejo neles um papel de mudança porque a minha mãe foi a presidente por oito anos da associação do bairro e hoje sou eu não por influência da minha mãe, mas por uma questão de que eu também quis ver as melhorias e avanços da comunidade. Então, eu constituí uma chapa de jovens e gostei muito da comunidade ter acreditado na força da juventude. Eu acho que isso tem que seguir, não se pode deixar morrer o movimento comunitário. Acho que esse é o meu papel (L7).*

Os resultados demonstram que é preciso (re)pensar a forma de interlocução com as comunidades. Não basta atribuir a responsabilidade ou esperar que as lideranças comunitárias sejam protagonistas de uma concepção ampliada e resolutiva de saúde ao reproduzir modelos de gestão pública tradicionais. Enquanto sistema universal, o SUS envolve uma teia/rede movida pelo diálogo e o comprometimento de todos os atores sociais, conforme mencionado pelas lideranças. Sendo assim, tanto os gestores e profissionais quanto os usuários e suas lideranças precisam estar engajados e comprometidos com a efetivação do sistema.

## DISCUSSÃO

O SUS é, por si só, uma política que envolve profundas abstrações para a sua compreensão ampla e sistêmica. Logo, tanto mais complexo será discuti-lo, no sentido de agregar novos elementos teóricos para que o mesmo se efetive na prática, sobretudo, em comunidades socialmente vulneráveis. Sob esse viés, somente um referencial também complexo será capaz de possibilitar novas apreensões teórico-práticas, no sentido de evitar simplificações e novos reducionismos.

Ao iniciar a discussão emergiram imediatamente os seguintes questionamentos: Por que a população se “acomodou” e/ou “alienou” em suas lutas comunitárias, tendo em vista que a institucionalização do SUS se deu, em parte, pela mobilização dos movimentos populares e pelo fato do Brasil ser considerado um país democrático? Por que a população “perdeu a credibilidade” em seus gestores e/ou lideranças públicas? Qual tem sido o modelo de gestão pública na condução e efetivação das políticas de saúde? Qual tem sido a atribuição da enfermagem, enquanto prática social empreendedora, no exercício da cidadania e no fomento do protagonismo social?

O SUS, apesar de sua concepção e estruturação ampla e sistêmica e dos enormes avanços já conquistados e reconhecidos, se efetiva pela égide do regime convencional reducionista e, consequentemente, com forte conotação na doença, no postinho de saúde, nas fichas médicas, nos remédios e outros (VILAÇA, 2011). Ao concebê-lo, sob esse viés, o SUS não passa da oferta de ações pontuais,

garantidas pelos gestores públicos responsáveis, em última instância, pela organização e gestão do SUS. Esta abordagem fica evidente na medida em que as lideranças destacaram a “*demora no SUS*”, comparando-o ao atendimento “*particular*”.

O modelo assistencial implantado, no Brasil, em décadas anteriores caracterizou-se, de modo global, pela dicotomia entre Saúde Pública e Medicina Previdenciária, que conviveram de forma “harmoniosa e integrada” com o setor privado de prestação de serviços. Com o surgimento do INPS, no entanto, o setor hospitalar privado se fortaleceu. Assim, ao lado da perda de importância da Saúde Pública, passou-se a assistir o crescimento vertiginoso da assistência médica previdenciária não só como modelo dominante de atenção à saúde, mas também pelos gastos do setor (FLEURY, 2009). Com base nesse processo histórico questiona-se: por que o SUS ainda não se efetivou de forma participativa, dialógica e sistêmica?

Ao considerar o aspecto da pouca participação comunitária, no que se refere às questões do SUS é preciso levar em conta que, com frequência, a população tem o seu saber desconsiderado e as suas reivindicações ignoradas. Essa postura verticalizada, por parte de muitos gestores, acaba por cercear o protagonismo social dos usuários. Idealizar a participação comunitária como exercício de cidadania implica em vontade política por parte dos gestores e no estabelecimento de espaços dialógicos e de trocas efetivas, a fim de criar condições para a negociação de saídas coletivas para os problemas locais e de impacto social.

Pesquisa anteriormente realizada que investigou a percepção de profissionais sobre o SUS, também corrobora que o SUS ainda está fortemente associado à pobreza, à demora, às fichas que precisam ser garantidas de madrugada, bem como ao recorrente hábito de reclamar e/ou falar mal (BACKES et al., 2014). Este saber, culturalmente instituído, reproduz a ideia de que o sistema privado é mais importante e melhor qualificado que o SUS e que este, por estar voltado para os “pobres”, é de qualidade inferior. Por que esta distinção entre os sistemas? Esta percepção retrata, em última análise, uma compreensão linear e simplificada das políticas públicas, em geral.

Não se pretende, aqui, trazer respostas prontas e/ou resolver todos os problemas relacionados ao SUS. Busca-se, no entanto, refletir sobre estes e outros questionamentos no sentido de propor um novo modo de pensar e gerir o SUS e, conseqüentemente, participar e se responsabilizar pela sua efetivação enquanto política pública. Refletir sobre estas questões implica, na percepção de vários pensadores, conceber um pensamento complexo e sistêmico, no sentido de transcender o que está posto nos diferentes níveis culturais (FLEURY, 2011; VICTORA et al., 2011; BACKES et al., 2012; MORIN, 2012).

Abordagens teórico-práticas tradicionais de conceber e intervir na saúde, sobretudo, no SUS são cada vez mais questionados e discutidos à luz do pensamento complexo. O pensamento, em questão, se origina de um emaranhado de interações, associações e retroações, que conjuntamente formam o que é “tecido em conjunto”. O pensamento complexo não pressupõe a completude e nem mesmo

a eliminação da simplificação, mas se apresenta como caminho, a ser trilhado entre as incertezas, as contradições e as adversidades nos diferentes movimentos do dia a dia (MORIN, 2004, 2012).

O pensamento complexo questiona, portanto, o saber linear, pontual, unidimensional e ingênuo de compreender a lógica do SUS, neste caso, e estimula o pensar crítico-reflexivo, capaz de apreender as suas múltiplas relações, interações e associações sistêmicas (MORIN, 2004, 2005). Sob esse enfoque, é mister transcender o hábito de reclamar, de esperar para que as coisas aconteçam, de forma passiva, atribuir as responsabilidades aos outros e/ou simplesmente se omitir de suas responsabilidades. Logo, tanto os usuários e lideranças comunitárias, quanto os gestores públicos e os profissionais de saúde precisam estar aptos a integrar e interligar os diferentes saberes, na perspectiva do diálogo e da negociação conjunta.

Assim, a participação popular e/ou comunitária, na perspectiva do pensamento complexo, requer o entrecruzamento dos diferentes fios, conjugados pela troca efetiva de saberes entre usuários, lideranças, profissionais e gestores da saúde. Nessa rede plural e multidimensional, cada saber tem a sua importância e relevância social, de modo que o SUS se constitui em unidade complexa, cuja engrenagem requer a participação ativa e responsável de todos os envolvidos (MORIN, 2004).

Nesse processo dinâmico e complexo de organização e gestão do SUS, a enfermagem possui importante atribuição agregadora e visionária. Reconhecida como prática social empreendedora, a enfermagem tem a capacidade de transcender as práticas fragmentadas e simplificadas, tradicionalmente vigentes no SUS e possibilitar novas formas de intervenção, pela participação ativa e responsável dos usuários e lideranças comunitárias (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2009). Basta, no entanto, que a enfermagem se aproprie de referenciais teórico-práticos que deem conta da complexidade e dinamicidade dos problemas sociais e, conseqüentemente, do SUS.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que as lideranças comunitárias têm conhecimento superficial e/ou parcial dos princípios e diretrizes que regem o SUS, pelo fato de reproduzirem um modelo de concepção e intervenção tradicional e dicotômico. Assim, para que os princípios e diretrizes sejam traduzidos na prática é inevitável propor novos referenciais teórico-práticos sistêmicos, capazes de apreender os problemas sociais e de saúde de forma ampla e complexa.

Os resultados deste estudo demonstram que não basta idealizar um sistema de saúde universal e/ou um “*sistema completo*” conforme mencionado pelas lideranças comunitárias. É preciso que esta engrenagem se efetive na prática, isto é, no pensar, organizar e gerenciar a saúde. Transcender o pensamento simplificado de apreender o SUS é, portanto, imperativo para um pensar complexo, capaz de agregar e interligar os diferentes saberes e/ou atores sociais.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 248f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. Demonstrating nursing care as a social practice. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 988-994, 2009.

BACKES, D. S. et al. The nursing care system from a Luhmannian perspective. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 873-879, 2012.

BACKES, D. S. et al. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 1026-1033, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: 2012.

FLEURY, S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FLEURY, S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1724-1725, 2011.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; 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**, v. 16, n. 1, p. 122-129, 2008.

KULBOK, P. A. et al. Evolving Public Health Nursing Roles: Focus on Community Participatory Health Promotion and Prevention. **Online J Issues Nurs**, v. 17, n. 2, p. 1-8, 2012.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 2012.

NERY, V. A. S.; NERY, I. G.; NERY, W. G. Educação popular em saúde: um instrumento para a construção da cidadania. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 5, n. 1, p. 114-129, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde**: experiências brasileiras e européias. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

QUINTANILHA, B. C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 46, p. 561-573, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

VILAÇA, E. M. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.