


**Um Olhar Sobre as Práticas de Promoção
da Saúde: Possibilidades e Desafios da
Regulação Social
O Papel dos Profissionais de Saúde na
Construção de uma Nova Hegemonia nas
Políticas Públicas**



EDISON BUENO

PROF. DR. DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL - FCM - UNICAMP
COORDENADOR DO CENTRO DE SAÚDE - CECOM - UNICAMP

FLORA MARTA GIGLIO BUENO

ENFERMEIRA - MESTRE EM ENFERMAGEM
DIRETORA DE RECURSOS HUMANOS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNICAMP

Qual é essa hegemonia a ser superada? Com certeza, a que determinou o quadro de iniquidade e inércia frente aos grandes desafios que o Estado brasileiro necessita resolver na área de saúde: doenças de todos os tipos determinadas em grande parte pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país; baixa cobertura assistencial, com segmentos importantes da sociedade sem acesso garantido aos serviços de saúde, principalmente as mais carentes; insatisfação dos profissionais de saúde pela falta de uma política de recursos humanos justa e coerente; imensa preocupação e insatisfação da popu-

lação com o atendimento à sua saúde; falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços.

Destaque-se que a população de usuários reclama, em geral, não da falta de conhecimento ou de tecnologia ou até mesmo de recursos financeiros insuficientes, mas sim da falta de preocupação em torno de si e de seu problema. Assim, uma nova hegemonia deve se estabelecer tendo como foco o direito à saúde nos termos constitucionais, entendendo de modo amplo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: *Universalidade, Equidade e Integralidade*: a **Universalidade** como a garantia de atenção à saúde de todo e qualquer cidadão, sem nenhum tipo de distinção; a **Equidade** como a garantia de acesso de todo cidadão, segundo as suas necessidades, aos serviços ou ações de saúde até o limite que o sistema de saúde puder oferecer para todos; a **Integralidade** é o resultado das ações (de promoção, proteção e recuperação da saúde) que “olham” de modo singular cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade que habita ou vive num território também singular e específico no qual essas ações vão se dar.

Assim, busca-se, contra a concepção hegemônica tradicional, reconhecer o processo de construção social da saúde, apoiado no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à própria saúde. Entendemos então que, nesse processo de construção social de uma nova hegemonia, é necessário superar a lógica do **controle**, que pressupõe a idéia de ação de um sujeito sobre outro, estabelecendo a lógica da **regulação**, na qual a ação deve ocorrer entre sujeitos. É viável pensar aí numa ação de contratualidade, negociação, convergência, enfim, a busca do consenso.

Isso configura aquilo que Guba e Lincoln (1998), dentro de uma abordagem de cunho construtivista, propuseram com relação à avaliação, denominando-a “avaliação de quarta geração”. Guba e Lincoln identificaram quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na *medida* (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores).

Aí o avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. No segundo estágio (entre os anos 20 e 30) se procura identificar e descrever como os programas permitem atingir *resultados esperados*. O terceiro estágio é baseado no *juízo*, em que a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio está emergindo. Neste, o desejo é que a avaliação seja feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada (Hartz, 1997).

Os autores defendem que os três primeiros estágios têm em comum alguns problemas e limitações, que podem ser resumidas nos seguintes pontos:

- Tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos;
- Incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;
- Hegemonia do paradigma positivista, que se nota na desconsideração do contexto, privilégio dos métodos quantitativos, crença numa verdade única e absoluta, caracterização como “não-científico” de tudo que fuja ao que foi anteriormente citado, e desresponsabilização moral e ética do avaliador, já que, dentro desse paradigma, a ciência seria livre de valores.

Podemos entender que a regulação social pode ter duas dimensões: uma geral, em que a ação reguladora enfoca a(s) política(s) que rege(m) determinado setor ou sistema social. Os conselhos locais ou municipais de saúde (ou de qualquer setor) são exemplos da ação reguladora nesse nível, desde que a tônica seja da contratualidade e da negociação no sentido de se garantir a universalidade, a integralidade e a equidade. Numa dimensão mais específica, entendemos que a regulação social entre os trabalhadores de saúde deve perseguir o objetivo da produção de saúde, conseguido no momento em que as necessidades em saúde são atendidas e satisfeitas.

Consideramos que as necessidades de saúde constituem o eixo estruturante de uma nova hegemonia nas políticas e no sistema de saúde que deve orientar o modo como se deve dar a regulação social do trabalho em saúde, em especial o da enfermagem. Alguns autores (Cecílio e Matsumoto, 2000; Merhy, 2002) tem colocado em destaque essa proposição e, para melhor compreensão, reproduzimos abaixo (Quadro I) a taxonomia que defendem.

Expomos aqui nossas idéias em relação ao tema, sob a ótica da saúde como um direito de cidadania, um direito básico do ser humano. Portanto, as discussões, referências e inferências estão centradas no campo dos serviços públicos de saúde, pois, no campo das relações econômicas, na maioria das vezes é considerado como passível de obtenção de lucro, nas quais se consolidam a desigualdade e exclusão. Atualmente percebe-se uma crise de paradigmas em diversas áreas da vida humana; na ciência, o modelo cartesiano está sendo questionado, pois fragmenta o ser humano, reduzindo-o à sua dimensão material, concreta. Ressalta-se que, ainda hoje, busca-se uma ciência que procure dialogar com todas as formas de conhecimento. Por outro lado, a regulação do trabalho em saúde, pelos motivos acima relacionados, é permanentemente conseqüência da tensão que existe entre quatro lógicas de regulação: a lógica do mercado, a lógica tecnocrática, a lógica profissional e a lógica política, cada uma delas correspondendo à lógica dominante de um dos grupos de atores que, na sua interação, delimitam e estruturam o sistema de saúde: a população, os profissionais de saúde e as organizações em que trabalham, os organismos pagadores e o Estado (Conrandiopoulos, 1996).

Quadro I

Taxonomia das necessidades em saúde

Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos	Algumas idéias sobre os seus significados
Necessidade de boas condições de vida	Boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão
Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença	Ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida
Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	Ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.

Extraído de Merhy (2002) “Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção”

Para operacionalizar o princípio do direito à saúde, o Estado deve então se assegurar de que todos os serviços médicos necessários sejam acessíveis a todos aqueles que deles tem necessidade, o que tem se tornado problemático devido ao crescimento extremamente rápido dos custos da assistência à saúde. O Estado moderno se legitima na capacidade de proteger e promover a vida (Foucault, 1976), devendo gerir a vida da população e permitir que ela desenvolva suas potencialidades, se vendo como o médico do social, é a tarefa da sociedade se instituir como remédio ao mal que ameaça naturalmente a vida.

No século XX, o que é reivindicado e serve de objetivo, é a vida, entendida como necessidade fundamental, essência concreta do homem. A vida, muito mais que o direito, se transformou então no dilema das lutas políticas (Foucault, 1980). É a conjunção do papel do Estado e do desenvolvimento do conhecimento que justificou nos países desenvolvidos, durante a primeira metade do século XX, a introdução dos grandes programas de seguro-doença e de assistência social. O objetivo desses programas é melhorar a saúde da população oferecendo a todos (*universalidade*) uma gama completa de serviços (*integralidade*) sem que a possibilidade de pagamento, o local de residência, a classe social, a origem étnica ou qualquer outro critério possam excluir qualquer pessoa (*equidade*).

Kenneth Boulding, ao comentar sobre a noção de necessidade (in "The Concept of Need of Health Services", 1966), afirma que "... somente os escravos têm necessidades, os homens livres têm demandas". Testa (1997) cita esse autor ao criticar a visão economicista predominante nos dias de hoje que procura exaltar como valor supremo da sociedade atual a "liberdade individual" dentro de uma economia de mercado.

Dessa maneira, a regulação do sistema de saúde torna-se um jogo permanente de negociação entre a lógica tecnocrática e normativa dos organismos pagadores, a lógica profissional ainda muito poderosa, o encanto ideológico e ilusório da lógica de mercado e a lógica política, que por um lado tenta renegociar uma partilha dos recursos entre o curativo e o preventivo e, por outro lado, é sensível à exigência da

população de conseguir acesso à gama mais ampla possível de serviços de saúde. A cada uma dessas lógicas de regulação corresponde uma concepção parcial da doença, de suas causas, de seu tratamento assim como a uma concepção limitada da saúde e de seus determinantes.

Podemos entender o termo profissão, como sendo uma atividade especializada, de uma determinada área de conhecimento e que é reconhecida pela sociedade para esse fim. Para sermos profissionais, necessitamos de um determinado período de formação e somos representados por entidades organizativas que definem o conhecimento necessário, estabelecem regras e valores, bem como um código de ética que disciplina o exercício profissional. Os aspectos culturais da profissão, ou seja, a forma adquirida de idéias que os próprios profissionais reproduzem na sociedade ao longo dos tempos, o potencialmente fortes para o reconhecimento e valorização desses.

Segundo Bohn (2002), *“a cultura é estratégica, mutável, direcionada e transformadora e que um dos fatos mais significativos da construção cultural e da vivência social é de os valores culturais levarem o meio social a fazer exigências sobre o comportamento dos indivíduos inseridos neste meio”*. Um exemplo do exposto acima é a linearidade histórica da cultura hospitalar, quando considerado um ambiente de cura, se rompe a partir do momento que os profissionais da equipe multidisciplinar, em destaque o profissional enfermeiro e equipe, expressam seu significado na equipe, afastando-se de ações submissas e pouco expressivas, historicamente estabelecidas no contexto hospitalar.

A competência no cuidar se define pela capacidade de ouvir e compreender o que o indivíduo ou um grupo destes está expressando e transformar o conteúdo dessas falas em ferramentas adequadas para atuar na assistência de acordo com suas necessidades. O cuidar envolve vários aspectos, o de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Desse modo, a saúde é pensada na perspectiva de desenvolvimento humano, ou seja, o profissional cuida do indivíduo doente, porém pensando em promover sua saúde, ou seja, considera o indivíduo em sua complexidade, desde a esperança de vida ao nascer, como um direito de vida com qualidade e em morrer com dignidade.

Dentro do contexto abordado até aqui, elenco importantes desafios, adaptados de Pires e Matos (2002), em relação à organização do trabalho da enfermagem no cotidiano das instituições de saúde e de sua possível participação na definição de políticas públicas:

- atuar na construção de modelos participativos de organização e gestão do trabalho em saúde;
- atuar na construção de experiências participativas que diminuam a distância entre concepção e execução no trabalho e que envolvam os usuários do sistema, no planejamento e avaliação da assistência prestada;
- desenvolvimento de uma prática que rompa com a lógica taylorista-fordista de organização do trabalho;
- articular alianças com outros grupos de trabalho, na defesa do direito à saúde, de uma assistência de qualidade, de boas condições de trabalho;
- participação na luta pela implementação eficiente e eficaz do Sistema Único de saúde - SUS;
- ampliar a expressão da profissão no conjunto da sociedade e junto às instituições (assistência, ensino e pesquisa), bem como no legislativo e executivo.

O estabelecimento de uma nova hegemonia está relacionado com a adoção de um novo modelo comprometido com a defesa do direito à saúde e envolvendo a participação do ser em cuidado em todas as etapas do processo de assistência. Para tanto, é necessário que exista um processo inovador na formação dos futuros profissionais e na capacitação dos profissionais já atuantes no mercado, proporcionando maior visibilidade destes no trabalho coletivo em saúde e na sociedade como um todo.

Referências

BOHN, H.I. CULTURA DE SALA DE AULA E DISCURSO PEDAGÓGICO. IN: BOHN,H.I.; SOUZA, O.(ORG.) FACES DO SABER: DESAFIOS. FLORIANÓPOLIS: INSULAR,2002.

BOULDING, K.E. THE CONCEPT OF NEED FOR HEALTH SERVICES IN THE MILBANKMEMORIAL FUND QUARTERLY, VOL. 44, NO. 4, PART 2: HEALTH SERVICES RESEARCH II. A SERIES OF PAPERS COMMISSIONED BY THE HEALTH SERVICES RESEARCH STUDYSECTION OF THE UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE. DISCUSSED AT ACONFERENCE HELD IN NEW YORK CITY, MAY 6-7, 1966 (OCT., 1966), pp.202-223"THE CONCEPT OF NEED OF HEALTH SERVICES", 1966.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. . REFORMAR O SISTEMA DE SAÚDE: UMA NOVA UTOPIA. SAÚDE EM DEBATE,49-50: 53-64.1996.

DONABEDIAN, A. THE SEVEN PILLARS OF QUALITY. ARCHIVES OF PATOLOGY LABORATORY MEDICINE: 114: 1115-1118.1990.

FOUCAULT,M. O NASCIMENTO DA CLÍNICA. RIO DE JANEIRO: FORENSE UNIVERSITÁRIA, 1976.

MATOS, E.; PIRES, D. TEORIAS ADMINISTRATIVAS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DE TAYLOR AOS DIAS ATUAIS, INFLUÊNCIAS NO SETOR SAÚDE E NA ENFERMAGEM. TEXTO CONTEXTO - ENFERMAGEM. , VOL. 15, NO. 3, PP. 508-514.2006.

MERHY, E.E. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. SÃO PAULO: HUCITEC,2002.

TESTA, M. PENSAR EM SAÚDE. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS/ABRASCO, 1997.