

COMPLEXIDADE E SAÚDE DA FAMÍLIA

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

(SPB/CCS/UFSC)

A inclusão da saúde como direito fundamental e manifestação de cidadania na história do Brasil tem como seu início pela inserção de princípios oriundos no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRBS) na Constituição Nacional de 1988, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Elias, 2004).

A criação do SUS através da Constituição de 1988 reveste-se de um caráter de consolidação de décadas de atuação de membros da sociedade civil, de grupos políticos e diversos profissionais de saúde, imbuídos da tarefa de tornar o Sistema Nacional de Saúde Brasileiro acessível a todos os cidadãos, conceito que deve ser profundamente questionado quando se observam os serviços de saúde no interior do Estado do Amazonas. Conforme o Ministério da Saúde

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece atualmente como desafio para suas instâncias gestoras a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários. No contexto da Atenção Básica de Saúde, a melhoria da qualidade aponta para a reorganização das ações, delineadas a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades (Brasil, 2004, p.22).

O ideário do MRSB preconizava a universalização do acesso aos serviços, equidade e integralidade como metas a serem atingidas no processo de trabalho junto aos usuários. A adaptação do sistema as diversas realidades do país está prevista nas diretrizes como a descentralização, regionalização e controle-social, na intenção de promover avanços nos padrões de saúde da população. No entanto, em sensu stricto, os princípios doutrinários do SUS foram corrompidos na construção do Sistema de fato, que não atingiu um estágio de maturidade coerente com o referido ideário, fundamento norteador e filosófico do SUS (Elias, 2004).

Neste processo de cidadania há necessidade que o usuário seja tomado como parte ativa, com poderes específicos de atuação neste sistema, se legitimando e efetivamente atuando frente à construção dos sistemas, denunciando suas falhas e optando pelos caminhos em conjunto com os outros atores envolvidos no processo. Mais amplo do que no setor de saúde, os reflexos deste processo de reforma sanitária pode ser entendido como construir o fortalecimento da sociedade civil perante o Estado (Aciole, 2007).

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde no serviço são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisada como um processo linear, apesar da tradição e estrutura dos sistemas de saúde não se pautarem nesta perspectiva (Campos, 2003).

Deve ser percebido como um processo em que interagem diversos aspectos concomitantemente, convergindo na dicotomia entre a disponibilidade de um conjunto de ações e serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos². Qualquer ação no sistema de saúde deve paralelamente considerar a historicidade, na medida em que existem aspectos íntimos de como o processo de trabalho se dá em cada Unidade de Saúde, com diferentes conformações e espaços (Campos, 2003).

No contexto sobre a implementação do SUS os debates firmaram a perspectiva de que não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, mas sim a que se pensar em que tipo de atendimento é este. Conforme exposto, no tratamento em saúde não apenas a ação dos técnicos está envolvida no sucesso e na promoção, proteção e recuperação, mas também o comprometimento dos pacientes é de suma importância.

Nesta nova abordagem da Atenção Primária no Brasil se prima que as equipes devam atuar integrando as diversas competências e categorias profissionais que as compõem, nos moldes de trabalho multiprofissional; em ação articulada com setores que mediam e interferem nos determinantes socioculturais do processo saúde/doença, fugindo da lógica do atendimento curativo e apenas da demanda na Unidade de Saúde da Família (Brasil, 1997). Prima-se também pela horizontalidade, vínculo e co-responsabilidade nas ações junto aos usuários do sistema, o que re-significa o papel deste,

delegando uma importância ao mesmo que difere sobremaneira do enfoque tradicional e biomédico, em que o usuário era apenas o paciente, passivo na procura dos serviços que os profissionais de saúde ofereciam, por se constituírem como conhecedores do processo saúde/doença em suas fragmentadas especialidades.

Partir de um processo de trabalho em equipe multiprofissional significa que esta deve conhecer as famílias do território sob sua abrangência, identificar problemas de saúde e situações de risco desta comunidade, exercer planejamento local com base e imerso na realidade que planeja, pautando-se no rompimento da lógica biomédico-curativo-medicalizada para um enfoque em ações educativas e intersetoriais, fazendo valer o princípio da integralidade na atenção, em um continuum com os demais níveis de assistência, buscando criar vínculos entre os profissionais e usuários, através da co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde (Brasil, 2007). Neste sentido, o debate caminhou para firmar como padrão a ser assegurado o tratamento horizontalizado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais e humanas dos pacientes, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos possuem significado frente às demandas não pautadas nas questões que podiam ser respondidas pelo modelo biomédico (Brasil, 2004).

Estes princípios propoem-se a reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, tendo como diretrizes básicas: caráter substitutivo; Integralidade e hierarquização; Territorialização e cadastramento da clientela; Equipe multiprofissional (Brasil, 2004).

A criação, implementação e expansão da Saúde da Família foi, portanto, a manifestação da adoção destas perspectivas refletidas em uma política reordenadora da atenção primária, na intenção de se tornar efetivos os princípios do SUS (Alves, 2005).

Após pouco mais de dez anos da implantação da ESF, há ganhos significativos em termos dos princípios da equidade e da universalidade, dada a priorização pela implantação em áreas que, historicamente, apresentam problemas de acesso aos serviços de saúde (Alves, 2005).

No entanto, a estratégia não tornou a consolidação da integralidade no SUS mais próxima, como ocorrido em relação aos dois princípios mencionados, mesmo sendo uma estratégia planejada com orientação a objetivos como criar vínculos entre os profissionais e usuários através da co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde (Brasil, 2004; Alves, 2005; Simões et al, 2007; Benevides e Passos, 2005; Schimith e Lima, 2004).

Shortell e Richardson (1978) assumem que, enquanto construção de conhecimento, não se pode perder de vista a complexidade do processo de avaliação, já que o objetivo investigado envolve instituições, serviços e diversas categorias profissionais, tanto quanto atividades e práticas desenvolvidas neste âmbito na intencionalidade de prestar determinado atendimento, à determinada população que o acessa.

Estas características que permeiam a ESF levam a entendê-la como um fenômeno complexo.

A conceituação de “complexo” não se refere à adjetivação de determinado fenômeno de aspectos múltiplos, mas sim à “complexidade” enquanto referencial teórico-filosófico e epistemológico. O emaranhado de eventos, interações, retro-ações e incidentes que constituem o mundo dos fenômenos, gera o objeto complexo (Morin, 1996).

Em termos epistemológicos, a aborgagem dos objetos complexos não se pressupõe eliminação da simplificação, mas a opção por uma perspectiva integradora, assumindo lacunas que surgem entre as explicações do paradigma da simplificação quando este não se mostra suficiente perante dificuldades empíricas e dificuldades lógicas. As primeiras se referem ao fato de que tudo está em relação no Universo, enquanto a última “(...) aparece quando a lógica dedutiva se mostra insuficiente para dar uma prova num sistema de pensamento e surgem contradições que se tornam insuperáveis” (Morin, 1996, p.275).

Deve-se ressaltar que o pensamento complexo não tem pretensão de ser completude (Morin, 2001; Morin, 1996).

As disciplinas, categoria organizacional do conhecimento científico, se pautam na especialização do trabalho. São delimitadas em si mesmas e revestem-se de autonomia nas suas técnicas de condução, elaboração e utilização, circunscrevendo-se a(s) teoria(s) a que se refere(m).

Paradoxalmente “o homem é simultaneamente biológico e não-biológico” (Morin, 1996,p.281) e a segregação de ambas dimensões “(...) nos impõe sempre uma visão mutilada. Mas, além disso, o homem não é somente biológico-cultural. É também espécie-indivíduo, sociedade-indivíduo; o ser humano é de natureza multidimensional” (Morin, 1996,p.282).

O presente trabalho em como objetivo articular dados empíricos do processo de trabalho dos enfermeiros, médicos e odontólogos de Saúde da Família no interior do Amazonas e a teoria da complexidade de Edgar Morin.

O presente trabalho consiste numa abordagem qualitativa. A análise dos dados pautou-se na hermenêutica dialética (Minayo, 2002),que foi realizada após leitura exaustiva para apropriação de conteúdo, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (Minayo, 1999; Morgan, 1997). O material sob o qual foi feita a leitura, resultou de gravações que foram transcritas na íntegra.

Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico do sobre saúde coletiva no Brasil e sobre ESF, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios.

Em termos instrumentais, utilizaram-se na coleta de informações as técnicas de entrevista individual (EI) e de grupo focal (GF) (Morgan, 1997; Minayo, 1999). Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam a percepção sobre o que é a profissão, a forma como é organizado o trabalho na ESF, a atuação do profissional nos diversos níveis de atenção à Saúde e o trabalho em equipe multiprofissional considerando as relações interpessoais. Para as EI, foram entrevistados todos os integrantes do GF.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural (IBGE, 2009). Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas (Brasil, 2009). Parintins

é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana (Brasil, 2009). Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana (Brasil, 2009). São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353 km, 315km, 70km e 852km (IBGE, 2009).

Foram critérios de inclusão: ser enfermeiro, médico ou odontólogo em unidades da ESF dos municípios selecionados; declarar anuência formal em participar da pesquisa, através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram 114 profissionais dos quatro municípios investigados, sendo realizados 19 GF e 114 EI.

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto "Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS" (Protocolo ético 121/2009), fomentado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo CNPq 470165/2008-1).

Em relação ao paradigma predominante, os dados indicam que, apesar do discurso dentro da perspectiva ampliada em Saúde e determinação Social da Doença, as práticas na ESF no interior da Amazônia ainda se fundamentam no paradigma biomédico e biologicista.

O Processo de trabalho na ESF dos municípios investigados não efetiva a integralidade, o trabalho interdisciplinar e em equipe, conforme orientado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Inexistem estratégias efetivas de trabalho interdisciplinar. As reuniões de equipe se dão apenas em casos específicos, para problemas eminentes ou campanhas.

O usuário é percebido como alguém que deve receber o serviço, sem co-responsabilização ou controle social na prática, na medida em que os profissionais não se mostram abertos a horizontalizar as relações.

Também entre as categorias profissionais, as antigas hierarquias corporativas convivem em contradição com os princípios da ESF.

A intersetorialidade é um princípio pouco presente nas práticas da ESF no contexto investigado.

A formação dos profissionais de saúde no contexto amazônico revelou-se contraditória em relação às peculiaridades do trabalho na ESF. Caracteriza-se por uma formação pouco sistematizada e, quando assim se configura, pauta-se na doença e nas endemias regionais, distante do enfoque de saúde ampliada e do conhecimento das características sócio-culturais.

Há necessidade de reorientação do trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, assim como peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar.

A percepção dos profissionais depõe fragilidade na construção do projeto de intervenção conjunta, necessário principalmente em nível da ESF apresentando a perspectiva de que o trabalho múltiplo profissional se dá apenas nos aspectos técnicos, e não na lógica que rege o processo de trabalho. Ou se muda a Saúde da Família e se admite que ela é simplesmente como seus modelos antecessores (pautado no mercado e nas tradições entre as profissões de saúde) ou transformam-se os processos e os profissionais radicalmente.

O Ministério da Saúde tem, entre suas prioridades, a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver esse grave problema, que afeta diretamente a consolidação do SUS. Tal preocupação decorre da política deste governo, que reconhece e valoriza o trabalho humano em todas as suas dimensões.

É necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que a pressão no trabalho na ESF acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos

direitos dos trabalhadores. Deve-se também analisar alternativas de ação com o intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis.

Para que os profissionais do sistema possam, de fato, adotar um modelo reorientador da atenção à saúde, é preciso antes haver uma ruptura epistemológica no processo de trabalho em Saúde da Família, superando a antiga, porém, ainda hegemônica visão biomédica.

Como mudar um processo que envolve cidadania (e neste caso direito à saúde através da ESF), sem mudar a sociedade e suas relações sociais? Indo mais a fundo: a reforma sanitária está completa sem mudança da sociedade? É o SUS/ESF um risco para o capitalismo?

A presente pesquisa avaliativa indica que a ESF nos municípios investigados está aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. Há diversas características de práticas biomédicas, originando um panorama com enfoque contraditório a APS em tempos de ESF.

Referências

Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16): 39-52.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública. *Cienc & Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 561-71.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, Departamento de Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília – DF, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: DAB, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2003; 8(2): 569-84.

Elias, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspect.* 2004;18(3):41-6,

Minayo MCS. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2002. p.83-107.

Minayo M. C. S. (1999). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a edição, HUBITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro.

Morgan D. Focus Group as qualitative research. 2nd Ed. Sage Publications, 1997.

Morin, E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

Morin, E. Epistemologia da complexidade. In: Schnitman, D.F. (org.) Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas, p.274-286, 1996.

Morin, E. Introdução ao Pensamento Complexo. Porto Alegre: Ed.Sulina, 2007

Morin, E. Sobre la interdisciplinariedad. Disponível em: <www.pensamientocomplejo.com.ar> Acesso em 02 set.2008.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1487-1494.

Shortell SM, Richardson WC. Health program evaluation. St Louis: Mosby; 1978.

Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(3): 439-44.