



Doi: 10.20396/sss.v21i00.8657547

Atualidade e desafios da Reforma Sanitária: um estudo a partir da equipe da Estratégia de Saúde da Família no município de Iguatu/CE¹

Sanitary Reform update and challenges: a study based on the Family Health Strategy team in the city of Iguatu / CE

Maria Keile Pinheiro²

Evelyne Medeiros Pereira³

RESUMO

O trabalho apresentado reflete e analisa de maneira introdutória os fundamentos históricos e sociais que deram bases para a constituição da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e relaciona essas expressões à dinâmica atual a partir de uma cidade no interior do Ceará. Isto, com fins de analisar a atualidade e os desafios da RSB com base nas concepções e práticas profissionais predominantes no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro pesquisado. A natureza da nossa pesquisa é de cunho qualitativo, tendo como referência o materialismo histórico dialético. As estratégias implementadas para o seu desenvolvimento foram subsidiadas pela observação participante, pela pesquisa bibliográfica e documental e pela realização de entrevista semiestruturada. Como resultados principais identificamos o entendimento, em geral, de saúde como direito universal e por parte de alguns(mas) das(os) profissionais entrevistadas(os), desconhecimento sobre o Movimento Sanitarista e esvaziamento da pauta política que deu bases para a sua constituição.

Palavras-chave: Reforma Sanitária, Saúde Ampliada, Lutas sociais.

¹ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) na Plataforma Brasil. Número CAAE: 99694918.5.0000.5037. Número do Parecer: 2.940.435. Aprovado em 04 de outubro de 2018.

² Assistente Social. Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Telefone: +55 (88) 9 99863369. E-mail: Keile_mp@hotmail.com

³ Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFPE. E-mail: evelyne.mp2913@gmail.com

ABSTRACT

The present work reflects and analyzes in an introductory way the historical and social foundations that gave bases for the constitution of the Brazilian Sanitary Reform (BSR) and relates these expressions to the current dynamics from the city in the interior of Ceará. This, in order to analyze the current and the challenges of BSR based on the predominant professional conceptions and practices within the scope of the Family Health Strategy (FHS) of the neighborhood researched. The nature of our research is qualitative, having as reference dialectical historical materialism. The strategies implemented for its development were subsidized by participant observation, bibliographical and documentary research, and semi-structured interviews. As the main results, we identified a general understanding of health as a universal right and, on the part of some of the professionals interviewed, a lack of knowledge about the Sanitarist Movement and the emptying of the political agenda that laid the foundations for its creation.

Keywords: Sanitary Reform, Expanded Health, Social struggles.

INTRODUÇÃO

A vivência na política de saúde pública através da Residência Integrada em Saúde (RIS) e do cotidiano de atuação na ênfase em Saúde da Família e Comunidade evidenciou a necessidade de resgatar bandeiras históricas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), sobretudo àquelas que demonstram a necessidade do fortalecimento de um sistema de acesso universal à saúde, a melhoria das condições sanitárias e de vida da população e a defesa por uma sociedade democrática. Isto, de forma a problematizar os desafios da universalização do direito à saúde na contemporaneidade que exacerba processos de restauração conservadora, de retrocessos aos direitos sociais e de ascensão de ideias fundamentalistas e fascistas.

A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde⁴ que compõem a equipe de referência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em cidade no interior do Ceará. Considerando para tanto o interesse e a disponibilidade em participarem do estudo e o respeito aos parâmetros éticos da pesquisa em saúde. Quanto à escolha do *lôcus* da nossa pesquisa, a UBS foi priorizada por ser uma das áreas de cobertura da equipe de profissionais de saúde residentes na qual nos inserimos e pelo histórico de associação do território à marginalidade e a ausência da garantia de direitos.

⁴ 1 Médico, 1 Enfermeira, 1 Dentista, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Agente Comunitária de Saúde – ACS e 1 Fisioterapeuta do NASF/Residência.

Consonante com os objetivos pretendidos, a pesquisa buscou referência no materialismo histórico dialético, método capaz de dar bases e materialidade aos objetivos pretendidos. Para tanto, buscamos considerar a concepção da realidade como síntese de múltiplas determinações, constituída por relações sociais contraditórias e dialéticas. Desse modo, nos ancoramos na pesquisa qualitativa por compreender que esta “responde a questões muito particulares. [...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009, p. 21).

As estratégias implementadas para o seu desenvolvimento foram subsidiadas pelo levantamento bibliográfico, pela observação participante e análise documental. Também foram utilizados como instrumentos de pesquisa e coleta de dados a realização de entrevista semiestruturada.

Diante disso, o presente texto é fruto do desenvolvimento da referida pesquisa que teve como objetivo principal analisar a atualidade e os desafios da RSB a partir das concepções e práticas profissionais predominantes no âmbito da ESF no território pesquisado, atentando para as seguintes questões: Qual a concepção hegemônica de saúde presente no movimento pela RSB? Quais referenciais norteiam a atuação das(os) profissionais entrevistadas(os)? Quais as concepções de saúde e de RSB por parte das(os) mesmas(os)? Existem ações individuais e comunitárias desenvolvidas? Se sim, quais? Quais dificuldades e alternativas encontradas no cotidiano profissional para realização das mesmas?

Frente a tais questionamentos, nos propomos a adentrar de forma mais aprofundada à realidade priorizada em nossa pesquisa, certas de que os desafios postos atualmente à histórica luta em prol da RSB não são apenas de um bairro ou de uma equipe de profissionais, mas do conjunto da classe trabalhadora na sua diversidade. É, portanto, com esta compreensão que nos propomos, a partir de então, apresentar brevemente parte das reflexões desenvolvidas.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: REFLEXÕES SÓCIO-HISTÓRICAS E POLÍTICAS

Inicialmente é importante apresentar algumas breves considerações acerca da RSB, suas transformações e adequações no processo de “modernização conservadora” que constitui historicamente a formação social do Brasil (FERNANDES, 2006). Para tanto, entendemos como necessário o resgate e a atualização de suas bandeiras históricas, o que, ao nosso ver, é de fundamental importância, sobretudo, frente aos acontecimentos recentes que dilaceram ainda mais a democracia brasileira e atropelam os direitos conquistados através das lutas sociais.

É inegável a relação imbricada da política de saúde e suas inúmeras demandas com o crescimento frenético e desordenado das cidades brasileiras. Crescimento este voltado para atender a um padrão de acumulação que tem como base a exploração desenfreada da classe trabalhadora e dos recursos naturais, o que arraiga a “questão social”⁵ no capitalismo, tudo isto em detrimento do atendimento das necessidades sociais. Uma tendência mundial que aprofundou as condições miseráveis de trabalho, moradia e saúde da *classe que vive do trabalho*, apesar de assumir conotações particulares a partir das especificidades territoriais e sócio-históricas.

Esse processo no Brasil reproduz relações características de um capitalismo “dependente e tardio”, mediante combinações entre o “arcaico e o moderno”, conservando aspectos autocráticos sob a hegemonia burguesa. Isto implica até nossos dias em impasses estruturais no que diz respeito aos processos de democratização, configurando o que Florestan Fernandes (2006) denominou de “democracia restrita” mediante a “contrarrevolução permanente” operada pela burguesia brasileira e sua aversão *sociopática* às mudanças sociais.

Ante as problematizações tecidas, evidenciamos que a questão sanitária deve ser compreendida como expressão de um movimento que funda a “questão social” dentro da sociedade de classes, por meio de relações que intencionalmente excluem as(os)

⁵ “Compreendemos o fenômeno da questão social e suas raízes coloniais escravistas ainda que latentes, como sinônimo de contradição, exploração, acumulação, antagonismos, conflitos e lutas sociais geradas no interior da sociedade capitalista brasileira, [...] mas, fundamentalmente, pelas lutas mais recentes por melhores condições de vida e de trabalho no período industrial, quando ganha expressão e legitimidade nas lutas operárias” (SILVA, 2008, p. 27, 28).

trabalhadoras(es) do acesso aos avanços sociais. Elemento essencial para decifrarmos a lógica que permite um desenvolvimento econômico e tecnológico nunca imaginado e ao mesmo tempo reproduz uma miséria crescente, o adoecimento da classe trabalhadora e a restrição do acesso aos serviços em saúde por meio de um projeto de saúde deixado à cargo dos interesses privatistas (BRAVO, 2000; 2001).

A organização e as lutas da classe trabalhadora se mostram historicamente determinantes para a constituição dos direitos sociais reconhecidos legalmente, porém, ainda atravessados por enormes impasses para sua materialização. Nesse meio encontram-se as lutas em defesa do direito à saúde através do movimento sanitário, como exemplo do enfrentamento à lógica do capital, marcada no Brasil pela condição de dependência e pela defesa, por parte dos grandes capitalistas, da privatização generalizada.

Frente a inexistência de reformas estruturais na sociedade brasileira e da conformação profundamente excludente das cidades, a saúde da classe trabalhadora vem sendo negligenciada. Na verdade, inexistiram ações estatais nessa direção até as primeiras décadas do século XX, passando a ser exigência do nascente movimento operário. Até esse período, a saúde foi tratada pela via da filantropia e das práticas liberais e, mais adiante, por meio de ações campanhistas, policiaescas e fragmentadas. Conforme resgata Braga e Paula (1986, p. 41):

A saúde emerge como “questão social” no Brasil, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira. É a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro que confere caráter social à questão da saúde [...] do ponto de vista público, assume forma, ainda que embrionária, de política social.

Na segunda metade do século XX, numa tentativa de silenciar as lutas que tencionavam os governos por mudanças estruturais, vemos ser implementado um golpe civil-militar que, inscrito no cenário internacional, cumpre a tarefa de retardar as lutas em defesa de Reformas de base e consolidar o desenvolvimento do capitalismo brasileiro na sua fase monopolista, mediante aliança entre o grande capital financeiro internacional com a burguesia brasileira sob a condução do Estado através de governos ditatoriais que cercearam liberdades e impediram o desenvolvimento da democracia (BRAVO, 2011).

De acordo com Bravo (2011, p. 70), o período de 1974 a 1979 caracterizou-se por uma “crise econômica e de legitimação do regime que obrigou o governo a realizar algumas modificações na área da saúde”. Alterações que não representaram ruptura com o paradigma ditatorial adotado no pós-1964, dando continuidade ao privilegiamento dos interesses privatistas. Entretanto, as transformações que ocorreram favoreceram a mudança na correlação de forças e possibilitaram a inserção de movimentos que questionavam a política da ditadura no cenário político.

Conforme Teixeira e Mendonça (2011, p. 205), o Movimento pela RSB remonta aos primeiros anos da ditadura militar, momento em que devido ao fechamento de quase todos os canais de expressão política e de questionamento da ditadura, “a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário [...] foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais aglutina-se e difunde-se o pensamento crítico na saúde”.

Embora a gênese do Movimento Sanitário tenha se dado no ambiente da Universidade, não se limitou à dimensão da produção teórica, mas se espalhou e se articulou com o movimento geral da sociedade colocando em pauta a defesa da saúde pública e da democracia. Importa destacar que esse não foi um fato político particular do Brasil, mas partícipe de um movimento que aconteceu em âmbito mundial em um contexto de (re)democratização relacionado ao fortalecimento das lutas populares.

Através dos diversos movimentos e organizações coletivas, a exemplo de associações de moradoras(es) de bairro, de periferia urbana, de favelas, de partidos de esquerda, de sindicatos, das Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), a pauta da saúde pública, gratuita e de qualidade toma forma na cena pública. Questão que foi deveras relevante quando da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e da Assembleia Constituinte em 1988, para o fortalecimento de um ideal transformador e da luta pela RSB (BRAVO, 2011).

O período de transição democrática incorporou algumas conquistas para a classe trabalhadora, sem, entretanto, romper com o projeto dominante que nos anos seguintes pressionaria por mudanças que viabilizariam o neoliberalismo, ameaçando fortemente a continuidade da RSB.

Dessa forma é possível constatar um descompasso histórico no que se refere ao acesso às condições de vida e trabalho dignas para a reprodução das(os) trabalhadoras(es). As questões que nos inquietam na atualidade, dentre as quais os impasses na universalidade e gratuidade do acesso à saúde, o necessário enfrentamento à lógica privatista e à perspectiva da medicalização, não são demandas recentes, atravessam a história do país, sendo permanentemente tensionadas por interesses de classes antagônicas através dos movimentos sociais e populares.

Ante as características conformadoras da realidade brasileira e das políticas sociais no período recente, quanto ao desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil, observamos, conforme discutido por Paim (2009), que esse deve ser compreendido a partir das três vias adotadas na sua construção: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho, modelos adotados de maneira desagregada e restrita.

Sobre a RSB, de acordo com Paim (2008), essa passou por diversos momentos: ideia, proposta, movimento, projeto e processo, e pode ser situada como uma reforma social inconclusa, centrada na democratização da saúde, do Estado e seus aparelhos, da sociedade e da sua organização econômica e cultural, inclusive podendo ser admitido a partir das noções de uma das vertentes críticas, que a mesma faz parte de um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo.

Vale destacar que a RSB não se resume ao Sistema Único de Saúde (SUS), embora sejam inegáveis os avanços advindos da conquista legal de uma política de saúde pública, gratuita e universal, expressão maior da conquista da Seguridade Social brasileira. Entretanto, se a mesma for pautada apenas na luta pelo SUS, certamente encontrará entraves que será incapaz de superar, pois desconsiderará a processualidade da sua constituição e o modelo que parametra a organização da sociedade.

Diante disso, o fato é que o atual contexto de ascensão de forças sociais mais retrógradas da sociedade brasileira conjugadas à retomada da ortodoxia neoliberal no plano econômico, como parte da “contrarrevolução permanente” operada pelos setores dominantes no país, representa um retrocesso ainda maior às pautas democráticas e populares, como a RSB.

Na verdade, entendemos que o Golpe orquestrado a partir de 2016 faz parte de um conjunto de medidas continentais que vem sendo implementadas para reestabelecer as taxas de lucratividade, em meio à crise estrutural do capitalismo, constituindo o que muitos vem sinalizando como uma “ditadura de novo tipo”. Se em momento anterior o Estado social (ou Estado democrático e de direito) foi compatível à reprodução ampliada do capital, como no *período de ouro do capitalismo*, cada vez mais o capital impescinde do autoritarismo para a sua continuidade. Daí as razões do golpe à democracia brasileira e às(aos) trabalhadoras(es).

Dentre os perversos ajustes em curso e as severas medidas concluídas no período mais recente, destacamos algumas que impactam e desconstroem os princípios conquistados quando da promulgação do SUS legal, tais como: a Emenda Constitucional (EC) 95, aprovada no ano de 2016, que impõe o teto dos gastos e congela por 20 anos os investimentos nas políticas sociais públicas; a Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada no ano de 2017, que aprofunda o subfinanciamento dos recursos para a saúde pública; e os emblemáticos Planos Populares de Saúde.

Entender os limites postos na atualidade quanto a garantia do direito à saúde ampliada pressupõe discutir os caminhos e descaminhos da RSB no quadro de acirramento de concepções que defendem o desfinanciamento público no setor saúde, difundem a ideologia ultraneoliberal e um projeto de saúde vinculado à perspectiva privatista em detrimento da defesa do seu entendimento ampliado e da atuação no SUS por meio de práticas de promoção e educação em saúde.

Nesse contexto, entendemos como relevante também compreender o papel das(os) profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e no item a seguir apresentamos parte da interlocução desenvolvida com esses sujeitos e, a partir dela, as reflexões sobre os impasses e desafios hoje apresentados à RSB.

SAÚDE E RSB NA PERSPECTIVA DAS(OS) PROFISSIONAIS: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

A concepção hegemônica de saúde presente na RSB e as respostas obtidas a partir das entrevistas subsidiam a compreensão sobre o entendimento, os referenciais e ações

que norteiam a atuação dentro da ESF e a relação com a RSB. Também norteiam essa construção a observação do tratamento dado pelos mecanismos legais e expresso no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, que reivindica noções ampliadas do direito à saúde, quando afirma o seguinte:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida (RELATÓRIO FINAL 8ª CNS, 1986, p. 4).

Sobre a participação e relação das(os) entrevistados(as) com organizações da sociedade civil, somente a Agente Comunitária de Saúde (ACS) e a Enfermeira demonstraram participar do Conselho Local de Saúde (CLS). Já a Técnica de Enfermagem sinalizou participar, dentre outras organizações, da associação de moradoras(es) e do Sindicato das(os) Servidoras(es) Municipais, tendo sido a única profissional que relatou participar de outros movimentos além do CLS. O Médico, por exemplo, demonstrou uma associação às instâncias representativas de planos privados de saúde no município.

Ao considerarmos o Movimento Sanitário em seu momento de maior incidência na política brasileira e observarmos a grande participação de profissionais da saúde articulados à luta mais geral pela redemocratização do país e pela constituição legal da universalização da saúde, constataremos em alguns momentos parca e outros inexistente participação das(os) profissionais que atuam na UBS/ESF pesquisada. Isto também demonstra grande fragilidade e ausência de identidade com a pauta sanitária, além da necessidade de atualizar e aprofundar as bandeiras outrora defendidas pelo movimento.

Buscando apreender a concepção de saúde defendida pelos sujeitos entrevistados - se tem relação com uma concepção mais ampla e pública ou restrita e privatista -, destacamos que há entre (as)os profissionais o entendimento, em geral, de saúde como um direito universal. É também comum entre as falas a reflexão de que a saúde não é só ausência de doenças e não se limita aos serviços desenvolvidos dentro da UBS.

Segundo destacado em algumas falas, saúde se refere às condições de moradia adequada, saneamento básico, alimentação saudável, acesso à educação, lazer, atividade

física, boa relação social e garantia de emprego. Em algumas das respostas está presente até mesmo o questionamento do modelo biomédico, conforme expresso na resposta de um dos profissionais:

Saúde está além da doença, não é só isso que a gente vê aqui dentro da Unidade [...] não só a ausência do bem-estar físico [...] quando a gente fala em saneamento básico na cidade e o coloca como um determinante, a gente vê que não é uma cidade sadia [...] existem fatores que afetam a saúde e fatores que são ligados a questão socioeconômica, da moradia, do emprego, da educação [...]. A fragilidade da comunidade é minimizada achando que vai ser resolvido numa consulta centrada no médico (DENTISTA).

As análises das falas demonstram que, enquanto alguns(mas) das(os) profissionais apenas reproduzem as definições que estão expressas em documentos oficiais, outras(os) conseguem expressar um entendimento de saúde além do acesso ao atendimento clínico, ambulatorial, individual e refletir a relação da saúde com outros ambientes sociais, educativos e culturais da vida. Concepção ao menos conceitual, já que no cotidiano das ações da equipe na UBS e em outros momentos das entrevistas, observamos algumas contradições e restrição quanto ao entendimento aqui exposto.

As colocações também esclarecem a urgência em promover, dentre as(os) profissionais que atuam junto as políticas públicas, a reflexão de que não é possível pensar o direito à saúde sem compreender os avanços oriundos da participação popular, assim como, o necessário fortalecimento dos movimentos que alcançaram garantias significativas e possíveis dentro do modelo vigente e permanecem questionando as desigualdades sociais e reivindicando direitos legítimos da classe trabalhadora.

Sobre a relação e compreensão da luta pela RSB, dentre as respostas que demonstraram maior aproximação, selecionamos a seguinte:

Foi uma reivindicação. Antes a saúde não tinha esse caráter universal, só tinha direito a saúde quem tinha vínculo empregatício através de uma carteira assinada [...]. Com todas essas discussões que começaram nas Conferências internacionais [...] e que refletiram aqui na 8ª CNS começou-se a pensar nessa coisa da integralidade, do acesso universal, do direito à saúde [...] e começou-se a se pensar isso num momento em que estava havendo também um movimento que já se preconizava a redemocratização do país (DENTISTA).

Com base nas análises, podemos apreender que, em algumas afirmações é notável grande distanciamento, vago conhecimento e, algumas vezes, total desconhecimento até mesmo conceitual acerca da RSB, em outras fica demonstrada certa desconexão entre aquilo que foi perguntado e a resposta dada. Nas demais, fica evidente a presença do resgate do elemento histórico, remetendo-se ao passado, o que é especialmente destacado nas respostas do Dentista e da Enfermeira.

Válido destacar que, mesmo as(os) profissionais que conseguem ter a compreensão histórica do movimento sanitário, apresentam dificuldades em perceber a proposta da RSB como um processo, como um movimento ainda em disputa pelos rumos da política de saúde no país e de se sentirem sujeitos dessa história em construção.

Já sobre os limites e as conquistas identificadas na RSB, por parte de alguns(mas) novamente observamos desconhecimento, relativa dificuldade ao falar sobre os desafios ou aprofundar a reflexão. Outras falas se remetem ao SUS como uma das grandes conquistas, conforme destacamos no trecho abaixo:

No papel é tudo muito bonito, então quando você vai ler sobre o SUS, sobre o direito à saúde dos usuários, realmente foram muitas conquistas [...] haja vista que todos os usuários passaram a ter direito à saúde, e aí dentro desse direito a gente vê que realmente alguns conseguem [...] mas ainda acontece muitas limitações por apadrinhamentos, e o pobre, aquele que precisa mais, não consegue chegar aos serviços por falta de orientação ou de indicação (ENFERMEIRA).

O que chama atenção de maneira imediata remete práticas antigas, mas ainda presentes na ESF, como a “política do favor”, destacado nas falas da Enfermeira e do Dentista. De maneira geral, as colocações trazidas apontam predominantemente para um desconhecimento e distanciamento, parcial ou completo, da RSB. Preocupa fortemente o descrédito nas possibilidades, o fatalismo nas análises, a ausência da compreensão de que a conquista do SUS legal se deu a partir de grandes tensões e lutas da sociedade e que sua efetivação demanda a continuidade da organização e reivindicação.

Quanto aos referenciais teóricos e ideo-políticos buscamos conhecer aqueles que orientam a atuação das(os) profissionais entrevistadas(os) e as conexões existentes com os princípios da RSB. Nos chamou a atenção algumas declarações que, ao nosso ver, são capazes de ilustrar a aproximação ou não com as referências do movimento sanitário.

No diálogo foram destacados como referenciais utilizados, o Guia Prático do ACS, a PNAB, a nova PNAB, o Manual da Atenção Básica, as diretrizes do NASF, a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal, os documentos que norteiam a participação popular, as orientações dadas pela Secretaria de Saúde do município em relação aos programas obrigatórios e outros manuais advindos do Ministério da Saúde (MS).

Ante os referenciais destacados, podemos apreender que as referências para organização da prática profissional, em geral, são apresentadas de maneira que consideramos restritas, com ausência de criticidade, completamente institucionalizadas e manualescas, pois se relacionam quase unicamente aos manuais orientadores do “como fazer” que são disponibilizados pelo MS. Em regra, quando não instigado, inexistente nas falas referência a outros documentos, a exemplo dos Códigos de Ética Profissionais.

Assim, não parece ilógico considerar como esquecida a RSB e seus princípios, sendo estratégico, portanto, buscar o fortalecimento dos processos de Educação Permanente, não reduzida à dimensão técnico-operativa, e de Educação Popular em Saúde. Isto, com fins de também fortalecer os sujeitos que atuam na política pública de saúde; mobilizar as(os) trabalhadoras(es) para uma participação efetiva; permitir uma (re)aproximação com movimentos que defendem a democracia, os direitos sociais e a superação da sociedade de classes, e assim por no centro, novamente, a atual e necessária RSB.

COTIDIANO, AÇÕES PRIORITÁRIAS E DIFICULDADES: ENTRE OS LIMITES E AS ALTERNATIVAS

A dinâmica de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) em que a Atenção Básica seja compreendida e priorizada, inclusive orçamentariamente, onde elementos como a territorialização, o trabalho em equipe e as ações socioeducativas, de promoção e educação em saúde sejam implementadas qualitativamente, em espaços que ultrapassem o ambiente físico da UBS, pode contribuir fortemente para a consideração de saúde relacionada a outros aspectos da vida.

Quando observamos os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é possível expandir a definição e a atuação das equipes de saúde aos princípios defendidos pela RSB. Contudo,

ao pensarmos em ESF, não é tão incomum vê-la comparada às intervenções que são desenvolvidas no nível secundário ou terciário, aqueles onde segundo à organização do SUS, são priorizados procedimentos no geral voltados ao âmbito assistencial e individual. Diante disso, no diálogo com as(os) profissionais também salientamos as possibilidades e a necessidade das ações socioeducativas, buscando conhecer e discutir sobre as principais ações e práticas profissionais desenvolvidas pelos sujeitos.

No geral, podemos observar a realização de procedimentos constitutivos do atendimento individual, como medicação e curativos, a existência de rodas de conversa, grupos e encontros junto às(aos) profissionais do NASF, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, reuniões de capacitação e matriciamento, “busca ativa” e mobilização em torno de campanhas de vacinação, além de palestras educativas e ações com equipamentos da rede socioassistencial.

No entanto, há uma tendência predominante ao atendimento e consultas individuais quando se trata do profissional médico, afinal, segundo o próprio entrevistado: “às vezes quando tem necessidade de se fazer alguma palestra, mais a nível de recepção com os pacientes, a gente faz uma conversa rápida, mas isso é muito pouco, é muita gente pra que eu possa fazer outras atividades [...] tenho de atender por dois médicos”.

Há, portanto, um conjunto de condições que propiciam o trabalho de cunho mais assistencial de muitos das(os) profissionais da equipe, a exemplo da Enfermeira. Para ela, “a cultura da população ainda acaba sendo da assistência [...] as pessoas tendem a procurar a Unidade quando estão doentes”.

Desse modo, percebemos que, de fato, são desenvolvidas atividades de promoção em saúde, entretanto, há uma priorização, quando não uma redução dos atendimentos àqueles que se referem aos programas estabelecidos pelo MS a despeito de outras ações que não sejam demandadas pela gestão. Questão que pode ser relacionada a diversas circunstâncias e determinantes, desde aqueles que se referem às metas estabelecidas e que devem ser cumpridas, que perpassa pela lógica em que está organizada a ESF/UBS e ao grande quantitativo de pessoas atendidas pela equipe, até ao perfil da(o) profissional que não prioriza a realização das atividades coletivas.

Contudo, fica facilmente evidenciado através dos depoimentos, assim como pela vivência na Política de Saúde, que as ações de educação e promoção em saúde são mínimas e que aquelas que são realizadas, em sua maioria, se referem ao que é exigido e vinculado ao repasse de incentivos, como é o caso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e à agenda do MS.

Apesar de atender as exigências do MS, as práticas profissionais demonstram estarem bem distantes daquelas que deram base teórica e prática à RSB, que em algumas vertentes buscava a democratização da saúde e do Estado e em outras mais críticas questionava seriamente o *status quo* e defendia a completa radicalização da democracia.

Quanto aos limites encontrados e as alternativas possíveis para a realização das atividades, destacamos as dificuldades refletidas por parte das(os) profissionais referentes à infraestrutura, a exemplo da falta de recursos, de pessoal e de transporte para realização de visitas, da garantia de insumos, de exames, dentre outras demandas que demonstram as condições precárias da UBS. Diante dessa realidade, observamos que, na perspectiva das(os) entrevistadas(os), os desafios são adensados com a ausência de condições dignas de vida das(os) usuárias(os) e, em alguns momentos, pelo descrédito por parte da população no trabalho da equipe.

Acerca das alternativas, alguns eixos foram priorizados nas falas, a exemplo do aumento de vagas para realização de consultas e exames, a melhor gestão e distribuição de recursos financeiros no (e para o) SUS, a mudança na cultura política da população, maior trabalho educativo e preventivo, maior quantidade de profissionais compondo as equipes, e a transformação da UBS em UPA. Esta última alternativa apresentada na seguinte fala: “Nesse Posto de Saúde, eu acho que a gente poderia fazer tanta coisa aqui. [...] mas aqui o tamanho dessa estrutura dava pra funcionar uma UPA” (MÉDICO).

Entendemos como urgente a mudança de paradigma, pois, embora existam duas equipes da ESF no bairro, se a lógica de um modelo de saúde vertical, restrito, orientado pela doença, curativista e hospitalocêntrico, e a rotina de trabalho das(os) profissionais - a exemplo do que foi citado pela enfermeira sobre o médico que atua em mais de um local, o que compromete a permanência no serviço e o atendimento à população -, não for

modificada será inviável uma atuação ao encontro dos princípios do trabalho de promoção de saúde.

É necessário também refletir que a solução proposta para superar os desafios da ESF/UBS como transformação da mesma em um espaço de atendimento ao estilo da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), desconsideraria as especificidades do atendimento de promoção e proteção da saúde e distanciaria ainda mais das ações socioeducativas, de valorização do conhecimento popular e da realização de atividades na comunidade.

Como podemos perceber, apesar de algumas aproximações conceituais e históricas, entre tais profissionais e a luta em torno da RSB, essa ainda não é compreendida como atual e necessária. Isto não ocorre, portanto, desintencionalmente, mas concatenada com um projeto dominante em plena operação, de saúde como mercadoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar saúde de maneira ampliada pressupõe considerar além do imediato ou focalizado e buscar entender a complexa formação social brasileira e as relações desiguais que definem a sociedade e que vem se agravando no período recente. Neste, observamos o fortalecimento da velha “elite do atraso”, difundindo uma ideologia que naturaliza as relações de exploração, dissemina o ódio de classe ante qualquer conquista mínima, seja no campo das relações de trabalho, ou dos direitos culturais e das minorias, e financia o projeto privatista em detrimento do fortalecimento do SUS e das necessidades da coletividade.

Quando relacionamos o entendimento da RSB observado na defesa dos sujeitos que afirmavam a necessidade da luta por outra forma civilizatória com o que foi apresentado pela maior parte das(os) entrevistadas(os), concluímos, a partir da realidade pesquisada, quão intenso foi o esvaziamento da pauta política do Movimento Sanitário e quão distante da sua defesa estão aquelas(es) que em outra conjuntura contribuíram para sua politização.

Se é verdade que algumas(ns) das(os) profissionais demonstraram entender a relevância dos instrumentos de participação popular, a maioria não relata que participou ou participa de movimentos da sociedade civil, o que demonstra grandes limites para o engajamento das(os) mesmas(os) e representa um enorme desafio para a atualização da RSB.

Ao analisarmos os referenciais que subsidiam e são utilizados como parâmetro no cotidiano profissional pelos sujeitos pesquisados, podemos concluir quão restritos e voltados para a dimensão técnica-operativa, do “como fazer”, estão as bases que dão forma a atuação dos mesmos. Esses que, em regra, estão voltados à observação e atendimento dos instrumentos e documentos disponibilizados pelo MS e pela gestão municipal.

Quanto às ações realizadas, observamos uma priorização e, em alguns casos, uma redução das atividades àquelas que são demandadas pelos programas estabelecidos pelo MS e impactam no repasse de recursos, a exemplo daquelas desenvolvidas com os públicos e em dias específicos: dia do hipertenso, diabético, gestantes, semana do bebê, campanhas de vacinação. Ações que em alguns momentos nos remetem àquelas desenvolvidas pelo paradigma campanhista, distintas das noções defendidas pela RSB.

No que concerne as alternativas possíveis destacadas nas entrevistas, também constatamos quão distantes estão das estratégias referendadas pela RSB. Isto, ao nosso ver, evidencia a necessidade da aproximação das equipes que atuam na Política de Saúde com os movimentos da classe trabalhadora e o compromisso com o fortalecimento de atividades e espaços coletivos com fins de atualizar a RSB em processo.

É importante também sinalizar sobre os limites desse estudo e o interesse em dar continuidade ao mesmo. Haja vista que, devido as suas dimensões, não foi possível ampliar a amostra qualitativa de sujeitos pesquisados, nem tampouco aprofundar questões de extrema relevância para impactar positivamente nas estratégias que compreendam saúde para além da dimensão assistencial e possam contribuir para a retomada do fôlego das discussões da RSB.

Esperamos como contribuição desse estudo, despertar maiores inquietações sobre as práticas profissionais cotidianas e reflexões sobre os desafios e a necessária atualização

de estratégias coletivas em torno da luta pela RSB, que deve, na atualidade de sua luta, estar vinculada a outras tantas iniciativas da classe trabalhadora. Estas constitutivas de um Projeto Popular do qual somos legatárias(os), cabendo-nos sua defesa intransigente diante do adensamento de contrarreformas, tão difíceis para aquelas(es) que ainda anseiam não apenas pela Reforma Sanitária, mas pela Reforma Agrária, Urbana, dentre outras.

É, portanto, o entendimento sobre a necessária defesa desse projeto, em consonância a um conjunto de ações edificadas por diferentes sujeitos que compõem a classe trabalhadora brasileira, o caminho e meio fundamental para a que a RSB possa, de fato, ganhar materialidade, viver e pulsar na construção de (re)conexões entre as questões pertinentes à saúde e aquelas referentes às condições imprescindíveis para se viver com dignidade, tais como: democracia, educação, transporte, saneamento ambiental, moradia adequada e meio ambiente. Eis o desafio maior frente às circunstâncias adversas vividas no Brasil de hoje.

Recebido em janeiro de 2021 – Aprovado em dezembro de 2022

REFERÊNCIAS

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência**: Estudo de Política Social. Saúde em Debate. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28/05/2014.

BRASIL. **Política de Saúde. Lei 8.080/90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 05/11/2017.

BRASIL. **Lei 8.142/90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 05/11/2017.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 03/02/2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em:

<<http://www.poteresocial.com.br/site/wp-content/uploads/2017/08/1.5-ol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil-Maria-In%C3%AAs-Souza-Bravo.pdf>>. Acesso em: 02/11/2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. – 4.ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5.ed. São Paulo: Globo, [1975] 2006.

MANIFESTO CONTRA AS PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO NA LEI DE PLANOS DE SAÚDE.

Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/sus/manifesto-contras-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude>>. Acesso em: 05/11/2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social**: teoria método e criatividade. 28. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. Disponível em: <<http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2015/03/MINAYO-M.-Cec%C3%ADlia-org.-Pesquisa-social-teoria-m%C3%A9todo-e-criatividade.pdf>>. Acesso em: 03/08/2018.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos** de 1948. Disponível em:

<http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 28/05/2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA | Editora Fiocruz, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O cenário depois do golpe**. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0005.pdf>. Acesso em: 02/02/2019.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. 5. ed., 2. Reimpr. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Questão Social e Serviço Social no Brasil**: fundamentos sociohistóricos. Cuiabá: Ed. UFMT, 2008.