

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da Saúde Pública, trazendo reflexões sobre questões centrais que vêm sendo discutidas há muito para a conformação de um Sistema Público de Saúde. Sistema esse que vem tentando se organizar desde o início do século XX, de maneira a estabelecer uma assistência eficaz voltada para a coletividade.

Diversos movimentos foram se compondo para garantir tal assistência à população, muitos deles de caráter contra-hegemônico, objetivando uma melhor oferta da produção do bem-estar da população.

Foi na década de 70 que tais movimentos ganharam peso e reconhecimento, sendo chamado de movimento sanitário e que contribuiu imensamente para a inclusão do SUS na Constituição de 1988.

Com a legalização do SUS e na década de 90 a oficialização do PSF, a luta pela organização de um Sistema de Saúde integral, igualitário e universal foi legitimada, se fortalecendo e conquistando agregados em sua defesa.

Este trabalho é mais um adjunto na luta para a consolidação de uma Saúde Pública que incorpore os princípios e diretrizes do SUS, utilizando a estratégia Saúde da Família para orientar a organização do Sistema, sendo sua porta de entrada, caracterizando-se como a atenção de primeiro nível. Um serviço com território de abrangência definido, próximo à população tanto no sentido do acesso a serviços de saúde quanto ao acompanhamento permanente a esta, contemplando o conceito de saúde ampliada, priorizando a promoção de saúde e sendo a ponte entre os outros níveis de atenção à saúde.

Segundo Merhy (1997), apesar de todas as propostas de mudança no Sistema estarem em vigor, tem sido difícil transpor o paradigma hegemônico na saúde. Tal Sistema tem funcionado burocraticamente, enrijecido, com profissionais descapacitados no lidar com a população e desmotivados pela falta de reconhecimento financeiro e profissional, desaguando com isso num Sistema autoritário, segmentado e descapacitado para um novo modo de assistência à saúde.

Para que essas mudanças propostas realmente ocorram, saiam do papel e se instaure um modelo de assistência à saúde eficiente, responsável e comprometido com a qualidade de vida da população, é imprescindível que haja uma estrutura política que incentive, apoie e dê respaldo e sustentação ao Sistema de Saúde integrado.

O trabalho em saúde constitui-se de um processo de produção do bem-estar humano e assim envolve diversos aspectos complexos que devem ser legitimados por essa estrutura política. Aspectos de ordem micro e macropolíticos, os quais devem ser valorizados e considerados em sua organização e funcionamento.

Nessa perspectiva não se pode desconsiderar que o foco apresentado aqui, neste trabalho, como fundamental para a transformação do Sistema de Saúde, é apenas uma face de uma situação que é multifacetada. Outras dimensões compõem esse arsenal e devem ser consideradas. Nessa linha de argumento, uma faceta importante que não é o alvo privilegiado desta pesquisa, mas que há de se considerar, é a classe dos trabalhadores de saúde. O Sistema também deve cuidar daqueles que são seus agentes. Deve propiciar o bem-estar e contemplar o exercício da cidadania em seus direitos e deveres do trabalhador de saúde. Esse aspecto é trazido por uma integrante do quinto grupo, Nice, biomédica, que já trabalhou como profissional de saúde e em alguns momentos da discussão traz a perspectiva do profissional:

*Nice: (...) então a gente vê muitas coisas às vezes ... eu entendo... tudo é muito complicado, porque, às vezes a pessoa (profissional) está há muito tempo, fez plantão, e...a pessoa vai lá, e às vezes tem um que está alcoolizado, o outro que grita, o outro que agride. Então eles trabalham, então eles também precisavam ter respaldo. Né? Alguém que apoiasse eles para estar mais seguro.*

*(...) Porque o que eu fico pensando, se pra nós saúde é estar equilibrado física e emocionalmente, muitos deles não estão equilibrados emocionalmente. Porque trabalham em...estresse o tempo todo, né? É paciente morrendo do lado deles, é querendo uma agulha diferente.*

Nice faz a denúncia das dificuldades do Sistema como usuária e como profissional. Essa faceta não foi material privilegiado na análise deste trabalho, porém deve ser um aspecto também privilegiado nas políticas de saúde.

Os grupos realizados neste trabalho propiciaram diálogos que foram construindo sentidos sobre saúde/doença os quais foram focalizados em duas grandes vertentes – a saúde ampliada e a saúde como ausência de doenças. Nos dois eixos de análise: “Quando a questão é promover saúde” e “Quando a questão é recuperar saúde”, as participantes dos grupos conversaram sobre questões do processo saúde/doença abordando tanto a promoção e prevenção da saúde, como sua recuperação, tratando ambos os níveis de atenção como fundamentais e legítimos. Relataram demandar por um tipo específico de cuidado, dependendo do

momento da vida em que se encontram. As conversações das quais falavam do lugar de pessoas saudáveis, a promoção de saúde foi o recurso privilegiado, porém, nos momentos em que discutiam alguma doença ou fragilidade pelas quais necessitassem de uma intervenção ou recuperação, o acesso foi o instrumento requerido.

Um aspecto que foi bastante enfatizado na análise e discussão foi a importância das relações e interações na prática da assistência à saúde. Muitos autores vêm dando relevância a essa questão, principalmente na delicada relação entre médico – paciente (Campos 1997b; Caprara et al. 1999; Matumoto 1998; Merhy 1997.)

Quais são as formas que tomam essas propostas? A mudança mais explícita e que mais tem sido veiculada enfatizando a transformação do modelo de assistência à saúde, principalmente no discurso do PSF, é a incorporação da conversa e da escuta do profissional de saúde para com o usuário, resultando numa maior interação entre eles. Porém, a maneira como ocorre a interação e a escuta não é ponto de questionamento, não perdendo sua característica autoritária e hierárquica: o profissional se relacionando com o usuário com o intuito de educá-lo para um melhor comportamento em saúde.

A relação engessada pelas hierarquias não contribui para a transformação do paradigma da saúde. É necessário que a interação seja de reconhecimento do usuário como cidadão, dotado de direitos e deveres, reconhecido em seu contexto de vida e principalmente na sua dor, quando busca cuidados.

Essa interação, seja ela entre os próprios profissionais ou com os usuários, é uma ferramenta potencial para contextualização das situações, a possibilidade de compreensão das necessidades e demandas locais e da co-construção de alternativas viáveis para solucioná-las. Alternativas que sejam acordadas entre usuário e profissional da saúde.

O caráter socialmente construído do processo saúde/doença vem dizer mais uma vez da necessidade de aproximação e escuta com a comunidade para a efetiva co-responsabilidade na saúde.

Há um discurso hegemônico dos profissionais de saúde do que vem a ser considerado saúde e doença. Em contrapartida, há o discurso do senso comum, do experienciado no cotidiano das pessoas. A interlocução desses se faz necessária para que haja viabilidade na proposta de um novo paradigma em Saúde Pública, em que ações conjuntas entre profissionais e população rompam com a tradicional

hierarquia rígida nas relações de saber/poder, legitimando assim, todas as descrições de vivências de saúde/doença. Nessa linha de argumentação, considerar que estão se transformando as formas de se lidar na saúde só será possível de se dizer quando se propiciar a criação de espaços de diálogo entre os atores sociais, não apenas entre executores e usufruidores do Sistema de Saúde – que é o foco de atenção neste trabalho – mas também se considerarem todos os escalões, incluindo aí os formuladores da políticas, os gerenciadores, etc.

Um outro aspecto bastante considerado na análise e discussão desta pesquisa e que se faz urgente, é a integralidade das ações em saúde para a definitiva efetivação do SUS. A 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil/MS 2000a) contemplou essa discussão situando como fundamental a hierarquização das ações em saúde como condição para a garantia da equidade no acesso da população às suas demandas. O PSF também esteve inserido nessa Conferência, como estratégia potencial para articular essa integração, porém com alguns questionamentos a serem resolvidos:

*Existe um PSF no papel e outro na prática. Embora seja uma alternativa interessante, tal programa não responde às necessidades, ainda carece de integralidade que possa atender à globalidade das necessidades; mantém-se muitas vezes como porta de entrada, muitas vezes estreita e fechada, constituindo-se em um programa focal e pontual; está longe de resolver a assistência à média e alta complexidade, não possuindo integração com a rede de serviços (tema 3 p 7).*

Não há como oferecer qualidade nos cuidados à saúde, mesmo nas questões de aspectos mais relacionais, sem que haja o respaldo de um serviço muito bem estruturado e articulado em seus níveis de atenção, para que possa respaldar a população em suas necessidades. O PSF, aí também incluído, como responsável por essa integralidade das ações.

Em relação às discussões tratadas na introdução, sobre a importância dos processos saúde/doença na organização da atenção à saúde, elas estão remetidas às discussões dos temas analisados nos grupos. Tanto o primeiro eixo de análise quanto o segundo trataram das perspectivas dessas participantes em seus processos de saúde/doença como fundamentais para suas buscas, escolhas e no que acreditam ser saúde. No primeiro eixo, falar de saúde no panorama de sua promoção, da qualidade de vida, trouxe os temas em um primeiro momento em seu sentido oficial, divulgado nos meios legítimos de produção de saúde. Foi através da

aproximação e conversação com essas participantes que se gerou a reflexão sobre o que significavam tais temas e termos referentes à saúde em seus cotidianos, a vivência que possuíam. Com isso foram se construindo outros sentidos sobre a promoção de saúde, bastante diferentes do que é oficialmente difundido. No segundo eixo de análise, nas discussões sobre a recuperação da saúde, mais do que a necessidade de consultas, remédios e exames, o que se mostrou fundamental para as integrantes do grupo foi o “como” acessar essas necessidades, as dificuldades em se fazerem entendidas e ouvidas. Assim, ficou expresso como os processos saúde/doença têm influência direta sobre a forma de acreditarem na saúde, de buscarem, de aceitá-la, de acreditarem ser imprescindível uma intervenção ou não.

A virada do paradigma na saúde, por se tratar de uma questão epistemológica, está situada muito mais na forma como essas questões micro/macropolíticas serão tomadas em análise e como será seu espaço de implementação no Sistema do que tais questões em si mesmas. Mesmo a hierarquização dos níveis de atenção, se não estiver organizada tendo como base de sustentação as vivências de saúde/doença locais, estando contextualizada a essas vivências, também estará fadada ao insucesso e tendendo a velhas repetições travestidas de novas roupagens.

O presente estudo pretendeu estimular a reflexão sobre aspectos fundamentais para a emergência de um novo paradigma na Saúde Pública, favorecendo um novo panorama em seu funcionamento.

Conceber o processo saúde/doença como situado e contextualizado e mais, gerando uma rede de relações em que se constroem necessidades através de um processo dinâmico e dialógico entre as pessoas envolvidas, requer a instauração de uma prática mais sensível às interações, à escuta e à permanente negociação entre equipe – comunidade.

Os recursos tecnológicos, por sua vez, também se constituem como fundamentais, tanto quanto as interações o são, não havendo como produzir o trabalho em saúde sem tais recursos. Porém, é na forma como essas tecnologias serão implementadas e utilizadas que se produzirá a diferença, podendo compartilhar da mesma filosofia de trabalho humanizado do PSF, no sentido do resgate do humano nesse processo.

Assim, a organização de um Sistema Público de Saúde, condizente com os quesitos acima discutidos, dependerá da ação de forças conjuntas, tanto políticas como sociais.

O olhar reflexivo para esse objeto de estudo foi pela lente do construcionismo social o qual privilegia a produção de sentidos sobre coisas e as pessoas através das práticas discursivas, ou seja, é através da interação entre as pessoas que se criam possibilidades, de mudança ou de permanência, das situações, sendo negociados os sentidos entre as pessoas envolvidas.

Hoffman (1998) utiliza em seu trabalho referendado pelo construcionismo social o conceito de reflexividade e discute essa utilização. O termo que melhor explicitaria tal conceito seria a parceria, uma igualdade na relação interativa, não desconsiderando, no entanto, as posições e traços diferentes de cada interlocutor. Nessa produção dialógica não haveria, segundo a autora, uma “verdade” maior, mas sim a depender da focalização da questão, resoluções diferentes poderiam ser construídas mutuamente. Hoffman sugere uma ética da participação ao invés da busca de um discurso ideal.

Nessa perspectiva, portanto, a aposta para a transformação da crise da Saúde Pública, para a desatação de seu nó, está na construção de uma prática em saúde baseada na aproximação, conversação e negociação constantes entre a equipe de profissionais e a comunidade. Assim, abre-se a possibilidade de construir conjuntamente as demandas locais, acordar prioridades, gerando ações específicas e instaurando a tão almejada democracia na saúde.

A idéia é que essas co-construções dialógicas, possibilitando a produção de entendimentos para geração de ações coordenadas, sejam possíveis no Sistema como um todo, em todas as suas dimensões, desde os formuladores das políticas de saúde, até os executores e os que usufruem de tais políticas.