

O SUS que estamos construindo: conhecimento e atuação dos diferentes atores sociais
The SUS that we are building: knowledge and performance of different social actors
El SUS que estamos construyendo: conocimiento y desempeño de diferentes actores sociales

Recebido: 24/01/2020 | Revisado: 06/02/2020 | Aceito: 14/02/2020 | Publicado: 27/02/2020

Luiz Fernando de Andrade Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1632-1410>

Fundação Educacional do Município de Assis, Brasil

E-mail: luizfas91@gmail.com

Daniel Augusto da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2716-6700>

Fundação Educacional do Município de Assis, Brasil

E-mail: daniel.augusto@unifesp.br

Resumo

A Constituição Federal Brasileira, em 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da luta pela redemocratização no país e movimento pela Reforma Sanitária ocorridos na década de 80. Nessa perspectiva, este estudo se dedicou a compreender o conhecimento e atuação diferentes atores sociais na construção do SUS. Trata-se de estudo transversal, de abordagem qualitativa, realizado com trabalhadores de unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do interior paulista. A coleta de dados se deu no segundo semestre de 2019, com assinatura do TCLE, por meio de entrevista com instrumento elaborado pelos autores. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Participaram oito trabalhadores, sexo feminino (87,0%), auxiliares de enfermagem (50%), e tempo de atuação no SUS entre um e 15 anos. Elaborou-se três categorias: 1. O conhecimento dos trabalhadores da atenção primária sobre os princípios do SUS; 2. Os trabalhadores e os princípios doutrinários do SUS; 3. O conhecimento dos trabalhadores da atenção primária sobre os princípios organizacionais do SUS. Foi facilmente observado o déficit de conhecimento sobre o SUS, pelos trabalhadores do SUS. É preocupante, pois, ao pensar sobre melhorar a qualidade de atendimento em saúde, os princípios e diretrizes do SUS deveriam ser a base para isso. Ações de educação continuada e permanente devem ser promovidas para esclarecimento acerca dos princípios e diretrizes

básicos, que foi a base desta pesquisa e a maior falha de conhecimento apresentada por parte dos trabalhadores, bem como elucidação das ações rotineiras do trabalho.

Palavras-chave: Conhecimento; Trabalhadores; Sistema Único de Saúde; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The Brazilian Federal Constitution, in 1988, establishes the Unified Health System (SUS), the result of the struggle for redemocratization in the country and movement for Sanitary Reform that occurred in the 80's. From this perspective, this study was dedicated to understanding the knowledge and different social actors in the construction of SUS. This is a cross-sectional study with a qualitative approach, conducted with workers of Primary Health Care units of a city in the interior of São Paulo. Data collection took place in the second semester of 2019, with the signature of the consent form, through interviews with an instrument prepared by the authors. Data were subjected to thematic content analysis. Eight workers (87.0%), nursing assistants (50%), and working time at SUS between one and 15 years participated. Three categories were elaborated: 1. Primary care workers' knowledge about SUS principles; 2. The workers and the doctrinal principles of the SUS; 3. Primary care workers' knowledge about SUS organizational principles. It was easily observed the lack of knowledge about SUS by SUS workers. It is worrying because, when thinking about improving the quality of health care, the principles and guidelines of SUS should be the basis for this. Continuing and continuing education actions should be promoted to clarify the basic principles and guidelines, which was the basis of this research and the greatest lack of knowledge presented by workers, as well as elucidation of routine work actions.

Keywords: Knowledge; Workers; Unified Health System; Health Education; Primary Health Care.

Resumen

La Constitución Federal de Brasil, en 1988, establece el Sistema Único de Salud (SUS), el resultado de la lucha por la redemocratización en el país y el movimiento por la Reforma Sanitaria que ocurrió en los años 80. Desde esta perspectiva, este estudio se dedicó a comprender el conocimiento y diferentes actores sociales en la construcción del SUS. Este es un estudio transversal con un enfoque cualitativo, realizado con trabajadores de las unidades de Atención Primaria de Salud en una ciudad del interior de São Paulo. La recopilación de datos tuvo lugar en el segundo semestre de 2019, con la firma del formulario de consentimiento

informado, a través de entrevistas con un instrumento preparado por los autores. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático. Participaron ocho trabajadores (87.0%), auxiliares de enfermería (50%) y tiempo de trabajo en el SUS entre uno y 15 años. Se elaboraron tres categorías: 1. Conocimiento de los trabajadores de atención primaria sobre los principios del SUS; 2. Los trabajadores y los principios doctrinales del SUS; 3. Conocimiento de los trabajadores de atención primaria sobre los principios organizacionales del SUS. Se observó fácilmente la falta de conocimiento sobre el SUS por parte de los trabajadores del SUS. Es preocupante porque, cuando se piensa en mejorar la calidad de la atención médica, los principios y lineamientos del SUS deben ser la base para esto. Las acciones de educación continua y continua deben promoverse para aclarar los principios y lineamientos básicos, que fueron la base de esta investigación y la mayor falta de conocimiento presentada por los trabajadores, así como la aclaración de las acciones rutinarias de trabajo.

Palabras clave: Conocimiento; Trabajadores; Sistema Único de Salud; Educación en Salud; Atención Primaria de Salud.

1. Introdução

A Constituição Federal Brasileira, em 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da luta pela redemocratização no país e movimento pela Reforma Sanitária ocorridos na década de 80 (Brasil, 1988).

Em 1990, as leis 8.080 e 8.142 regulamentam o SUS, garantindo acesso ao atendimento de forma igualitária a toda população de forma integral e ênfase nas ações preventivas, sendo que o controle social, através da participação da comunidade na gestão do SUS é garantido, de forma que a sociedade civil pode ativamente, através dos conselhos de saúde e conferências de saúde, interagir com o governo na definição de políticas públicas que atendam as prioridades e necessidades de saúde locais (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Contudo, considerar as políticas públicas que constituem e constroem dia a dia o SUS, geram a necessidade de atentar a dinamicidade das necessidades de saúde da população, da ação concreta dos diversos atores sociais envolvidos e das atividades institucionais respectivas aos serviços de saúde (Ferraz & Kraiczky, 2010).

Em outras palavras, a construção do SUS ocorre nos dias atuais e sempre ocorrerá, pois haverá modificação das políticas públicas de saúde a partir das transformações ocorridas pelas necessidades de saúde da população, da ação dos trabalhadores de saúde e da condução dos gestores para o desenvolvimento das ações.

Observa-se então um importante papel a ser desempenhado pela sociedade civil, e que esse papel tem garantia legal prevista. A partir de sua criação, o SUS tem sido modificado constantemente, a depender das necessidades de saúde da população, e dos atores que compõe a gestão do SUS. Dessa forma, torna-se imprescindível o conhecimento sobre a percepção dos diferentes atores envolvidos no atendimento e criação constante do SUS, e dos princípios e diretrizes que norteiam e regulamentam as ações de saúde pública.

Nessa perspectiva, este estudo se dedicou a compreender o conhecimento e atuação dos diferentes atores sociais na construção do SUS, fundamentado nos princípios e diretrizes descritos na Lei n.º 8.080/1990: universalidade, integralidade, equidade, autonomia, igualdade, direito à informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, resolutividade e organização dos serviços.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, qualitativo, para compreender a percepção e conhecimento de diferentes atores sociais sobre a construção do SUS. O estudo foi realizado em duas unidades de atendimento primário à saúde de um município do centro-oeste do estado de São Paulo, elegidas em consonância com os locais de realização de estágio curricular de graduação em Enfermagem.

Foram convidados a participar deste estudo os trabalhadores destas unidades de atenção primária à saúde, abrangendo todas as funções e cargos presentes. O pesquisador se dirigiu às unidades, em datas e horários pré-definidos com os coordenadores e fez o convite aos trabalhadores para participar do estudo.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevista com gravador de voz, e utilização de questionário semiestruturado, elaborado pelos autores, que continha questões norteadoras referentes a temática do estudo e questões para caracterização dos participantes. As questões norteadoras tiveram por fundamento a lei orgânica da saúde, Lei n.º 8.080, de 1990, que descreve, entre outros, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Após a coleta de dados, foi utilizado o referencial metodológico de Análise de Conteúdo, em acordo com os passos propostos por Bardin, trabalhando a fala, especificamente a prática da língua, procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais expressam, num momento determinado. É a busca de outras realidades por meio das mensagens

(Bardin, 2011).

Foi realizado contato com a secretaria municipal de saúde para consentimento e autorização para a realização da pesquisa. Em relação aos aspectos éticos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação Educacional do Município de Assis sob o CAAE 12631019.0.0000.8547, e aprovado com parecer n.º 3.361.725, de 31 de maio de 2019.

3. Resultados

Deste estudo participaram oito pessoas, trabalhadoras de unidades de atendimento a atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Os demais dados sociodemográficos estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos trabalhadores das unidades de Atenção Primária, participantes deste estudo (n=8). Assis (SP), 2020.

VARIÁVEL	n (%)
Sexo	
- Feminino	7 (87,0)
- Masculino	1 (12,5)
Faixa etária	
17 a 26 anos	1 (12,5)
27 a 31 anos	2 (25,0)
32 a 40 ou mais	5 (65,2)
Orientação sexual	
- Heterossexual	6 (75,0)
- Homossexual	1 (12,5)
- Outros	1 (12,5)
Cor de pele	
- Branca	4 (50,0)
- Parda	3 (37,5)
- Preta	1 (12,5)
Estado civil	
- Solteiro	3 (37,5)
- Casado	5 (62,5)
Número de filhos	
- 0	1 (12,5)
- 1	1 (12,5)
- 2 ou mais	6 (75,0)
Renda familiar	
- 1 a 2 salários	3 (37,5)
- 2 a 3 salários	3 (37,5)
- 3 a 5 salários	2 (25,0)

Possui Religião	
- Sim	7 (87,5)
- Não	1 (12,5)
Descrição da religião	
- Católica	2 (25,0)
- Evangélica	4 (50,0)
- Outros	2 (25,0)
Prática religião	
- Sim	7 (87,5)
- Não	1 (12,5)
Profissão	
- Auxiliar de enfermagem	4 (50,0)
- Agente Comunitário de Saúde (ACS)	2 (25,0)
- Agente administrativo	1 (12,5)
- Estagiário	1 (12,5)
Tem outra formação	
- Sim	6 (75,0)
- Não	2 (25,0)
Formação complementar	
- Gestão Hospital e Técnico em Oncologia	1 (12,5)
- Superior em Enfermagem	1 (12,5)
- Superior em Direito	1 (12,5)
- Graduando de Biologia	1 (12,5)
- Auxiliar de enfermagem	1 (12,5)
- Técnico em Açúcar e Alcool	1 (12,5)
Tempo de atuação no SUS	
- Menos de 1 anos	1 (12,5)
- 1 a 15 anos	4 (50,0)
- 16 a 20 anos	2 (25,0)
- Mais de 20 anos	1 (12,5)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Seguindo a metodologia de análise de conteúdo, as entrevistas foram organizadas em duas categorias com subcategorias.

1. O conhecimento de trabalhadores da atenção primária sobre os princípios do SUS

Solicitou-se aos participantes que citassem os princípios e diretrizes do SUS, descritos na Lei nº 8.080/1990. A grande maioria demonstrou desconhecimento a cerca deste questionamento. A seguir, algumas falas são descritas demonstrando esta situação:

“Ai, pergunta difícil né... né... eu não vou lembrar essa pergunta para te falar”
(E1).

“Ah, de cabeça não lembro...” (E4).

“Então... universalidade, equidade e integralidade? Nem lembro mais” (E5).

2. Os trabalhadores e os princípios doutrinários do SUS.

2.1. Percepção sobre a universalidade nas práticas de atendimento do SUS

A universalidade não é entendida e pouco exercida, contudo os profissionais assumem que devem melhorar nessa questão, fato demonstrado nas falas dos participantes:

“Ah... eu acho que acontece, sim. A gente recebe tudo quanto é... todas as pessoas têm direito ao SUS, né. Dá para melhorar” (E2).

“Acredito que aconteça sim... acho que dá para melhorar, principalmente na parte social do SUS porque não são todos os profissionais que tem capacidade de interpretar socialmente a condição do paciente” (E4).

“É, como eu já tinha comentado com você... não tem esse princípio... esse princípio não é acolhido de maneira como deveria ser” (E8).

2.2. Percepção sobre a integralidade nas práticas de atendimento do SUS

A integralidade não é percebida como um princípio ativo dentro das práticas do SUS, que raramente acontece, como demonstrado na fala de alguns participantes:

“Não... não, porque... por causa das próprias pessoas que administram e trabalham no SUS. Eu acredito que não funciona muito a integralidade por isso. Da para melhorar muito” (E2).

“Não, integralidade não... não atende de forma integral. A maior parte que passa na rede de atenção básica, eles demoram muito tempo para conseguir fazer um exame, para chegar num especialista, quando é o caso de especialista, né, demora muito tempo... e as vezes a pessoa desanima e acaba não completando o tratamento, ela só vai voltar de novo quando está com muita dor. Aí volta de novo, senão não volta mais...” (E6).

2.3. Percepção sobre a equidade nas práticas de atendimento do SUS

A equidade é percebida apenas em alguns casos específicos, cujo paciente tem uma “ajuda especial”, também não é um princípio abordado da maneira que deveria, como pode ser percebido na fala de alguns participantes:

“Consigo perceber na rede, mas também digo com ressalvas... há casos e casos” (E4).

“Não... risos... acontece muito pouco, uns 30% acho que acontece... não era para existir, mas ainda existe no SUS, é, de passar um na frente do outro... por exemplo, a lista de espera, esperando um exame ou uma coisa assim, não é o mesmo peso que usa para você que é o mesmo peso que usa, vamos supor, pra um colega, um conhecido de quem faz o agendamento... isso acontece... se o usuário consegue reclamar, ele reclama, consegue fazer o exame de alto custo, e aquele que tem menos orientação e não reclama, fica lá esperando e não faz...” (E6).

“Ah... mais ou menos. Risos” (E7).

3. O conhecimento dos trabalhadores da atenção primária sobre os princípios organizacionais do SUS

3.1. Percepção sobre a autonomia do SUS

Para os participantes, o entendimento sobre autonomia do sistema é meio confuso, quase não se entendendo o conceito da palavra em si, como podemos observar por meio de algumas falas:

“Ah, eu acho, eu acho... igual eu te falei, ele é muito bonito no papel, mas na prática muita coisa falha. Algumas coisas acontecem sim, muitas falham, mas...” (E1).

“Também não... é tudo meio devagar” (E2).

“Não... é muita gente tomando conta de um sistema que deveria, né, ser autônomo e ótimo, mas, é muita gente pra pouca coisa, pouca verba e pouco tudo...” (E7).

3.2. Percepção sobre o SUS e a igualdade da assistência

Para os participantes, esse princípio, assim como os demais, é um ponto falho e depende muito dos atores que estão à frente do sistema e o “próprio” sistema, como percebemos em alguns apontamentos:

“Quem chegar aqui vai ter a mesma coisa que todo mundo tem, né. Porque, vamos supor.... tenho 3 médicos, 3 clínicos e aqui não vai ter mais que isso, tá, a única diferença é assim... você percebe assim, vamos imaginar... se fosse em outro lugar e hoje abriam exceção para um, para outro, e tal, mas não consegue nem dar... vamos pôr assim, puxar sardinha para alguém, porque não tem como, entendeu, a gente não tem nada que possa ajudar e fala “ai, vou passar você na frente, vou te disponibilizar essa vaga, vou agilizar esse exame para você’... porque o próprio sistema não deixa, entendeu, não tem como...” (E1).

“Não... dá para melhorar muito” (E7).

“É... essa questão da igualdade, é uma coisa que todo mundo tem acesso... toda a população tem acesso a saúde, ao SUS, e assim... a igualdade não chega a ser, como posso dizer, 100%, população a gente vê a questão de tratamentos caros, que as pessoas que tem condição social melhor elas tem um acesso mais fácil a isso do que as que são mais leigas... ai essa questão da igualdade acaba sendo “desigual”, porque quem tem mais informação acaba tendo mais benefícios... para alguns casos” (E8).

3.3. Percepção sobre direito à informação e divulgação de informações pelo SUS

Para alguns, a informação é precária, divulgada erroneamente. Já para outros, há uma demanda imensa, porém, que poucos possuem acesso. Em ambos casos há prejuízo no atendimento, como pode ser percebido em alguns relatos:

“Eu acho que ela chega muito pouco porque tem muitas pessoas que literalmente chegam leiga no que pode... “ah, eu consigo fazer isso? Ah, dá para fazer esse exame por aqui?... Dá e as vezes a pessoa não sabe, assim, eu acho que talvez a informação não chegue, não alcance tudo que deveria alcançar, principalmente aquele que, vamos por, são usuários mais assíduos porque literalmente não teriam condições de procurar atendimento em outro lugar... então assim, é, eu acho que as pessoas são bem leigas no direito que elas tem, sabe. E sempre dá para melhorar isso” (E1).

“Ah... isso é uma coisa... a população tem esse acesso 24h por dia, bem dizer, porque tem a gente que vai na casa, são vinculadas informações via rádio, via TV, né... mídias sociais... a informação é repassada, ela é colocada à disposição da população... o que falta que isso tudo venha a ser um casamento é a população se dar a ciência daquilo ali... por exemplo, em relação a dengue que é um problema que vem crescendo a cada ano, vamos falar que o problema é por falta de informação? Não, informação tem, ai o problema é por conta de educação da população, porque todo mundo sabe quais são os locais, os recipientes que o mosquito se prolifera, ai vai de cada um também tomar parte... então a informação, ela é... eu acho que ela é a contento, ela é bem ampla, em todo lugar você tem... o que falta ai é o comprometimento da população com o que tá recendo” (E8).

3.4. Percepção sobre a utilização da epidemiologia para estabelecimento de metas dentro do SUS

Para a maioria dos participantes da pesquisa, é uma realidade, como podemos constatar a partir de alguns relatos:

“Sim... a gente vê muito isso nas campanhas da vida... a epidemiologia não é só isso, mas a gente percebe muito isso nas campanhas, onde a gente direciona para a necessidade do momento... vamos supor, quando a gente vai falar de gripe, então ali a gente prioriza os idosos, as crianças, né, a gente vê muito isso em campanha de vacinação. Mas tem outros momentos... de gestante, por exemplo, a gente trabalha muito em cima da fase da gestação, do diabético, acredito que tem sim...” (E5).

“Ah, sim... é... tem, né. Assim, tem algumas coisas que ainda faltam, algumas vacinas que poderiam estar aí, né, que não vem, mas assim... quanto, pelo aqui no nosso município quase nunca falta em questão... dessa coisa de epidemiologia e se prevenir quanto a doenças epidemiológicas não falta tanto quanto em outros municípios” (E7).

3.5. Percepção da participação da comunidade no SUS

A grande maioria dos participantes diz que a população exige muito, porém, pouco participa das atividades, sendo falha a participação da comunidade diante as atividades do SUS, como relatam a seguir alguns:

“A comunidade gosta de brigar muito com o SUS, né, principalmente com os funcionários do SUS, risos... é... mais você vê que as pessoas não abraçam muito... que nem, a gente faz o grupo de diabéticos, tem vez que vem 5, 6 pessoas, entendeu... as vezes, que nem, a enfermeira, faz o Papanicolau, faz campanha, né... a gente fez a campanha do teste do pezinho, teste rápido de Hepatite, HIV, vem 3 pessoas... então assim, você vê que a população só vai quando realmente tá precisando, ela não vai atrás as vezes de uma informação, para saber como se prevenir... “ah, vou fazer o Papanicolau”, não porque estou sentindo alguma coisa, pelo sintoma de alguma coisa; vou fazer porque é preventivo, vou cuidar pra já não ter. Da impressão que as pessoas só vem atrás quando o problema tá instalado... a informação, abraçar a causa, “ah, eu vou porque eu quero saber, quero ter a informação”... eu acho que as pessoas, a população abraçam muito pouco isso” (E1).

“A comunidade é acomodada. Eles são acomodados... na hora do vamos ver, eles não comparecem, se você fala assim: “vai ter uma reunião no posto de saúde para

falar a respeito dos direitos, dos deveres, da forma que você pode agir, da formação do conselho gestor”, eles não vêm. As vezes até forma o gestor, mas vai passando o mês ele desintegra... o pessoal vai saindo, é, por vários motivos particulares e acaba não vindo. Eu percebo assim, que não tem na população aquela coisa de lutar pelo coletivo, é cada um lutando pelo seu interesse... eles não pensam muito no coletivo não” (E6).

3.6. Percepção do SUS e a resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência

Para os participantes, a resolutividade existe, apesar do longo prazo de espera. Vejamos o que dizem alguns:

“Então, ele consegue resolver, mas a longo prazo. Sempre a longo prazo... consegue sim resolver, bastante, né, no caso de cirurgia muito longo prazo, no caso de especialidade, muito a longo prazo, as vezes fica um pouquinho deficiente, porque, no caso da medicação de alto custo a pessoa tem aquele processo todo pra fazer e demora pra adquirir a medicação... demora bastante” (E6).

“Não muito... dependendo das coisas as pessoas só ganham na briga, né. Tem coisas que é só caso de justiça... é e não é” (E7).

“É... na parte de conseguir o objetivo da pessoa sim, mas não realizar o que a pessoa quer. Tipo, a pessoa quer uma consulta com o ortopedista, mas ele não vai resolver aquele problema dela. Ai para resolver o problema dela é uma burocracia enorme depois para conseguir” (E4).

3.7. Percepção da organização do SUS a fim de se evitar duplicidades

Para muitos, ainda existe grande falha na comunicação, o que leva a duplicidade de exames e receitas médicas e, conseqüentemente, dificultando o atendimento. Vejamos alguns relatos:

“Então, isso era para funcionar ao pé da letra, mas funciona, por isso que começa e termina... por exemplo, a paciente passa aqui ela faz um exame pelo SUS, ai você vai... vem outro médico, pede outro, o mesmo exame, só que a gente não consegue liberar o segundo porque pediu com menos de 30 dias... menos de 4 meses, entendeu... para melhorar o profissional deveria olhar mais o prontuário e o paciente como um todo” (E2).

“Ah, é deficiente... nessa parte de duplicidade é deficiente. Eu acho que, tem o sistema do SISREG, o profissional que agenda, por exemplo aqui, que lança um

exame pra regulação daqui ele não procura saber se foi lançado pra mesma pessoa em outra unidade, entendeu? Aí acaba acontecendo a duplicidade, “tira a vaga” de uma pessoa que tá na fila e acaba duplicando sim, tanto exames quanto receitas, o povo passa aqui, a medica passa a receita, aí vai lá no PA, o médico faz outra receita e vai duplicando... acontece muito isso aí, é bem deficiente” (E6).

4. Discussão

Identificar pontos positivos e negativos na formação para o exercício de funções no SUS é fundamental para se obter mudanças no serviço. É fundamental pensar no contexto da equipe de saúde e comunidade (Cardoso et al., 2007).

Após obtenção dos resultados e cautelosa análises das entrevistas, é observado o déficit de conhecimento sobre o SUS, pelos trabalhadores do SUS, participantes desta pesquisa. É uma situação preocupante, pois, ao pensar sobre melhorar a qualidade de atendimento em saúde, os princípios e diretrizes do SUS deveriam ser a base para isso.

Afirmamos a dificuldade de encontrar pesquisas desenvolvidas no Brasil versam a respeito desta temática, uma vez que há escassez de artigos publicados que abordam o conhecimento sobre o SUS nos trabalhadores do SUS.

Essa falha de entendimento sobre o SUS não é uma situação única à área de desenvolvimento desta pesquisa. Pesquisa realizada em cidade de Minas Gerais, entre 2003 e 2004, já apontava esse déficit (Cotta et al., 2006).

Apesar das várias estratégias com o objetivo de operacionalizar e reorganizar o sistema, bem como preparar os trabalhadores do SUS, tais como Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAs), Norma Operacional Básica (NOBs), Estratégia Saúde da Família e Política Nacional de Humanização, por exemplo, a integralidade está longe do ideal (Batista & Gonçalves, 2011).

Para ascender o modelo ideal de atendimento ou ao menos com melhor qualidade que há, por exemplo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com ferramentas que visem a melhora da prática da saúde, a organização das ações e serviços, dos processos formativos e práticas pedagógicas para formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Treinamento e competência, com planejamento e desenvolvimento de qualidade produz mudanças positivas. Desenvolver atividades com tal propósito, nas unidades participantes da pesquisa poderia ter um resultado positivo, já que os funcionários se mostraram receptivos em colaborar com a pesquisa. Além dos déficits observados nas respostas, em relação ao que é autonomia e como a mesma funciona dentro do sistema, erros na conceituação do uso da

epidemiologia para estabelecer prioridades, culpar a população pela pouca participação social e falta de informação e, o mais grave apontado, uma grande falha a nomear os princípios e diretrizes básicos do SUS também foram observados. Sem saber o básico, fica muito difícil promover uma assistência de qualidade à população (Batista & Gonçalves, 2011).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004 por meio da Portaria nº 198 GM/MS do Ministério da Saúde. Juntando-se a ela no processo de educação dos trabalhadores do SUS, está a Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS) que tem preparado ações educativas de cunho político pedagógicas para a rotina dos trabalhadores do SUS, com objetivo de aperfeiçoar e atualizar as ações dos profissionais para a melhoria do atendimento (Brasil, 2004; Cardoso et al., 2017; Carvalho & Teodoro, 2019).

As atividades educativas da EAPSUS possuem vínculo direto com as secretarias de saúde dos municípios. No Distrito Federal (DF) já acontece desde 20 de dezembro 1996, de acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes e a base da educação nacional. Para que esse tipo de trabalho e educação funcione é preciso que os profissionais inseridos no SUS estejam dispostos e comprometidos com os programas e partilhas de informação e não exclusivamente culpas a população ou o próprio sistema para as falhas que acontecem, algo que foi comum em praticamente todas as falas (Carvalho & Teodoro, 2019).

Para trabalhadores de nível médio que já atuam no SUS, como Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, existe a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) (Brasil, 2019).

Lopes e Morel (2019), descrevem que, no Rio de Janeiro, há um Curso Técnico de Agentes Comunitários que oferece formação a trabalhadores que já desenvolvem essa função. O objetivo do curso é ampliar a capacidade crítica do trabalhador bem com a intervenção adequada na realidade em que vive, melhorando também técnicas utilizadas na rotina de trabalho.

Nesse contexto de curso, nem sempre há conteúdo específico a ser abordado. Podem ser abordados temas diversos do cotidiano de cada trabalhador, de acordo com suas preocupações e demandas, o que de uma maneira clássica auxilia no processo aprendizado dos trabalhadores. Abordar o que é familiar para todos, porém em territórios diferentes, ao mesmo tempo que distancia também acarreta em mutuo interesse, caminhando para o aprendizado.

Ainda, a disposição de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) no município onde a pesquisa foi realizada, seria de grande impacto positivo para esclarecimento

e enriquecimento, tanto de conteúdo quando de funcionamento do sistema. Assim, seria positivo a tentativa de orientar alguns trabalhadores quanto aos princípios e diretrizes para que o serviço começasse a fluir, ao menos em partes, de forma diferente, além de não mais existirem falas errôneas do tipo que campanha de vacina da gripe é o uso da epidemiologia para estabelecer prioridades ou que a população só procura o sistema quando precisa de verdade, sendo que não entendem a real importância da população enquanto atuantes na gestão do SUS. É preciso sim, maior capacitação da equipe de trabalhadores que se encontra na porta de entrada para o SUS.

5. Conclusões

A análise das entrevistas mostra o desconhecimento da base do SUS, que são seus princípios e diretrizes descritos na Lei nº 8.080/90, pela equipe de atenção primária participante da pesquisa. Esse desconhecimento também pode se expandir para outros trabalhadores, do mesmo município ou município diferente. Dessa forma, fica prejudicado o bom funcionamento do sistema, sendo mais fácil culpar o próprio sistema pelas falhas encontradas, já que funciona apenas no papel, como disse alguns participantes, ou ser culpa da população.

Assim sendo, é de extrema importância ações de educação continuada e permanente com os trabalhadores. Com essas atividades, existiria maior esclarecimento acerca dos princípios e diretrizes básicos, que foi a base desta pesquisa e a maior falha de conhecimento apresentada por parte dos trabalhadores, bem como elucidação das ações rotineiras do trabalho, por meio de cursos como o RET-SUS no qual, podem também, aprender por meio da partilha de conhecimentos e vivências.

O ideal de trabalhadores para o sistema ainda está longe, mas pode ser conseguido, aos poucos, se ouvirmos o que cada um tem a dizer, refletir suas práticas profissionais e capacitá-los e ter conhecimento do valor profissional de cada um. Com capacitação e conhecimento mais profundo da essência de cada trabalhador, o sistema pode ser mudado e a população receber um atendimento mais digno da forma que merece.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não houve conflitos de interesse.

Financiamento: Programa de Iniciação Científica da Fundação Educacional do Município de Assis.

Referências

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007. doi: 10.1590/S0104-12902011000400007.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico.

Brasil. (1990a, 19 de setembro). Lei n.º 8.080: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>.

Brasil. (1990b, 28 de dezembro). Lei n.º 8.142: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>.

Brasil. (2004, 13 de fevereiro). Portaria n.º 198: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13150.html>

Brasil. (2019). *Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde*. Acesso em 28 de dezembro, em <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/>.

Cardoso, J. P., Vilela, A. B. A., Souza, N. R., Vasconcelos, C. C. O., & Caricchio, G. M. N. (2007). Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista*

Brasileira em Promoção da Saúde, 20(4), 252-258. Recuperado de: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/1035/2195>. doi: 10.5020/18061230.2007.p252

Cardoso, M. L. M., Costa, P. P., Costa, D. M., Xavier, C., & Souza, R. M. P. (2017). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1489-1500. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1489.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232017225.33222016.

Carvalho, W. M. E. S., & Teodoro, M. D. A. (2019). Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(6), 2193-2201. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602193&script=sci_arttext. doi: 10.1590/1413-81232018246.08452019.

Cotta, R. M. M., Schott, M., Azeredo, C. M., Franceschini, S. C. C., Priore, S. E., & Dias, G. (2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(3), 7-18. Recuperado de: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>. doi: /10.5123/S1679-49742006000300002.

Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82. Recuperado de: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/428>.

Lopes, M. C. R., & Morel, C. M. (2018). Processos de aprendizagem de adultos na educação profissional em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0018111. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0018111.pdf>. doi: 10.1590/1981-7746-sol00181.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Luiz Fernando de Andrade Silva – 50%

Daniel Augusto da Silva – 50%