

Aprender e praticar saúde – reflexões sobre o novo sanitaria

Emílio Telesi Júnior¹

Resumo

A quase unanimidade entre os profissionais de saúde, que afirmam ser prioridade a formação de “novos sanitaristas” ou de profissionais para o complexo campo de atuação na saúde pública brasileira, parece apontar em uma direção que não é a mesma que verificamos na prática, visto que, na realidade, esse profissional desapareceu quase completamente do mercado. No momento em que a Universidade e outras instituições voltadas para a formação em saúde, após anos de silêncio, voltam a pensar sobre a formação do sanitaria, é necessário levantar algumas considerações sobre o tema, que leve em conta uma outra forma pedagógica, um modelo de assistência centrado não na doença, mas no cuidado com o ser humano. Esse modelo deve envolver uma compreensão mais apropriada da subjetividade dos seres em sofrimento, da necessidade de solidariedade e da permanente preocupação com o item central do objetivo terapêutico, favorecendo a reflexão a respeito da apropriação do território local, suas ações cotidianas e compreensão de sua história, seus problemas e as relações que ali se estabelecem entre os distintos grupos sociais, entre os grupos e a comunidade como um todo, e as relações entre esse todo e o mundo que o cerca.

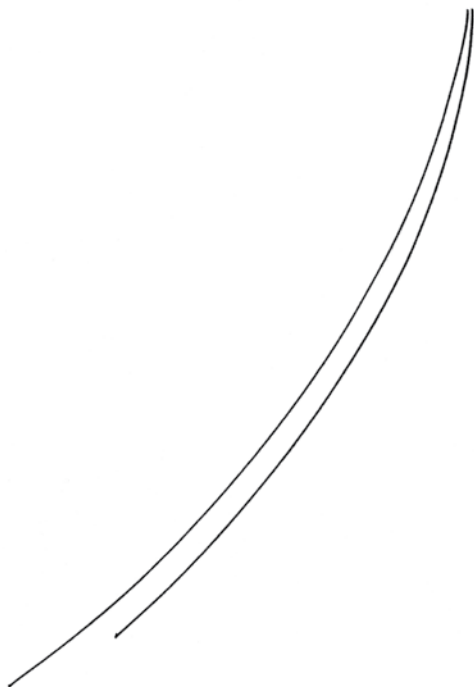
Palavras-chave: Formação sanitária; modelo pedagógico; territorialização

Abstract

The nearly unanimous opinion among the health professionals who affirm having the qualification of “new sanitarians” or professionals as a priority for the complex field of operation within the Brazilian public health, seems to point at a direction different from what we notice in practice, for, in fact, this professional have nearly vanished completely from the market. In the moment the University and other institutions faced to the health qualification, after years of silence, go back to thinking about the sanitarian qualification, it is necessary to investigate certain considerations concerning the theme, which considers another pedagogical approach, a assistance model that is not faced to the disease but to the care with the human being. This model shall comprise a more appropriate understanding of the subjectivity of the suffering beings, the necessity of solidarity and the permanent preoccupation with the central item of the therapeutic goal, favoring the reflection as to the appropriation of the local territory, its daily actions and understanding of its history, its problems and its relations established thereon among the distinct social groups, among the groups and the community as a whole, and the relations between such whole and the world surrounding it.

Key-words: Sanitarian qualification, pedagogical model; territorization

¹ Emílio Telesi Júnior (emiliojr@isaude.sp.gov.br) é médico, especialista em Medicina do Trabalho, Medicina Tropical, Medicina de Saúde Pública e Planejamento em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Medicina Chinesa pela Associação Médica Brasileira, é mestre em Medicina Preventiva e doutor em Serviços de Saúde (USP). Atualmente é Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí, pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e médico do Centro de Saúde Escola da FMUSP. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Cidadania, Modelo de Atenção em Saúde e Planejamento em Saúde.



Em relação há alguns anos, hoje é mais difícil saber quem é e qual o papel do sanitarista, pois nem mesmo sabemos se ainda existem sanitaristas. Entretanto, há quase unanimidade entre os profissionais de saúde que afirmam ser prioridade a formação de “novos sanitaristas” ou, dito de outro modo, de profissionais para o complexo campo de atuação na saúde pública brasileira. Porém, parece que, na realidade, a prática tem sido outra, uma vez que esse profissional desapareceu quase completamente do mercado. Dado que a Universidade e outras instituições voltadas para a formação em saúde, após anos de silêncio, voltam a pensar sobre a formação do sanitarista, ouso levantar algumas considerações sobre o tema.

Para a formação de profissionais em saúde coletiva é necessário pensar uma outra forma pedagógica e também:

“o político-institucional, da formação de recursos humanos para atuação na área biomédica em seus diversos níveis: técnico, administrativo e de planejamento. Deve-se destacar aí a questão da perda progressiva da capacidade de escolas ou faculdades da área de atenção à saúde para formar profissionais aptos para resolver, ou mesmo equacionar problemas de saúde/doença de grande parte da população, sobretudo nos países de grandes desigualdades sociais (...)”⁵ (p.46).

Trata-se de uma preocupação legítima em termos de atenção à saúde coletiva, além de passo necessário,

porquanto é relativamente fácil constatar que tanto o ensino quanto a formação dos alunos nos cursos das ciências da saúde veem o modelo de assistência centrado na doença e não no cuidado com o ser humano³.

Aprender e praticar saúde, como sabemos, envolve uma compreensão mais apropriada da subjetividade dos seres em sofrimento, da necessidade de compreensão, solidariedade e permanente preocupação com o cuidado como o item central do objetivo terapêutico. Trata-se de fato de uma moção necessária, ainda que polêmica, pois a noção de efetividade teria que deslocar-se de uma análise quase que predominantemente quantitativa para uma percepção de qualidade aplicada.

Com muita frequência somos induzidos a pensar sobre a importância de nós, profissionais de saúde, estabelecermos o melhor diálogo com os indivíduos ou comunidades, para que possamos, de modo mais adequado, transmitirmos nossos conhecimentos e ou aptidões, para o que se convencionou chamar, de modo tão revelador, por população-alvo. Alguns autores² entendem ser necessário rever essa postura tradicional, uma vez que costumamos ignorar o diálogo no qual nós estamos inseridos. O autor nos leva a refletir sobre o que efetivamente queremos dizer quando pensamos sobre saúde, para a vida enfim. Sem rever essa posição estaríamos condenados a repetir o equívoco de entender saúde pela negação da doença.

É preciso que hoje adotemos modelos pedagógicos que acolham a subjetividade e optem por uma perspectiva mais antropocêntrica para suas interferências. Seriam, portanto, novos modelos de ensinar e praticar saúde, centrados em sujeitos e não em doenças. Esta seria uma pedagogia da implicação, isto é, identificada com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo:

“Micropolítica que se ocupa da desindividualização, de encontrar os processos de subjetivação que devem ser desfeitos, a fim de buscar o novo, o que está emergindo de forma inédita ou a atualidade. Para a micropolítica interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das identidades (processo de subjetivação capturado pelos instituídos submetidos pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) e a reconfiguração das formas e figuras do ser (perpetuar a força de germinação e gênese do vivo). Efeitos de subjetivação emergem das atividades de educação permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e de sua interpretação emerge como aprendizagem significativa a invenção de si. Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições” (Merhy *apud* Ceccim⁴, p. 176).

Deste ponto de vista, penso que o debate, a comunicação entre distintas correntes a respeito da formação do “novo sanitário”, poderia se constituir em sólido alicerce, fundamental para manter a continuidade da *tensão criativa* entre diferentes concepções a respeito da formação de profissionais para a saúde pública. Essa discussão poderia contribuir para a construção de um novo perfil do profissional da saúde pública, mais apto a enfrentar os desafios e problemas ligados à complexidade da vida moderna. Diante desse deslocamento necessário de olhares na ciência – para dentro e para fora –, precisamos fazer renascer conhecimentos que revelem as ligações, as articulações, a solidariedade, as interdependências, as implicações, e a complexidade em nosso objeto de estudo – a formação do profissional para o campo da saúde coletiva, que possa refletir sua prática sob uma nova luz. Para tanto, há que se construir um novo “fazer pedagógico” que seja ao mesmo tempo apropriação e produção de conhecimentos, que questionem os atuais conceitos, as tecnologias e os aspectos sócio-político-culturais que permeiam a saúde pública.

O primeiro passo de modelo pedagógico, o ponto de partida, pressuponho, é a apropriação do território local, ao refletir a respeito de suas ações cotidianas e buscar compreender sua história, procurando entender seus problemas e as relações que ali se estabelecem entre os distintos grupos sociais, entre os grupos e a comunidade como um todo, e as relações entre esse todo e o mundo que o cerca.

Para que possamos assumir esta recente tendência de trabalho em saúde, é necessária tanto a compreensão do sentido do termo território quanto a apropriação de determinados instrumentais metodológicos voltados para o processo da territorialização em saúde. Para efeito desta abordagem, ficaremos apenas em algumas considerações teóricas.

Se atentarmos para o noticiário da grande imprensa, seja nas rádios, nas televisões ou nos jornais, ou mesmo nas conversas informais com amigos, em casa e no trabalho, notaremos que a discussão contemporânea sobre o tema contempla três grandes tópicos:

A. O primeiro diz respeito à *Cultura*, entendida como um bem a ser preservado para garantir a expressão das potencialidades inatas do ser humano. Nesse caso, a Cultura é definida como espaço (território) que organiza as relações sociais, e que permite à pessoa ser vista enquanto ser social e dotado de afetos. Por preservar as origens e contribuir para a coesão da sociedade, a cultura desnuda as estruturas e as interações sociais. Revela, dessa forma, as nossas origens e aponta para a direção futura. A história permite-nos pensar os efeitos transformadores do tempo, tanto no sentido retrospectivo, quanto no prospectivo. O pensamento histórico leva-nos ao desprendimento do imediatismo do presente e capacita-nos a pensar o que está por vir. Assim, mostra nossa responsabilidade diante do tempo e nos leva a agir considerando as gerações futuras, a coesão da sociedade, os valores socioculturais e a preservação dos recursos do meio. Dessa forma, o espaço da cultura permite-nos compreender a realidade e incita-nos a inventar o futuro com os nossos sonhos. Ao criarmos e recriarmos nossas próprias imagens inventamos novas utopias e mudamos a nós mesmos, para, em seguida, reinventarmos uma nova sociedade. Hoje, depois dos últimos conflitos que vêm abalando toda a humanidade, a cultura mais do que nunca é o valor que revela, preserva e projeta uma nova realidade, que visa garantir os direitos universais e nossa condição de seres humanos.

B. O segundo grande tema da atualidade é o das *Políticas Públicas*. Essas nascem para responder aos problemas, aos conflitos e às contradições que emergem em quaisquer sociedades. Daí advém o conceito de Estado e seu papel de equilibrar e harmonizar a sociedade que o contém. De forma geral, as sociedades estão divididas originariamente entre o desejo dos grandes de comandar e oprimir, e o desejo do povo de não ser comandado e nem oprimido. Assim, o papel do Estado e de seu governante seria legitimado como aliança necessária entre o desejo do povo e a contenção dos poderosos. O sucesso dessa aliança dependeria, principalmente, não do caráter de cada indivíduo, mas, da qualidade das instituições, das políticas públicas e das leis que as regem.

C. O último grande tema da atualidade é o *Território*, onde se expressam as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas. Em geral, define-se o território como o cenário estabelecido por sujeitos sociais em contínuo processo de interação, onde os problemas se confrontam com os serviços prestados e onde as necessidades geram as responsabilidades das autoridades constituídas.

A história contemporânea recoloca a questão do território numa posição central, pois o lugar é cada vez mais artificial e menos natural, fruto das ações do homem sobre os espaços, auxiliados por técnicas e racionalidades. Essa é uma das principais razões para aprendermos a lidar com o território.

O território é fundamentalmente prática, é o ponto de partida, a essência para todo planejamento e mudanças das práticas em saúde. Isto porque, o território não exclui ninguém, pois é onde o ser humano tem sua vivência integrada. Assim, o território inclui a tudo e a todos. É uma perfeita rede de relações mútuas onde todas as coisas e eventos interagem de forma infinitamente complexa.

A perspectiva do território permite-nos repensar as práticas de saúde e a ruptura com as atividades convencionais estabelecidas, pois, o que está em jogo na lógica da construção desta nova Unidade de Trabalho – o território –, é a busca de respostas aos principais problemas que entram em cena. Sob a perspectiva do território, poderemos compreender melhor as aspirações da comunidade, uma vez que o enfoque tende a ser a resolução de problemas. Pode-se ver desde o início que são exigidas ações interdisciplinares, uma vez que

a identificação de problemas gera dados de interesse para múltiplos setores de atuação social. A perspectiva do território, sendo de interesse para a gerência pública como um todo, por tratar da coisa pública, favorece o aprimoramento dos mecanismos de participação social, da democracia direta, da redistribuição dos recursos, e, desta forma, dependendo do grau de envolvimento e desenvolvimento da comunidade, a apropriação do território pode contribuir, inclusive, para a promoção da equidade, uma vez que a aplicação e uso dos recursos públicos devem ser vistos e revistos continuamente.

Profissionais de saúde de diferentes formações, representantes da sociedade civil e de outros setores sociais deverão ser envolvidos no mesmo processo de trabalho, o que terminará por favorecer a abertura do setor saúde às outras áreas de atuação comunitária, e à integração intersetorial. A perspectiva do território está, desse modo, colada às especificidades daquilo que se deseja conhecer, ou seja, as características e determinações singulares do espaço local. Espaço que vai além da mera superfície geográfica, pois inclui perfis demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais e existenciais.

Pensar o território é apreender a totalidade das relações humanas, inclusive aquelas existenciais, que estabelecemos com o nosso próprio eu-interior, uma vez que territórios são configurações que atravessam terras e grupos sociais os mais variados. São, portanto, transversais, transculturais.

Na opinião de Alves¹:

“(...) talvez uma das necessidades mais profundas do ser humano seja o lugar, o espaço. Não apenas o espaço físico, mas também o espaço existencial. Espaço para pensar, falar, ouvir, desejar, ver, sonhar, trabalhar, enfim, espaço de prática de cidadania, lugar de respeito aos direitos sociais, civis e políticos, lugar de identidade de direitos. Esse espaço é parte do corpo, é parte do ser humano. Quando é invadido, o corpo estremece com a fúria que leva à luta ou com o medo que faz fugir. Da mesma forma que muitos animais, porém de outra maneira, nós humanos demarcamos nossos espaços. De outra forma. Nós criamos símbolos. Para o ser humano, o símbolo que marca o espaço/corpo/espaço é o jardim. Quando esse espaço é destruído a sociedade é corrompida. O jardim precisa ser protegido. Fora dos muros que o cercam, há o espaço selvagem, ainda não moldado pelo desejo de vida, de equilíbrio, beleza e estética que mora nos corações dos humanos.

Política pública é a arte de criar e transformar em jardim o espaço selvagem. É a arte da jardinagem do espaço público, imprescindível para que a vida e a convivência humana possam acontecer. Tudo mais é acessório”.

O processo de territorialização em saúde pressupõe, enfim, uma educação permanente em ato, uma vez que, no território, os envolvidos poderão produzir conhecimento, permitir sua reelaboração e criar novas maneiras de aprender e praticar saúde pública. O território propicia a quebra da falta de diálogo existente entre as diferentes categorias profissionais. Hoje, cada um em sua formação de especialista, status, desgaste, espécie de “escravidão contemporânea” e, mais recentemente, influenciado pela terceirização, fica enredado na complexa burocracia do Estado e não consegue vislumbrar o seu papel “no todos nós”, isto é, no campo de atuação da saúde coletiva. Interessante que o território é ponto de partida e também ponto de chegada, pois uma hora temos que mostrá-lo, sem nunca estar pronto. Mostrar o inacabado, o desigual, o imperfeito. Por isso mesmo, sempre um processo em construção e reconstrução, de nossas práticas, de nossos saberes.

Referências

1. Alves R. Senhoras prefeitas, senhores prefeitos. Folha de São Paulo 2001 Janeiro 01; p. A3.
2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc saúde coletiva 2001; 6(1): p. 63-72.
3. Canesqui AM. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP; 2000.
4. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface comun saúde educ. 2004 Set/2005 Fev; 9(16): p. 161-77.
5. Luz TM. Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2003.