



Os matizes do cuidado nas políticas públicas de saúde brasileira

Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi
Grupo de Pesquisa Ética e Cuidado em Saúde Mental
Campo Grande, MS - Brasil
rosa.nantes@hotmail.com

Gillianno J. M. Castro

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi
Grupo de Pesquisa Ética e Cuidado em Saúde Mental
Campo Grande, MS - Brasil
gillianno@gmail.com

Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem
Grupo de Pesquisa Ética e Cuidado em Saúde Mental
Campo Grande, MS - Brasil
zaleski.msi@terra.com.br

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1090>

DOI : 10.25965/trahs.1090

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

O tema do cuidado no âmbito das políticas públicas de saúde não toca apenas a dimensão político-institucional, mas tem impacto direto e performático no cotidiano das pessoas, de forma constante, durante o ciclo de vida. Com este estudo bibliográfico com caráter exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, buscamos compreender, analisar e discutir os diferentes matizes e racionalidades do cuidado e como essa categoria emerge nos documentos das políticas públicas de saúde, a fim de clarificar como o Estado brasileiro se apropria, ou não, dessa temática na prestação de serviços públicos de saúde. Os resultados mostram que o cuidado assegurado pelo Sistema Único de Saúde, considerado modelo em razão do seu caráter singular e democrático, por garantir acesso universal e igualitário a todos os brasileiros, vem sendo desenvolvido de forma gradual, buscando-se inclusão e homogeneidade nas ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde e de seu fundamento, que é a vida. Nota-se, porém, um descompasso entre princípios inspiradores da política, bem como uma assimetria entre as práticas de cuidado, ocorrendo um desgaste não só do sistema de saúde, mas dos operadores do cuidado, bem como, da população atendida, sendo necessário repensar o cuidado focado no âmbito de um sistema de apoio que seja dignamente possível e viável a todos.

Palavras-chave: cuidado, práticas de cuidado, Políticas Públicas de Saúde.

La thématique de la prise en charge, dans le contexte des politiques publiques de la Santé, touche non seulement la dimension politico-institutionnelle mais elle a également un impact direct et durable sur la vie des gens. Il s'agit, ici, d'une étude bibliographique exploratoire et descriptive d'approche qualitative où les auteurs veulent comprendre,

analyser et discuter certaines pratiques de la prise en charge et voir comment elles apparaissent dans les documents ayant trait aux politiques de santé publique afin de montrer l'engagement, ou pas, de l'État brésilien dans la gestion du service public de santé. Les résultats prouvent que les soins prodigués à travers le Système de Santé Unique (SUS), considéré comme un modèle en raison de son caractère singulier et démocratique, parce qu'il garantit un accès à tous les Brésiliens, de façon égale, continue progressivement à se développer tout en l'inclusion et homogénéité des actions de prévention, de promotion et de maintien de la santé et de son fondement, la vie. On remarque, cependant, un écart entre les principes qui ont inspiré cette politique ou plutôt une asymétrie entre les pratiques de prise en charge qui débouchent sur un essoufflement du système de santé, des acteurs de la prise en charge ainsi que de la population qui en bénéficie, ce qui nous amène à vouloir repenser ce système pour qu'il soit finalement accessible à tous de façon digne et viable.

Mots-clés : soins, pratiques de prise en charge, politiques publiques de santé

El tema del cuidado en el ámbito de las políticas públicas de salud, no discute sólo a la dimensión político-institucional, pero tiene impacto directo y performático en el cotidiano de las personas, de forma constante, durante el ciclo de vida. Se trata de un estudio bibliográfico con carácter exploratorio-descriptivo de abordaje cualitativo, donde pretendemos comprender, analizar y discutir los diferentes matices y racionalidades del cuidado y cómo esa categoría emerge dentro de los documentos de las políticas públicas de salud, a fin de clarificar cómo el Estado brasileño se apropia o no de esa temática, en la prestación de servicios públicos de salud. Los resultados demuestran que el cuidado asegurado dentro del Sistema Único de Salud (SUS), considerado modelo en razón de su carácter singular y democrático, por garantizar el acceso universal e igualitario a todos los brasileños, viene siendo desarrollado de forma gradual, buscando la inclusión y la homogeneidad de las acciones de prevención, promoción y mantenimiento de la salud y de su fundamento, que es la vida. Sin embargo, es posible notar un desajuste entre principios los inspiradores de la política, además de una asimetría entre las prácticas de cuidado, ocurriendo un desgaste no sólo del sistema de salud, sino de los operadores del cuidado, así como de la población atendida, siendo necesario repensar el cuidado enfocado en un sistema de apoyo que sea dignamente posible y viable a todos.

Palabras clave: cuidado, prácticas de cuidado, Políticas Públicas de Salud

The issue of care in the context of Public Health Policies, not only touches on the political-institutional dimension, but has a direct and performative impact on the daily lives of people, constantly, throughout the life cycle. This is an exploratory-descriptive bibliographic study of a qualitative approach, where we intend to understand, analyze and discuss the different nuances and rationalities of care and how this category emerges within the public health policy documents, in order to clarify how the Brazilian State appropriates this subject or not, in the provision of public health services. The results show that the care provided within the Unified Health System (SUS), considered a model due to its unique and democratic character, to guarantee universal and equal access to all Brazilians, has been developed gradually, seeking the inclusion and the homogeneity of the actions of prevention, promotion and maintenance of health and its foundation, which is life, however, it is possible to note a mismatch between principles inspiring politics, and an asymmetry between care practices, occurring not only of the health system, but also of the caregivers, as well as the population served, and it is necessary to rethink the care focused on a support system that is worthily and feasible for all.

Keywords: care, care practices, public health

Introdução

Abordar o tema do cuidado no âmbito das políticas públicas envolve compreender que a reflexão sobre os processos de institucionalização e regulação de uma prática de cuidado coletiva, expressa sob a forma de política pública de saúde, não toca apenas a dimensão político-institucional, mas tem impacto direto e performático no cotidiano das pessoas, de forma constante, durante o ciclo de vida. Muito mais que instituições e procedimentos de cuidado, o ambiente no qual se cuida e se é cuidado é o mundo da vida no conjunto de implicações, vinculações e possibilidades.

Contudo, cabe perguntar: Como opera o cuidado expresso por meio de políticas de regulação e manutenção da vida da população – e particularmente, a população brasileira? É esta a pergunta que norteará este estudo que pretende abordar quais são os matizes que o cuidado e suas práticas vêm adquirindo nas políticas públicas de saúde.

O cuidado em saúde vem atualmente sendo associado à perspectiva de dedicar atenção ou dirigir intervenções ao indivíduo ou grupo, de maneira a envolver um conjunto de ações e comportamentos tecnicamente orientados para o bom êxito de determinado tratamento. Tal perspectiva, se observada profundamente, parece orientar-se por uma lógica de caráter weberiano que afirma uma racionalidade meios-fins na qual o produto está focado na performance ou em outras palavras, na eficiência e eficácia dos processos e métodos de intervenção.

Nos últimos anos, as modulações do cuidado em saúde estão sendo pensadas dentro de uma perspectiva biopsicossocial, que tem como critério regulador a produção de vida e de saúde. Tais modulações têm passado por contínua reconstrução das práticas, intentando cada vez mais que os indivíduos ou populações que vivenciam os efeitos da implantação dessa política possam buscar e construir novos horizontes de significação a respeito de si, do outro e do mundo. Tal fato tem como efeito a ressignificação do que compreendemos por saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, buscando garantir um espaço relacional para além do saber-fazer científico/tecnológico (Cruz, 2009; Pereira, Barros & Augusto, 2011).

Não raro, é possível depararmos com formas de não cuidado, seja em relação à própria pessoa ou ao outro, situações estas que podem influenciar a capacidade dos serviços públicos de saúde de responder adequadamente às demandas individuais e coletivas que lhes são dirigidas, gerando sentimentos de insatisfação, insegurança, impotência e menos-valia, que acabam por interferir também na produção de saúde (Ayres, 2017; Rodrigues, Lima & Roncalli, 2008).

Cuidar em saúde significa ir além da construção de um objeto. As práticas de cuidado, pensadas como processo de promoção, manutenção e prevenção da saúde e da vida devem estar estruturadas sob uma racionalidade e uma praxeologia com foco tanto em processos institucionais (como a quantidade de unidades em relação a uma demanda populacional, muitas vezes alicerçado em resposta a um perfil geográfico ou territorial) quanto em habilidades relacionais (como a capacidade de acolher, dialogar, refletir criticamente, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar, em prol da emancipação da pessoa).

Nesse aspecto, há aqui uma pretensão de construção de uma realidade e de um paradigma antropológico que pressupõe que cada pessoa é um projeto a ser construído em um contexto chamado mundo da vida, que possui uma dimensão individual e outra coletiva que condicionam as experiências vitais de construir-se de maneira saudável ou não.

Não obstante, apesar da busca de mudança de paradigma no contexto da Saúde, que lida tão próxima e cotidianamente com a vida, ainda é perceptível que no contexto atual, marcado por assimetrias de longa data, pensar o cuidado também dando voz a perspectivas subjetivas negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas (Ayres, 2017).

Este estudo volta os olhos ao cuidado em saúde, buscando compreender seus diferentes matizes e racionalidades, pretendendo analisar e discutir como essa categoria emerge em

documentos das políticas públicas de saúde, a fim de, clarificar como o Estado se apropria ou não dessa temática na prestação de serviços públicos de saúde.

Para tanto, consideraremos o conceito de cuidado à saúde sob três aspectos: 1.º) *como prática objetiva por meio de ações*, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletividades a partir de encontros e relações entre pessoas, conforme necessidades e oferecimentos, atravessadas pelas dimensões *tecnocientíficas*, prática essa validada não só pela comprovação científica, mas pela eficácia nas intervenções e procedimentos aplicados; 2.º) sob o aspecto *subjetivo-relacional*, em que a compreensão do cuidado se desenvolve num tempo contínuo, onde o saber profissional aliado à tecnologia necessária abre espaço à negociação e inclusão do saber, do afeto e das necessidades do outro; 3.º) sob o aspecto *sociopolítico*, que visa transformações estruturais na organização social, de modo a ampliar o grau de autonomia das pessoas e o exercício da cidadania (Cruz, 2009).

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com análise de leis, decretos, portarias e manuais que estabelecem e implementam as políticas públicas em saúde vigentes no Brasil. Também se utilizaram artigos indexados nas bases de dados eletrônicas SciELO, LILACS e Medline, utilizando os descritores ‘atenção em saúde’, ‘cuidado’ e ‘política pública’. Cabe ressaltar que será também analisada a Constituição Federal da República do Brasil.

O Cuidado e as Políticas Públicas em Saúde

Ao pensarmos em política pública em saúde e cuidado no Brasil, cabe ter em mente que as ações e os serviços de saúde passaram por modificações ao longo de sua história, do período colonial ao presente. Um recorte temporal revela períodos no início do século XX caracterizados por total ausência de ações voltadas à saúde da população e pela ocorrência de surtos epidêmicos, mas também pela realização de campanhas sanitárias e de alguns programas especiais que incluíam o tratamento da tuberculose, da hanseníase e de problemas materno-infantis, entre outros (Paim, 2003).

Nessa trajetória, a atuação do Estado brasileiro esteve voltada a aspectos econômico-desenvolvimentistas, enquanto o cuidado dispensado à população nas ações da saúde pública permanecia em segundo plano. Em razão das grandes epidemias, buscou-se uma saúde focada no sanitarismo, sendo o modelo adotado o campanhista, voltado a reduzir doenças endêmicas e epidêmicas por meio de campanhas de âmbito nacional. Dispôs-se também de uma assistência médica nos moldes previdenciários, em que se obrigava os usuários a comprar serviços de profissionais liberais (Mendes, Garcia, Oliveira & Fernandes, 2011; Paim, 2003).

As políticas públicas de saúde no país evoluíram segundo as necessidades de cada época, marcando-se por um processo de esgotamento econômico e crise política. No final da década de 1970 incrementaram-se os questionamentos sobre a política social governamental, em especial quanto aos efeitos do modelo de desenvolvimento sobre a saúde da população. Configurou-se assim um movimento pela redemocratização da saúde, ou movimento pela reforma sanitária (Mendes et al., 2011).

Pensado como processo de transformações modernizador e democratizante, esse movimento foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde, articulado a um movimento popular, promovendo amplo debate na busca de respostas aos dilemas e mazelas do sistema de saúde então vigente, na perspectiva de sua reversão (Mendes et al., 2011; Paim, 2003).

Em 1978, na Conferência Mundial de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata, aprovou-se a proposta de priorização e expansão da atenção primária em saúde, coincidindo com a necessidade interna do Brasil em ampliar as ações de atenção médica de baixo custo para as populações menos favorecidas das periferias urbanas e

zonas rurais. Assim, buscou-se no país remodelar a atenção à saúde colocando-a em destaque na agenda política nacional (Paim, 2003).

Foi a partir de 1986, no entanto, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada ponto de inflexão na construção do sistema de saúde brasileiro, que foram enunciados definitivamente os princípios e diretrizes que deveriam nortear a remodelação desse sistema, que foi redenominado Sistema Único de Saúde (SUS). Tais princípios passariam a integrar a nova Constituição Federal, de 1988.

A partir de então, o Brasil passou a empreender mudanças no modelo de saúde público, promovendo uma travessia desde o antigo modelo de seguro social (modelo médico-assistencial privatista), que excluía a maioria da população, pois beneficiava apenas os trabalhadores com registro em carteira de trabalho e que contribuíssem para a Previdência Social, para um modelo de seguridade social, que garantiu acesso aos serviços de saúde independentemente de qualquer tipo de contribuição. Também patrocinou-se a inversão do modelo curativo de assistência para outro que privilegia a promoção, prevenção, atenção integral, individual e coletiva, das ações e serviços de saúde (Mendes et al., 2011; Rolim, Cruz & Sampaio, 2013).

A criação do SUS permitiu ampliar o olhar para a coletividade, de modo que seus princípios e diretrizes fossem compreendidos a partir de uma perspectiva histórico-epistemológica, constituindo-se como fruto de um longo processo político, que hoje expressa as concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão e relações entre os entes federados do país, a fim de assegurar o pleno exercício do direito fundamental à saúde (Matta, 2007; Rolin et al., 2013).

No que tange ao cuidado em saúde, observa-se que a Constituição Federal está inspirada pelo cuidado com o ser humano. Seu preâmbulo já enuncia que sua finalidade é assegurar “. . .o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.” (Brasil, 1988).

A carta magna brasileira prioriza a dignidade da pessoa, a liberdade, a igualdade, a segurança, a proteção, a assistência e a inviolabilidade do direito à vida, a qual se pode descrever como um bem maior, pois sem ela não há existência. O direito à saúde está, em suma, imbricado no direito à vida.

A base constitucional do SUS encontra-se expressa no título VIII da Ordem Social, capítulo II da Constituição, que o integra conceitualmente à denominação de Seguridade Social, estabelecendo as regras fundamentais do conjunto de atuações de incumbência dos poderes públicos e da sociedade, com o comprometimento em assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, estabelecendo nos artigos 196 a 200, os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1988).

A lei federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou as disposições constitucionais, reafirmando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado assegurar as condições necessárias a seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Com isto, deu efetividade jurídica ao SUS, abrangendo o “. . .conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (Brasil, 1990).

O SUS está amparado por um conceito ampliado de saúde, que inclui condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, com vistas a garantir acesso integral, universal e gratuito a toda população do país, ancorado nos princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema – *universalidade, equidade e integralidade* – e organizado por diretrizes – hierarquização, regionalização, descentralização e participação popular – que detalham tanto a organização como o funcionamento do sistema, buscando direcionar todas as políticas e ações que tratam de saúde no país (Brasil, 1990).

Dos princípios e diretrizes estabelecidos no artigo sétimo da legislação que rege o sistema de saúde brasileiro, o primeiro focalizado é o princípio da universalidade, que pressupõe o acesso universal a qualquer pessoa em território brasileiro, eliminando barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais e independentemente de qualquer tipo de contribuição financeira, nos mais diversos níveis de complexidade.

O princípio da integralidade contempla um conjunto de ações de promoção, de prevenção de riscos, agravos e doença, de assistência do cuidado e da recuperação da saúde, de forma integrada aos diversos níveis de atenção, tanto individual quanto coletivamente.

A integralidade não diz respeito somente à assistência das ações de saúde, mas, na perspectiva da totalidade do ser humano, entende-se que as práticas de atenção à saúde voltadas a atender as necessidades do ser humano não alcançarão resultados impactantes se forem realizadas de forma fragmentada, sendo necessário, portanto, perceber o indivíduo de forma integral (Silva, 2015).

A equidade envolve o dever de garantir as ações e serviços com igualdade de oportunidades, conforme a necessidade de cada pessoa.

Quanto a seus princípios organizativos, verifica-se preocupação com o cuidado em termos de hierarquização e regionalização, bem como de descentralização e participação popular. Ao buscar hierarquizar, as ações são desenvolvidas em níveis crescentes de complexidade, procurando-se garantir acesso aos serviços requeridos em cada caso, dentro de uma área geográfica delimitada, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida (Brasil, 1990).

A descentralização visa a redistribuição de poder e responsabilidade nas três esferas de governo, com vistas à prestação de serviços com qualidade e garantindo controle e fiscalização pelos cidadãos.

Regulamentando a participação popular no âmbito do SUS, a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define os conselhos de saúde (federal, estadual e municipal) como órgãos de controle social, de caráter deliberativo, responsáveis pela formulação de estratégias, controle e avaliação da execução política de saúde no país. O cuidado está implícito quando torna a população responsável pelas ações de saúde a serem dispensadas a todos.

Cabe ressaltar que, mesmo amparada legalmente, a participação dos cidadãos nas principais decisões sobre as políticas públicas de saúde não está ainda efetivada em sua plenitude. Contribuem para isto a desinformação e a presença de interesses múltiplos para que a população não saiba que tem direitos e que pode exigí-los, sendo necessário instituir e proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social (Rolin et al., 2013).

Analisaremos agora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela portaria 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no país.

A atenção básica, considerada porta preferencial de acesso ao SUS, incide sobre um território adstrito, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral por meio de práticas de cuidado longitudinal nos diversos ciclos de vida, de forma individual e coletiva, fundamentando-se na promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, privilegiando a relação direta com as pessoas, o acolhimento humanizado e o respeito à autonomia e às singularidades socioeconômicas e culturais de cada um (Brasil, 2017).

Ao analisarmos como o tema do cuidado emerge na PNAB, constata-se que a atenção básica é ali considerada “porta de entrada” do sistema, o que sinaliza um ato de cuidado, ao anunciar à população que esta tem garantia de acesso, que será acolhida e que os serviços estarão disponíveis quando se fizerem necessários, conforme o grau de complexidade requerido a cada caso.

No entanto, o cotidiano difere do que está expresso na política de saúde, pois apesar da existência de uma porta de acesso por meio da atenção básica, há interposição de diversas

barreiras ao acesso aos serviços, tais como o não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos, que são frequentes e refletem a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde (Gawryszewski, 2012).

Não obstante, o que pode isso nos dizer com relação às racionalidades operantes? Ao observarmos a história ou o processo de construção da política pública de saúde no Brasil, nota-se o pressuposto da inclusão e da homogeneidade. A criação do SUS não diz respeito apenas a uma estratégia inclusiva para a população, e particularmente para as minorias vulneráveis, mas também aponta um princípio homogeneizador que remete a uma identidade nacional, ou seja, um único povo, um único sistema de saúde – logo, uma única saúde ou modelo de saúde para todos.

Com a criação da atenção básica, outro aspecto se torna digno de nota, pois esta parece, em seus princípios, replicar aquilo que Hinkelammert (1996) chama de racionalidade reprodutiva da vida, isto é, uma racionalidade que busca garantir “. . . as condições de possibilidade da vida humana.” (p. 22), para que se possam manter e desenvolver as estruturas fundamentais de autossustentação e regulação.

O fato de o cotidiano dessas práticas apontar para outra realidade parece revelar que aquilo que na concepção se aproxima de uma lógica da reprodutibilidade da vida assume, na prática, a linearidade de uma lógica meios-fins, de modo tal que as práticas de cuidado e de manutenção e promoção da saúde da população acabam sendo tomadas como finalidades a alcançar.

A saúde e a vida de uma pessoa ou população não constituem um fim que se possa garantir pelo cálculo procedimental controlado dos meios, pois, se assim fosse, tal fim que ser comparável a outros, sejam eles parciais ou não. Quando, por exemplo, um doente precisa de uma cirurgia cardíaca para sobreviver, a opção “não fazer a cirurgia” não se torna possível: a ausência de cirurgia se traduzirá em ausência de vida. Portanto, a única opção é realizar a cirurgia e afirmar a vida. O cuidado em saúde é uma das estratégias para se conseguir isso. A estratégia não é um fim em si, mas a possibilidade mesma que garante que os fins ou finalidades sejam alcançados.

Quando as práticas de cuidado oriundas da política pública de saúde se baseiam em uma racionalidade meios-fim, o resultado que se observa não é a reprodução e afirmação de estados de saúde. Em vez disso, a situação que se observa é, valendo-nos de uma metáfora, a de uma pessoa sobre uma escada serrando com um serrote afiado o degrau que a sustenta. Serrar de maneira eficiente e eficaz representa nessa imagem a racionalidade meios-fins, operando em contextos nos quais a lógica da reprodutibilidade e afirmação da vida são condicionados por processos de produção ou satisfação das necessidades que garantem as condições de possibilidade da vida humana.

Outro fator analisado versa sobre a necessidade de que o campo de atuação ocupe espaço adstrito, com população quantificável. Acreditamos ser esse um elemento facilitador no desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre os membros da comunidade e os profissionais de saúde, para o desempenho de suas atividades.

O respeito a autonomia e às singularidades das pessoas é outra demonstração de cuidado, assim como a resolutividade, com vistas a coordenar o cuidado, acompanhando, organizando e reconhecendo as necessidades de saúde da população do território de atuação.

Neste aspecto, o cuidado longitudinal pressupõe a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde ao longo do tempo e de modo contínuo, buscando favorecer o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construindo um potencial terapêutico. A construção desse vínculo visa evitar a perda de referências e minimizar riscos iatrogênicos decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Ao estabelecer-se vínculo e responsabilização pelo outro, torna-se possível verificar o cuidado operando, pois este deve estar presente em todos os aspectos da vida, em um

movimento em direção a algo ou a alguém que é motivo de interesse ou preocupação, privilegiando a escuta, o acolhimento, o diálogo e a negociação em todos os aspectos de sociabilidade humana, para promoção e gestão de um cuidado que respeite o ser humano em todas as suas condições e fragilidades (Waldow, 2008; Deslandes, 2005). Esse parece ser um caminho para a construção de uma racionalidade do cuidado capaz de promover a vida e a saúde.

Quando o profissional da saúde pretende relacionar-se com o *Outro* a partir de uma lógica procedimental, dá-se conta de que não compreende outrem. É a própria responsabilidade pelo *Outro* e pelos *Outros* que exige o movimento do profissional da saúde, a sensibilidade do face a face para a objetividade e universalidade. É na relação com o *Outro* que o profissional da saúde percebe a infinitude presente na proximidade, nota que no plano de uma estratégia procedimental de manutenção de condições meios da saúde e da vida não há respostas prontas que se encaixam em um rosto. Ter consciência disso é já encontrar-se a serviço de outrem, é saber que, como profissional da saúde, utilizará conhecimentos universais para garantir que a vida do outro seja possível (Lévinas, 2004).

Desta feita, conforme salienta Lévinas (2004) devemos buscar incessantemente a integração com o exercício da alteridade; na relação pessoal do “eu com o outro”, frente a um acontecimento ético condizente com a responsabilidade, misericórdia, generosidade; percebendo as diferenças entre as pessoas, enxergando no “rosto do outro” nossa própria condição humana, promovendo a inversão do valor do “em-si e do para si”, do “cada um por si”, em um eu ético, em prioridade do “para-outro”, como uma responsabilidade “irrecusável e incessável” pelo outro, livre de segregação, exclusão preconceitos, reconhecendo “o outro” como sujeito de direitos iguais aos nossos.

No entanto, considerando-se o atual estágio de desenvolvimento da humanidade, sob o jugo de uma economia de mercado, entendemos que as pessoas estão sendo cada vez mais reduzidas a meros meios para se alcançar determinados fins. Tal fenômeno reflete-se nas práticas cotidianas nos serviços de saúde, que vêm enfrentando uma série de conflitos relacionados ao cuidado, apontando a necessidade de uma reconfiguração nas propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde (Ayres, 2017; Silva, 2015).

Há uma transformação da agir ético a partir do critério de consumo, que paulatinamente vem ganhando força nas práticas de saúde. Muitas vezes é possível observar que no âmbito da práxis, a política pública de saúde passa de uma prática de promoção e manutenção da vida para uma prática de promoção e manutenção de uma máquina de saúde, ou de uma instituição econômica-política que operacionaliza a saúde.

Tal perspectiva pode ser observada sob vários aspectos, tais como a influência da indústria farmacêutica no processo de decisão do uso de determinado medicamento prescrito aos pacientes; a indústria das cirurgias; o aumento vertiginoso da terceirização da saúde, por meio dos planos de saúde privados e convênios.

Tais atitudes são confirmadas por pesquisas que apontam conduta inadequada dos profissionais, demoras no atendimento, descompromisso ético com a vida e baixa efetividade nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, gerando insatisfação e insegurança. A prática de um cuidado marcado pelo desprezo à vida contribui para uma expressão inconstitutiva do cuidado, sendo eminente um processo de trabalho marcado por uma prática humanizada e ética, vinculada ao exercício da cidadania e valorização da pessoa, pois, à medida que destituímos o ser que é cuidado de suas experiências subjetivas, negamos seu próprio viver e saber (Lima, Arcieri, Garbin, Moimaz; & Saliba, 2014; Rodrigues et al., 2008; Silva, 2015).

Diante do descuido e da desumanização das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS, e considerando a necessidade de assegurar cuidado digno à condição humana, o Ministério da Saúde, em 2003, elevou a humanização da saúde ao *status* de política pública, instituindo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), objetivando tornar as práticas de atenção e gestão mais humanizadas e comprometidas com a defesa da vida (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Humanização está fundamentada em três princípios estruturantes: a *transversalidade*, que pressupõe o reconhecimento e integração das diferentes especialidades e práticas de saúde de forma corresponsável entre os sujeitos e serviços; a *indissociabilidade*, que considera existir uma relação entre atenção e gestão, onde a tomada de decisões deve levar em conta as reais aspirações de todos os agentes envolvidos; e o *protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos*, que são construídos de forma concreta com a ampliação da autonomia e da vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades e atuam na produção de saúde (Brasil, 2010).

Se a humanização é uma característica do ser humano, por que foi necessário instituir uma política pública para “humanizar o humano”? Conforme revela Waldow (2008), a humanização deve estar presente em todos os aspectos da vida, pois o ato de cuidar humaniza o ser (o humano). Pressupõe movimento em direção a algo ou a alguém, que é motivo de preocupação, compartilhamento, respeito, confiança e interesse, bem como de atenção pelo outro e para o outro.

Pensar no *Outro* é pensar em um acontecimento ético, é experimentar o recebimento do *Outro* em mim, é ser capaz de desdobrar-se em direção ao *Outro*, de não tematizá-lo em meu mundo, mas sim compartilhar meu mundo com o *Outro*. Isto é doação, é o primeiro gesto ético. Isto é cuidado (Costa, 2000).

Nos princípios da PNH, vislumbra-se a necessidade de ponderar sobre o caráter relacional do cuidado, que exige sempre a presença de um cuidador (eu) e de quem precisa desse cuidado e o recebe (*Outro*), e perceber o *Outro* é uma atitude profundamente humana; ou seja, é ser para o *Outro*.

Nesta ótica, é possível observar o cuidado dentro dos eixos temáticos da PNH, quando se constata a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); na formação dos profissionais e estímulo da autonomia e do protagonismo; no aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão e na identificação das necessidades sociais de saúde.

Embora se constatem os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, permanecem lacunas assistenciais, sendo necessário superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, ainda fundamentado e naturalizado com maior ênfase nas questões biológicas e técnicas, que fortalecem o modelo biomédico em detrimento do cuidado em sua dimensão social e humana, que mais se ajusta aos princípios norteadores do SUS. Somam-se a esse quadro o financiamento público insuficiente e a carência de profissionais especializados e alinhados com o propósito da política pública (Brasil 2010; Mendes et al., 2011).

Nessa perspectiva, pensar e concretizar o SUS requer considerá-lo um projeto coletivo para o Brasil. Embora opere formalmente em quase todo o país e seus princípios e diretrizes tenham sido reconhecidos e elogiados oficialmente, o SUS, já em sua maioria, enfrenta dificuldades para sua plena implantação, estando ainda muito aquém de atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Seu reconhecimento legal e seus embates diários nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação são, não entanto, uma motivação permanente para fazer valer a luta histórica pelo direito à saúde (Matta, 2007).

São inúmeros os interesses econômicos, políticos e culturais que estão em jogo na arena sociopolítica brasileira que colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, impedindo muitas vezes o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais, favorecendo, em vez disso, sistemas públicos de saúde simplificados, insuficientes e precarizados.

O modelo democrático proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e

a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra hegemonia. Sendo assim, a consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário, da superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil e na construção de um modelo de Estado que se responsabilize por políticas sociais que possam convergir e potencializar o ideário da Reforma Sanitária brasileira (Matta, 2007)

Já passado 25 anos da criação do SUS, existe uma dívida histórica com os trabalhadores que construíram o SUS, submetidos à precarização do trabalho e a terceirizações. Ocorre ainda, um discurso imposto por ideários neoliberais de crise na saúde que a escamoteia. Portanto, ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (Mendes et al., 2011)

O SUS é uma obra-prima inacabada, dependente ainda de seus ideais originais de luta e ideologia, desse modo é necessário ocorrer mudanças na política e nos processos de gestão direcionadas para as finalidades do sistema, visando proporcionar atenção de qualidade buscando responder de modo oportuno os anseios, os problemas e as necessidades de saúde da população.

Desse modo, devemos nos manter vigilantes para assegurar que o SUS – sistema público de saúde considerado modelo em razão do seu caráter singular e democrático, por garantir acesso universal e igualitário de todos os brasileiros às ações e serviços de saúde pública – possa superar os desafios e obter êxitos. Para tanto, é necessário, porém a participação da sociedade como um todo.

Considerações Finais

Este estudo buscou desenvolver uma reflexão sobre as categorias e expressões do cuidado presentes na política pública de saúde brasileira. De tal reflexão emergiram pontos merecedores de atenção.

O primeiro é de que o cuidado como uma política de Estado em saúde vem sendo desenvolvido como um processo gradual que visa cada vez mais a inclusão e a homogeneidade dos processos a toda a população. O direito a saúde remete a uma lógica de visão de mundo que tem no critério de prevenção, promoção e manutenção da saúde e do seu fundamento, que é a vida o seu ponto de ancoragem. Também se pôde notar é que essa intencionalidade inclusiva e homogênea que busca assegurar uma racionalidade reprodutiva da vida parece estar sendo expressa e decantada em práticas de performance e de eficácia dentro de uma racionalidade meios-fins, que tem produzido não apenas o descompasso entre as intuições originais, ou princípios inspiradores da política, mas também um desgaste, não só das instituições promotoras de saúde, mas, principalmente, dos operadores do cuidado, bem como da população atendida.

Disso decorre o segundo ponto, que pode ser pensado a partir do fato da criação da Atenção Básica em Saúde como uma das estratégias de reforço da racionalidade reprodutiva da vida, na qual as necessidades básicas da população também se tornam espaço para a discussão sobre o cuidado e sobre a saúde. No entanto, pode-se notar que ainda há um deslocamento e, em alguns casos, uma assimetria entre as práticas de cuidado e o seu entorno. Faz-se necessário implementar a perspectiva de se pensar o cuidado, a saúde e, em última análise, a vida como fenômenos que se dão no âmbito de uma complexidade sistêmica chamada mundo da vida, em que os elementos contextuais muitas vezes exercem influência marcante nos processos de construção da saúde e da vida de determinada população.

O cuidado expresso na política pública de saúde, muito mais que um conjunto de reguladores de práticas, expressa um modo de vida e de manutenção da vida, no qual todas as partes interessadas, sejam elas pessoas atendidas, operadores de cuidado ou instituições, estão situam-se são afetadas por um horizonte de vida que, mais que

promover atendimentos ou cumprir metas protocolares, visa criar uma rede de apoio em que a vida de todos seja dignamente possível e viável.

Referências

- Ayres, J. R. de C. M. (2017). “Cuidado: Trabalho, Interação e Saber nas Práticas de Saúde”. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (1). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>
- Brasil, & Assembléia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988).
- Brasil, & Presidência da República. (1990). “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, Pub. L. No. 8.080. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
- Brasil, & Presidência da República. (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”, Pub. L. No. 8.142. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm
- Brazil (Org.). (2010). *Cadernos HumanizaSUS* (1aª edição, 1aª reimpressão). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, & Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (2017). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Costa, M. L. (2000). *Lévinas: Uma Introdução*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Cruz, M. C. C. (2009). O Conceito de Cuidado à Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Recuperado de <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10398>
- Deslandes, S. F. (2005). “O Projeto Ético-político da Humanização: Conceitos, Métodos e Identidade”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 401–403. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200017>
- Gawryszewski, A. R. B., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. T. (2012). “Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 119–140. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>
- Hinkelammert, F. (1996). *El Mapa del Emperador: Determianismo, caos, sujeto*. San José, Costa Rica: Editorial DEI. Recuperado de <https://www.google.com.br/search?q=Hinkelammert%2C+F.+%281996%29+El+mapa+del+emperador%3A+Determianismo%2C+caos%2C+sujeto.+San+Jos%C3%A9+Editoria+DEI&oq=Hinkelammert%2C+F.+%281996%29+El+mapa+del+emperador%3A+Determianismo%2C+caos%2C+sujeto.+San+Jos%C3%A9+Editoria+DEI&aqs=chrome..69i57j796j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Lévinas, E. (2004). *Entre Nós: Ensaio sobre a alteridade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. Recuperado de <https://olimpiadadefilosofiasp.files.wordpress.com/2012/03/entre-nos-ensaios-sobre-a-alteridade-emmanuel-levinas.pdf>
- Lima, T. J. V. de, Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S., & Saliba, O. (2014). “Humanização na Atenção Básica de Saúde na Percepção de Idosos”. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 265–276. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100021>
- Matta, G. C. (2007). *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. (A. L. de M. Pontes & Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Orgs.). Rio de Janeiro, Brazil: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

- Mendes, J. M. R., Garcia, M. L. T., Oliveira, E. F. dos A., & Fernandes, R. M. C. (2011). “Gestão na Saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS”. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10 (2), 331–344.
- Paim, J. S. (2003). “Políticas de Saúde no Brasil”. In M. Z. Rouquayrol & N. de A. Filho, *Epidemiologia & Saúde* (6º ed, p. 587–603). Rio de Janeiro, Brazil: MEDSI.
- Pereira, T. T. S. O., Barros, M. N. dos S., & Augusto, M. C. N. de A. (2011). “O Cuidado em Saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco”, 9(17), 523–536.
- Rodrigues, M. P., Lima, K. C. de, & Roncalli, A. G. (2008). “A Representação Social do Cuidado no Programa Saúde da Família na Cidade de Natal”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 71–82. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012>
- Rolim, L. B., Cruz, R. de S. B. L. C., & Sampaio, K. J. A. de J. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, 37(96), 139–147. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>
- Silva, F. C. S. (2015). “Princípio da Integralidade e os Desafios de sua Aplicação em Saúde Coletiva”. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, vol. 7, n.4 | jan – dez. - Pesquisa Google.7(4), 94–106.
- Waldow, V. R. (2008). “Atualização do cuidar”. *Aquichan*, 8 (1) 85–96.