

A Relação Profissionais de Saúde – Usuários do SUS:

Problematizando o Termo “Ajuda”

The Relation between Health Professionals and SUS Users: Problematizing the Term “Help”

La Relación Profesionales de Salud – Usuarios del SUS: Problematizando el Término “Ayuda”

Isabela Tellis Rodrigues

Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil.

Janine Moreira

Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil.

Resumo: As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família (ESF) são reflexos das relações de poder na sociedade, variando de acordo com a formação de cada profissional e com o status social e acadêmico de cada profissão. Na equipe mínima da ESF, a medicina está no topo da hierarquia, em uma lógica biologicista e hospitalocêntrica. “Dizer a palavra” ou silenciar está diretamente relacionado com o status profissional. Esta lógica presente na relação entre profissionais é reproduzida na relação com usuários do serviço. Para superar essa condição, se faz necessário assumir uma posição de dialogicidade, problematizando a “lógica de ajuda”, a qual advém da lógica da compaixão, que esconde uma noção de superioridade da equipe profissional, e instalar a lógica da solidariedade, a qual só é possível a partir da corresponsabilização da saúde. Problematizar esta noção de “ajuda” é o objetivo deste artigo, fruto de um projeto de extensão universitária.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Relações de Poder, Dialogicidade, Lógica de Ajuda, Solidariedade.

Abstract: Power relations inside the Family Health Strategy (ESF) are reflections of power relations in society and vary according to the training of each and every professional as well as their social and academic status. Even in the most reduced team of the Family Health Strategy, medicine is at the top of the hierarchy in accordance with a biological logic and a hospital-centric logic. “To have the last word” or the power to silence is directly related to professional status. This logic inherent to relations between professionals is reproduced with service users. To overcome this condition, it becomes necessary to adopt a position of dialogicity to problematise the “logic of help” which ensues from a logic of compassion. This

dissolves the notion of superiority within the professional team and installs in its place a logic of solidarity which is only possible from co-responsibilisation within healthcare. The aim of this article is to problematise the notion of "help", the outcome of a university extension project.

Keywords: Family Health Strategy, Power Relations, Dialogicity, Help Logic, Solidarity.

Resumen: Las relaciones de poder en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) son reflejos de las relaciones de poder en la sociedad, y se diferencian de acuerdo con la formación de cada profesional y, como consecuencia, con el *status* social y académico de cada profesión. En el equipo mínimo de la ESF, la medicina está en lo cume de la jerarquía, en la lógica biologicista y hospitalocéntrica. “Decir la palabra” o silenciar está directamente relacionado con el *status* profesional. Esa lógica presente en la relación entre los profesionales es reproducida en la relación con usuarios del servicio. Para superar esa condición, se hace necesario asumir una posición de dialogicidad, problematizando la “lógica de la ayuda”, la cual adviene de la lógica de la compasión, y que esconde una noción de superioridad del equipo profesional, e instalándose, en su lugar, la lógica de la solidaridad, la cual solo es posible a partir de la corresponsabilidad por la salud. Problematizar esa noción de “ayuda” es lo objetivo de ese artículo, fruto de un proyecto de extensión universitaria.

Palabras clave: Estrategia de Salud de la Familia, Relaciones de Poder, Dialogicidad, Lógica de Ayuda, Solidaridad.

Introdução

Este trabalho surgiu da experiência dos dois anos de um projeto de extensão popular, realizado no município de Criciúma, mais especificamente na área de abrangência denominada Território Paulo Freire, o qual estabelecemos como recorte para atuação o bairro Vila Manaus. O Território Paulo Freire parte da iniciativa da Universidade do Extremo Sul

Catarinense (UNESC) em aproximar comunidade e academia, visando a autonomia e a emancipação da população pertencente ao Território, uma vez que é nessa delimitação que estão presentes alguns dos bairros mais marginalizados socioeconomicamente do município.

De forma sucinta, é importante salientar nosso entendimento de que extensão e educação popular andam juntas no meio acadêmico, tendo como mote a

aproximação entre os saberes, fazendo resistência ao sistema excludente e, muitas vezes, “classista” da academia. As propostas pedagógicas nessa perspectiva são muitas; em nossos encontros no desenvolvimento do projeto usamos como metodologia principal os círculos de cultura, com auxílio de imagens codificadas e, em alguns momentos, intervenções através de técnicas de dinâmicas de grupo. Para Melo Neto (1999 citado por Cruz, 2011), as propostas que abarcam essa abordagem devem estar permeadas por uma visão humanizadora e democrática, onde se estabelece uma relação de comunhão entre as partes, pautadas na crença de uma sociedade mais justa, sem barreiras de classes, onde se tenha a possibilidade de superar a alienação através da promoção da cidadania, compreendendo a força que a organização popular pode ter.

O objetivo principal do nosso projeto de extensão, ocorrido nos anos de 2014 e 2015 e composto por professores e alunos dos cursos de Enfermagem e Psicologia, foi o de problematizar as práticas de educação em saúde, de educação permanente em saúde e a atuação do conselho de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), levantando os problemas e buscando encontrar seus enfrentamentos junto com os participantes. Fizemos isto a partir do levantamento das

demandas em saúde, na perspectiva da extensão popular, a partir de Círculos de Cultura (baseados nas experiências de Paulo Freire de educação popular), buscando estabelecer relações de igualdade entre os saberes técnicos dos profissionais de saúde e os saberes populares da comunidade/usuários dos serviços de saúde, em uma perspectiva dialógica freireana (Freire, 1988), chegando à noção de “empoderamento” (Carvalho, 2004; Verdi & Caponi, 2005).

Participaram desses encontros os profissionais da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF): uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem, uma higienizadora e quatro agentes comunitárias de saúde. Não houve um número regular de pessoas da Comunidade e de integrantes do Conselho Local de Saúde (CLS) participando do projeto. Vale salientar que, tanto os profissionais da equipe mínima, como os representantes do CLS e os moradores, não participavam de todos os encontros com regularidade e que nos dois anos do projeto houve trocas de profissionais na equipe. Também se fizeram presentes nos encontros dois residentes do Estágio Multiprofissional de Saúde da Família. Este texto parte das falas dos profissionais da ESF, sem identificar seus nomes. No caso das agentes comunitárias, por serem quatro, serão tratadas como ACS no geral,

ou seja, qualquer uma delas será tratada como ACS, uma vez não nos importar, para fins deste texto, sua individualidade. Da mesma forma as técnicas de enfermagem, que são duas. As falas foram aqui registradas a partir dos relatos dos encontros, os quais não foram gravados.

Durante esses dois anos, após os levantamentos das três instâncias (Estratégia de Saúde da Família, Conselho Local da Saúde e Comunidade) sobre as principais demandas em saúde, percebemos a importância de problematizar a noção de “ajuda” existente nesses espaços, uma ideia permeada pela lógica de “messianismo”, e que está presente nas diversas relações de poder que se estabelecem no campo da saúde, tendo como consequência o silenciamento do outro (Caponi, 2004). Essas problematizações e reflexões só foram possibilitadas por meio da prática de uma extensão libertadora, onde o diálogo é uma constante que promove as relações de trocas entre saberes, possibilitando o empoderamento da comunidade, ainda que a trajetória do projeto tenha sido de avanços e recuos. Para Cruz (2011), esse modelo de extensão popular, que já vem há algum tempo quebrando paradigmas no meio acadêmico, tem como objetivo transpassar a realidade da universidade para chegar aos locais que mais carecem de recursos materiais.

Este texto é o resultado de um eixo reflexivo que se tornou importante neste projeto de extensão, ainda que não tenha sido previsto quando do estabelecimento de seu objetivo. As análises aqui realizadas deste projeto de extensão se fizeram tendo como base a compreensão das falas de profissionais, usuários e componentes do Conselho Local de Saúde, muitas vezes falas conflitivas, a partir do referencial teórico da extensão proposta por Paulo Freire e da noção de solidariedade proposta por Sandra Caponi, a qual critica a noção de “ajuda compassiva”.

SUS: o desafio da superação do modelo biomédico para o modelo de atenção em rede

Atualmente, o acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado, mas para que tivéssemos esse direito reconhecido e pudéssemos chegar à atual configuração do SUS, houve muitas reivindicações e manifestações. Nesses movimentos sociais, a participação de atores populares, bem como dos profissionais em saúde e intelectuais, foi fundamental para o questionamento do então modelo vigente em saúde, que assumia um viés tecnicista, verticalizado, hospitalocêntrico e pautado na figura do médico.

Dessa forma, as manifestações caminharam para a busca de um modelo que pudesse atender de maneira universal as necessidades da população no âmbito da saúde. Em meio ao contexto de redemocratização do país após o período ditatorial (1964-1985) e de um movimento de luta por uma sociedade mais justa, incluindo uma saúde de qualidade, se apresentam dois grandes marcos: a Reforma Sanitária, que surge em meados da década de 1970, e a Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito universal dos brasileiros e prevê lei específica da saúde, a qual se concretiza em 1990 com a Lei 8.080. Esses dois marcos foram responsáveis pela idealização e implantação do SUS (Bertolli Filho, 2011).

Em seus princípios doutrinários fundamentais, o SUS compreende a universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todo e qualquer cidadão brasileiro; a equidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, garantindo-se a igualdade, o que significa que, se as pessoas têm diferentes necessidades em saúde, essas deverão ser respondidas a partir de suas demandas específicas, porém, todas deverão ser atendidas; a integralidade das ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde devem ocorrer de forma integral, compreendendo que os

sujeitos devem ser olhados sempre em seu todo, como seres indivisíveis (Brasil, 1990).

Já nos princípios que regem a organização do serviço, encontram-se os de regionalização e hierarquização, que pretendem organizar os serviços dentro de uma região em níveis de complexidade diante de uma tecnologia crescente, almejando um conhecimento maior dessa região; a resolubilidade nas ações, que exige que, ao procurar o serviço, o indivíduo deva ter suas necessidades em saúde sanadas pelo nível de complexidade daquele setor; a descentralização, que compreende a redistribuição do poder e a responsabilidades entre ações e serviços de saúde nos diversos níveis de governo; já a participação dos cidadãos acontece por meio das diversas representações em entidades políticas, em todos os níveis, desde o local ao federal; essas participações podem acontecer por meio de Conselhos de Saúde, além de Conferências de Saúde; e, por último, a complementaridade do setor privado, garantindo que a insuficiência do setor público, quando presente, possa ser suprida pelo âmbito privado (Brasil, 1990).

É a Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde. Em seu Artigo 1º, estabelece que o SUS contará com duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo, quais sejam, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Seu Inciso 1 estabelece que as Conferências se realizarão a cada quatro anos, com as representações de cada segmento social, desempenhando a função de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde. O Inciso 2 dispõe que devem participar do Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, representantes governamentais, prestadores de serviço e profissionais de saúde e usuários do serviço, com o objetivo de atuar na criação de estratégias e na fiscalização da execução da política de saúde na instância correspondente, também nos aspectos econômicos e financeiros. O Parágrafo 4º estabelece que os usuários terão representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, tanto na Conferência de Saúde como nos Conselhos de Saúde. Vê-se o caráter de participação popular presente na legislação da saúde no Brasil.

Tendo esses princípios e diretrizes como norteadores para uma ação diferenciada em saúde, as problematizações sobre o modelo predominante da época caminharam para uma práxis transformadora. A tentativa de

horizontalizar as relações, revendo o viés hospitalocêntrico e vertical da assistência em saúde, principalmente esse que é pautado na figura do médico, é um reflexo da busca pela democratização das políticas públicas, do incentivo a instâncias de participação popular, além do princípio fundamental, o da universalidade, o qual garante o acesso de todos os brasileiros ao sistema, e não apenas daqueles que tinham carteira de trabalho e seus dependentes, como era a situação do país antes da Reforma Sanitária.

Segundo Trad e Bastos (1998), as mudanças e reflexões desse período caminharam para o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF), fortalecendo a atenção básica e unindo a noção da importância do cuidado voltado para os indivíduos e para a família, almejando a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, tanto no que conferia a sujeitos sadios como a doentes, buscando, na atenção básica, o cuidado de forma integral e contínua, como confere o princípio de integralidade.

Como as autoras apontam, a equipe multiprofissional vem para romper com a ênfase na figura do médico, possibilitando um olhar integral para o usuário. Os profissionais da ESF na qual realizamos a extensão apontam o caráter curativo e preventivo da maior parte de suas ações, sendo poucas voltadas para a promoção em

saúde. Entendemos que a promoção está, em si mesma, baseada na ação multiprofissional, o que facilita a descentralização da figura do médico. Mas compreendemos que também a prevenção e a cura/reabilitação precisem avançar para esta descentralização.

É preciso considerar também as peculiaridades da formação acadêmica de cada profissional da equipe, no sentido de que as distinções fazem a diferença ao se olhar para o outro ser humano, e considerando também a condição de poder atribuída a cada profissão, o que se torna uma limitação dentro daquilo para o que a ESF foi planejada e instituída (Oliveira, Pires, Parente, 2011). As relações de poder dentro de uma ESF são reflexos das relações de poder na sociedade, variando de acordo com a formação profissional. Nesse sentido, dentro da equipe mínima da ESF (enfermeira/o, médica/o, técnica/o de enfermagem, agente comunitária/o de saúde, higienizador/a), o modelo biomédico ainda é hegemônico. A medicina está no topo da hierarquia, seguida pela enfermagem, e após, pelos profissionais de nível médio e depois ainda pelos de menor nível de escolaridade, indicando o papel que a ciência ocupa nas relações de poder da sociedade moderna.

Sendo o modelo biomédico o que está em evidência em contraponto à transição do modelo de atenção em rede

com verdadeiro enfoque interdisciplinar e multiprofissional, as ações em saúde continuam tendo um caráter fragmentário e, dessa forma, o médico continua sendo visto como protagonista no processo, tanto pela equipe que, muitas vezes, silencia frente à figura do médico, quanto pela população que, diante de uma unidade de saúde sem a figura do médico, se expressa: “se não tem médico, pode fechar a Unidade”, como relatado pelos profissionais não médicos de nosso projeto.

Os profissionais destacam que, nesse período no qual estavam sem o médico, ouviram comentários que desvalorizam o papel dos outros profissionais da equipe, como nos diz uma ACS: “Nós podemos falar a mesma coisa que o médico, mas quando ele fala é diferente, a comunidade ouve”. As agentes comunitárias em saúde também concordam que os usuários, quando não procuram diretamente o médico, só procuram a enfermeira ou as técnicas, e não a elas.

Nesse sentido, a enfermeira da Unidade reconhece que o papel do médico é importante, mas que a comunidade percebe a ESF dentro de um âmbito curativo; com frequência, as profissionais afirmam ouvir frases que induzem ao entendimento de que a consulta só é boa quando se recebe receitas medicamentosas e, sendo assim, a comunidade não vê

sentido no trabalho desenvolvido na ESF sem a presença do médico.

Neste ponto podemos problematizar o entendimento que a comunidade, e os próprios profissionais, têm a respeito de uma equipe de ESF, a qual não segue a mesma lógica de uma equipe de Atenção Básica. Esta oferece uma atenção “clássica”, voltada para o atendimento emergencial e também de especialidades. A ESF oferece outra forma de cuidado, com base na equipe multiprofissional e compreendendo que o indivíduo, inserido em uma família que, por sua vez, está inserida em uma comunidade, é que vive sua condição de saúde/doença. Aqui, a ação dos agentes comunitários de saúde é fundamental, pois justamente é este profissional que fará a “ponte” entre o saber cotidiano das pessoas e o saber especializado dos outros profissionais de saúde (Brasil, 2012). Então, são diferentes as lógicas de cuidado entre uma equipe de ESF e uma equipe de Atenção Básica, e esta diferença parece não se fazer presente para os usuários, e nem sempre está para os profissionais.

E então precisamos refletir que, se esta visão curativa e médico-centrada se faz presente até mesmo no contexto da ESF, é porque ela ainda é hegemônica na sociedade como um todo, incluindo-se desde a formação dos profissionais de saúde, portanto, está dentro das

universidades, a qual reforça o poder das especialidades que, por sua vez, dificulta o olhar ampliado para a saúde. As especialidades são necessárias, mas subordinadas ao olhar de totalidade para com o indivíduo. Isto quer dizer que, mesmo este sendo visto apenas por sua dimensão biológica, não é somente o médico o profissional apto a dar-lhe assistência, nem mesmo o principal. E também quer dizer que não existe apenas a dimensão biológica em um indivíduo. Uma visão ampliada de saúde precisa contemplar também suas dimensões psicológicas, sociais, espirituais, ao lado da biológica. E assim, também precisa ser questionado o entendimento da doença como algo pontual, no sentido de se olhar a doença juntamente com a saúde, uma vez que saúde-doença são expressões de um processo, o qual é individual, mas também social. As relações hierárquicas que envolvem os profissionais de saúde são consequências desta visão reducionista da saúde, hegemônica na sociedade, tanto no nível de senso comum, como nas ações profissionais, ainda que críticas neste sentido estejam presentes nos cursos universitários. Assim, não somente os médicos são afeitos ao “modelo biomédico”, mas também os demais profissionais de saúde, o que reitera o entendimento da população e suas

expectativas para com os serviços de saúde (Vasconcelos, 2011).

A promoção da saúde tem sua centralidade no polo “saúde”, enquanto que a prevenção e a cura no polo “doença”. Um dos desafios de todas estas dimensões do cuidado, no contexto do SUS, está na superação, de fato, do modelo biomédico. Os pré-requisitos e perspectivas para a promoção da saúde não são garantidos apenas pelo setor de saúde, mas demandam uma ação coordenada entre vários setores. Compreendendo o SUS como uma política com potencial de superação da visão reducionista de saúde, como também de viabilização de um espaço efetivo de participação dos envolvidos, vemos a importância dos usuários do SUS e todos os outros profissionais de saúde estarem envolvidos neste processo como indivíduos, famílias e comunidade, quer seja na promoção, como na prevenção ou na cura e reabilitação. As vivências concretas oferecem o solo da *práxis*, a ação-reflexão-ação para a efetiva mudança. Como diz Freire (2005), são necessárias as experiências democráticas para o estabelecimento da democracia.

Assim sendo, entende-se que a saúde é construída e vivida pelas pessoas no seu cotidiano, a partir de condições materiais de existência. É construída pela qualidade destas condições materiais, e pelo cuidado de cada um consigo mesmo e

com os outros. Há, portanto, uma gama de atividades no cuidado à saúde, que não depende única e exclusivamente do setor saúde e, neste, do médico. Todos podem e devem efetivar o cuidado com sua saúde. No setor saúde, os diferentes profissionais têm o seu lugar no cuidado à saúde da população, sempre naquilo que ela não está apta a fazer, e assim, fazendo junto com ela, e não “para ela”, numa ação que a silencia, que a paralisa. Profissionais e população têm seus respectivos papéis no processo saúde-doença. Comumente, o papel dos profissionais tem sido visto como o de “ajuda” à população. Será que é de “ajuda” o que a população necessita?

Reflexões sobre as relações entre profissionais e usuários do sistema

Como integrantes dos projetos do Território Paulo Freire, mapeamos o contexto de saúde do bairro onde atuamos antes de iniciarmos os encontros com a comunidade. E foi apenas a partir destes encontros que conseguimos nos apropriar da realidade em saúde pela perspectiva dos moradores do bairro, isso porque, a partir dessas falas, consideramos mais que os dados estatísticos levantados pelo município, levamos em consideração a realidade vivida e apontada pela população.

Ao longo desses dois anos de extensão, nos quais o nosso grupo teve como objetivo principal levantar as necessidades em saúde da Comunidade, dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do Conselho Local de Saúde para, posteriormente, pensarmos juntos as possibilidades de enfrentamento às demandas levantadas, surgiram inúmeras pautas sobre as principais dificuldades que o bairro enfrenta, como: falta de medicamentos e instrumentos básicos de trabalho na unidade de saúde, ausência de profissionais na equipe mínima e até mesmo condições ambientais de risco no local, por decorrência de recorrentes enchentes e de famílias que moram próximas a áreas de esgoto a céu aberto.

No decorrer dos encontros, foi nos chamando a atenção a relação conflituosa entre a ESF, o Conselho Local de Saúde e a Comunidade, o que acaba por fomentar uma visão parcial sobre as demandas gerais, comumente colocando em foco a relação de conflito, principalmente entre comunidade (representantes do Conselho e população em geral, não havia representante de profissionais da saúde no Conselho) e profissionais de saúde. O conflito relacional coloca uns contra os outros, afastando a possibilidade dessas instâncias estarem juntas no enfrentamento de suas dificuldades frente ao setor público gerencial local, por exemplo. É importante

apontar que esta dificuldade relacional não foi expressa desta forma pelas pessoas envolvidas, elas apenas foram relatando os conflitos sem os problematizar, esta problematização foi realizada pela equipe de extensionistas, primeiro entre si, depois com as pessoas. Entendemos que o levantamento de problemas pelas pessoas envolvidas não anula o levantamento de problemas pela equipe do projeto. O diálogo freiriano é, justamente, o encontro destes “diferentes” de forma respeitosa, não dominadora. “Dar voz” aos próprios sujeitos não significa “tirar a voz” dos extensionistas, isto seria um reverso da dominação a que a ciência tem submetido o conhecimento popular. Como nos aponta Freire (2002, 1988), reconhecer a palavra do outro implica também em dizer a palavra, em uma relação de reciprocidade. Não há porque o educador, no caso, o extensionista, não expressar sua leitura do mundo, esta omissão pode, em muitos casos, esconder uma visão de superioridade. No caso aqui específico, se trata de considerar ambas vozes, e ainda não esquecendo de sua multiplicidade, uma vez haver diferenças no seio de cada categoria, elas não são homogêneas.

Em todos os âmbitos, quando lidamos com serviços públicos voltados para o atendimento direto da população, é comum que ocorram conflitos entre as partes, tanto de quem presta o serviço no

meio público, quanto de quem é assistido. Nesse sentido, em nossa práxis se fizeram presentes falas dos dois lados que consideram o embate. Essas divergências, que “sempre” foram presentes, acabam por afetar o relacionamento entre a comunidade e os profissionais da equipe, desgastando as relações e gerando ainda mais conflitos.

Em sua maioria, percebemos que esses conflitos são maximizados pela falta de diálogo entre usuários e profissionais do serviço. O que se torna um grande obstáculo quando se pretende chegar às possibilidades reais de enfrentamento ao se discutir as problemáticas em saúde. Como apontam as autoras citadas abaixo, uma das possibilidades da obstrução do diálogo pode estar relacionada a uma disparidade entre as posições de poder presentes dentro da equipe e ao reconhecimento do outro como igual, o que posteriormente se reproduz na relação com o usuário. Sobre isso, elas afirmam que:

O diálogo pertence à esfera pública, que os gregos consideravam a esfera da liberdade, pressupõe seres humanos iguais, mas que podem possuir pontos de vista diferentes, pois somente através do confronto de posições, de pontos de vista diversos, é que podem surgir opiniões verdadeiras (Caponi, 1996 citada por Wendhausen & Caponi, 2002, p.1627).

A falta de diálogo ficou evidente em um dos encontros da equipe com a gestão municipal e com o Conselho de Saúde; ao questionarmos a equipe sobre como se sentiu na reunião, os profissionais admitiram que, por vezes, se sentem pressionados pela atual gestão do Conselho, falando que, diferentemente da gestão passada, algumas pessoas dessa gestão exercem um papel apenas de fiscalização da ESF. Uma das agentes comunitárias afirma: “Entre nós e a comunidade, eles [o Conselho] sempre ficam do lado da comunidade, a comunidade está sempre certa, eles não chegam a ver o nosso lado”. Os profissionais pontuam que, na maioria das vezes, as reclamações ao serviço são realizadas de maneira agressiva, inclusive por membros do CLS. Os profissionais desta ESF não participam do CLS; quando questionados pelo grupo sobre a ausência da participação, colocam que não se sentem à vontade em participar.

A mesma agente comunitária em saúde também relata que “todos têm pontos positivos e negativos, e que, às vezes, a forma agressiva de responder às situações pode ser pela carência”, no entanto, ela afirma que não se pode “abaixar a cabeça” para as agressões. Os profissionais ressaltam que, como não esperam passar pela situação agressiva, no momento em que ela se apresenta não

sabem como proceder, acabam ficando em silêncio, e em outros momentos, quando se sentem “atacados”, também “atacam”.

Nessa compreensão, um relacionamento, mesmo quando se pretende dialógico e horizontal, dificilmente será livre de conflitos, são eles inerentes às relações, mas na proposta dialógica ambas as partes podem se colocar verdadeiramente, ambos são reconhecidos como sujeitos de direito. Para Freire (1988, p.78),

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. [...] a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais.

Porém, quando nos questionamos a quem pertence o espaço de fala nesses locais, percebemos que essas relações de silenciamento existentes na unidade de saúde, na realidade, são apenas reproduções dos espaços fora dela. Como explica Michel Foucault em sua obra *Ordem do Discurso* (1996, p.9), “a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída, por certo número de procedimentos que têm por função

conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”.

Voltando ao referencial freiriano, para que se possa assumir uma posição de dialogicidade nesses espaços, se faz necessário romper com a lógica de superioridade, e de prescrição da verdade única que, muitas vezes, é instituída pela hierarquia profissional e, conseqüentemente, romper com a lógica da ajuda, pois, como nos diz Caponi (2004), nela está imbuída a concepção de compaixão piedosa que se tem pelo usuário doente, uma noção que o distancia, pois enquanto o vemos como o doente, “carente do nosso cuidado”, nos percebemos como benfeitores virtuosos, entendendo que o que fazemos por ele, também fazemos pelo bem estar geral da população. Nesse sentido, Caponi (2004) diferencia a compaixão do sentimento de solidariedade genuína, esta última significando o reconhecimento de que, em um dado momento, aquele sujeito está nessa condição, a qual não é permanente e pela qual também podemos passar. Isto significa que o “outro” é olhado não como um “diferente de mim”, como se fosse alguém que demanda uma ajuda em si mesmo, mas enquanto um sujeito como, que passa por uma situação pela qual eu também poderia estar passando, que

demanda da ação de outro alguém, no caso, de profissionais da saúde.

Uma das técnicas de enfermagem comenta: “a gente tenta esclarecer”, dialogando com a comunidade sobre o papel da Unidade, que tem foco na prevenção e promoção na saúde. A equipe relata que os pacientes não visam à promoção e só buscam o cuidado na ESF quando já estão doentes. Dizem que falta vontade por parte dos usuários para cuidarem de sua saúde, são acomodados e ficam muito tempo sem fazer exames. Ela coloca que, muitas vezes, fica revoltada com a situação. “A gente se esforça para ajudar, vai atrás para conseguir marcar a consulta, agendar com o médico e eles não vão”. A enfermeira concorda: “Eles são muito acomodados”, comentando, assim como a enfermeira anterior: “a gente faz por carinho, por amor, querendo ajudar, e eles não reconhecem”. Elas colocam que os usuários consideram que é obrigação da equipe “achar consulta”, e ainda perdem a mesma.

Compreendemos então, que é a lógica da compaixão piedosa, demonstrada pela noção de ajuda, que demarca a noção de superioridade frente aos usuários do serviço. Nessa situação, torna-se comum alguns profissionais entenderem que o usuário deve aceitar mecanicamente o que o profissional – que detém a “superioridade” do conhecimento técnico –

, acredita ser o melhor para curá-lo, sem mais questionamentos, visto que a intenção desse profissional é a de “ajudar” o usuário que, em sua maioria, se apresenta rebelde com relação à própria saúde, negando a “ajuda”.

Em nossa experiência surgiram, em muitos momentos, falas dos profissionais em saúde colocando a população como “ingrata” e “acomodada” enquanto eles (profissionais) “faziam de tudo para ajudar os usuários”. Em um dos encontros com a equipe de saúde da ESF e a representante da Associação dos Moradores da comunidade os profissionais perceberam as dificuldades em realizar os grupos terapêuticos da unidade de saúde devido à ausência da participação popular. Nesse sentido, a representante da Associação dos Moradores e os profissionais da Equipe concordaram que a população se encontra acomodada. A enfermeira se percebe de “mãos atadas” frente a essa situação. Vê-se aqui a concordância da representante da comunidade com a explicação dos profissionais de saúde de que a causa da não procura das pessoas pelos grupos operativos é sua acomodação, deixando de problematizar os motivos concretos cotidianos pelos quais esta procura não ocorre, permanecendo numa explicação abstrata culpabilizadora dos indivíduos.

Quando o outro se encontra em uma situação de dependência, o poder é

exercido, muitas vezes de forma coercitiva, por meio do cuidado com a saúde, da discussão da sexualidade, da administração da força de trabalho, enfim, por meio do controle dos corpos, em uma perspectiva foucaultiana. Dessa forma, para que esse controle da sociedade seja de fato aceito e imperceptível ele é travestido de uma compaixão piedosa para com o outro, por uma concepção de ajuda, que se dá permeada por uma relação vertical onde um lado oferta ajuda, e o outro tem de aceitar (Caponi, 2004). Isto não significa que os profissionais vivam esta condição deliberadamente. Eles são envolvidos por esta inteligibilidade que define os papéis de cada categoria e faz com que estes valores sejam reproduzidos. Nossa equipe extensionista, formada por profissionais e acadêmicos de enfermagem e psicologia, buscou refletir sobre estas questões com os profissionais, mas não sentimos que eles tivessem questionado sua perspectiva.

No decorrer do nosso projeto, o clima de tensão era perceptível, tanto nas reuniões individuais, com cada grupo específico, como nas reuniões em conjunto, quando reunimos as instâncias para discutir tais problemáticas e para que pudéssemos pensar juntos em possibilidades de enfrentamentos. Enquanto grupo (pesquisadores/extensionistas), percebemos que a corresponsabilização no

processo de saúde-doença dos usuários e equipe multiprofissional, no que diz respeito às condições gerais em saúde, formou um ‘tema gerador’ importante durante todo o processo, já que a problematização do termo ‘ajuda’ está diretamente relacionada com o processo de corresponsabilização entre profissionais e usuários do serviço.

Para tanto, é preciso compreender que o processo de saúde-doença não pode se basear apenas em interpretações técnico-científicas a partir de padrões estatisticamente estabelecidos, no que se enquadra como patológico ou normal. Em uma visão integral do ser, ela pertence a todos e não apenas aos “titulados”. Canguilhem (1990 citado por Caponi, 2003) argumenta que, “a saúde não pertence à ordem dos cálculos, não é resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas, e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não.” Essa compreensão é fundamental para a inserção ativa do usuário em seu processo de saúde-doença.

É fundamental considerar as necessidades da população atendida dentro de uma lógica que se pretende horizontal, dialógica e humanizadora, na qual o profissional precisa conhecer a população e, para fazer isso, precisa dar “voz” à comunidade. Assim, ambos participariam

de um processo horizontal ao levantarem as problemáticas, pois se entende que o projeto de saúde vigente se modificaria na medida em que se compreendessem as necessidades do local e, dessa forma, a relação de intervenção ocorreria de forma participativa. A comunidade, desde o início, passaria a ser respeitada e co-responsabilizada no seu processo de saúde-doença, não sendo culpabilizada por adoecer e nem vitimizada e, segundo este entendimento, necessitando ser ajudada.

No entanto, é importante compreender o processo vertical que existe na relação da responsabilização pela saúde apenas de profissionais, os quais são olhados como detentores de conhecimento, se estabelecendo um distanciamento entre o saber técnico e o saber popular. Também pôde ser percebido, no decorrer do projeto, que há, por parte dos profissionais de saúde, uma “vontade de verdade” (Lavrador, 2012), em uma compreensão foucaultiana e, nessa vontade de verdade, reside a ideia de que a população deveria receber e aceitar as orientações de quem “entende do assunto”, sem questioná-las. Quando essa não a segue, é como se estivesse em “falta” com eles, profissionais, como se não quisessem se curar de verdade. E é aí que chegamos na problematização de nosso tema, o termo “ajuda”, amplamente usado por profissionais da saúde. Como se, enquanto

eles fizessem de tudo pela população, querendo “ajudar”, a mesma, “desobediente”, “irresponsável”, responde com negação, não aceitando essa “ajuda”. Desta forma se “culpabiliza a vítima”, não se co-responsabiliza.

A própria lógica de ajuda e silenciamento que existe para com os usuários também está presente dentro da equipe, pois sendo reflexo da ordem social vigente, a configuração de relações de poder está presente na ESF. Percebe-se que o poder de fala está relacionado ao status da profissão, bem como ao nível de escolarização do profissional. Ocorrem falas que, muitas vezes, colocam o outro em situação de silêncio frente à figura do médico, do enfermeiro, bem como de outros representantes do universo acadêmico (a própria equipe de extensionistas e alguns membros do Estágio Multiprofissional de Residência em Saúde da Família); o espaço é ocupado pelo silêncio.

Dessa forma, entendemos que, maior que a necessidade de resolver essas problemáticas, antes foi importante estabelecer uma boa relação entre Comunidade, Conselho Local de Saúde e equipe de profissionais da ESF, para que aí sim, juntas, pudessem pensar em possibilidades de enfrentamento sobre as demandas em saúde, mesmo depois da finalização do projeto. No entanto,

encontramos dificuldades no processo de abertura ao diálogo, inclusive do grupo de extensão para com os integrantes da ESF, que constantemente sentiam-se ‘ameaçados’ pelas problematizações levantadas pelo grupo.

Conclusões

É premente a necessidade de reflexão, por parte dos profissionais de saúde, da estrutura hierárquica que os conformam enquanto equipe, e que é reproduzida em sua relação com os usuários do SUS, a quem denominamos aqui, de forma geral, como comunidade. É sumamente importante iniciar esta reflexão no lugar em que se formam estes profissionais, as escolas e as universidades. Afinal, se ali estas relações são reproduzidas, então será “natural” que as pessoas que ali se formam construam sua subjetividade e sua visão de mundo sem questionar este sistema social hierárquico.

Como diz Paulo Freire (1996), a educação não tem o poder de mudar o mundo, mas sem a educação tampouco o mundo será mudado. Por isto é tão fundamental a dialogicidade fazer-se presente nos espaços formativos dos profissionais. No campo da saúde, a dialogicidade entre profissionais e comunidade faz-se fundamental para o estabelecimento de relações horizontais,

única possibilidade de encararmos o processo saúde-doença enquanto corresponsabilidade, tanto dos diferentes setores sociais, como dos diferentes agentes do setor saúde. Esta corresponsabilização é a base para estabelecermos relações de solidariedade no lugar de relações de ajuda na lógica da compaixão, a qual apequena aquele a quem se direciona as ações de ajuda, anulando-o enquanto sujeito e hostilizando-o se ele não as desejar, entendendo-o como inferior, como aponta Caponi (2004). Para Freire (1979, 1988), esta seria uma “falsa generosidade, justamente porque entende o outro como o polo do “não saber”, enquanto eu sou o “polo do saber”, assim, não o enxergando como alguém com quem se pode aprender. O sentido de uma ação entre sujeitos na lógica da solidariedade requer uma ação dialógica, a qual reconhece as diferenças, porém, não as transforma em desigualdades, as quais se situam nos degraus hierárquicos. Romper com as hierarquias, as que estão na base da ação messiânica de “ajuda” dos profissionais, talvez seja um dos desafios mais prementes dos lugares formativos dos profissionais de saúde, tanto de formação inicial, como de formação em serviço.

Referências

- Bertolli Filho, C. (2011). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990) *Abc do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 27 de abril de 2017, de http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
- Brasil. Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. *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*. Recuperado em: 19 nov. 2017, de http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família*. 2012. Recuperado em: 27 nov 2017. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia. (Org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. (pp. 55-77). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caponi, S. (2004). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, S. R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 669-678.
- Cruz, P. C. (2011). Extensão popular: a reinvenção da universidade. In P. J. S. C. Cruz & E. M. Vasconcelos (Orgs), *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência* (pp.40-61). São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Freire, P. (1979). *Educação e mudança*. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1988). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2002). *Extensão ou comunicação?* 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2005). *Educação como prática da liberdade*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola. (Original publicado em 1971)

- Lavrador, M. C. C. (2012). A psicologia e os desafios contemporâneos da reforma psiquiátrica. In: A. M. Jacó-Vilela, & L. Sato (Orgs.). *Diálogos em Psicologia Social*. (pp. 402-413). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Sociais.
- Oliveira, H. M., Pires, T. O., & Parente, R. C. P. (2011). As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. *Saúde & Transformação Social*. Florianópolis, 1(2) 17-26, Recuperado em 04 de abril de 2017, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/494/658>
- Trad, L. A. B., & Bastos, A. C. S. (1998). O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14(2) 429-435. Recuperado em 07 de abril de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0121.pdf>
- Wendhausen, Á, & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(6) 1621-1628, Recuperado em 04 de abril de 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13258.pdf>
- Vasconcelos, E. M. (2011). Primeira parte: a espiritualidade no trabalho em saúde. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec. P.15-157.
- Verdi, M., & Caponi, S. (2005). Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14(1) 82-88.
-
- Isabela Tellis Rodrigues:** Acadêmica do curso de Psicologia da UNESC.
E-mail: isat.rodrigues@hotmail.com
- Janine Moreira:** Docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da UNESC. Graduada em Psicologia (UFSC), Mestre em Sociologia Política (UFSC), Doutora em Educação (Universidade de Córdoba / Espanha, título convalidado pela UFSC) e Estágio pós-doutoral em Educação pela Universidade de Murcia (Espanha).
E-mail: jmo@unesc.net
-
- Enviado em:** 23/07/17 – **Aceito em:** 28/11/17