



EDITORIAL

As invasões bárbaras do Brasil e do Canadá (Quebec): Sistema Público de Saúde não funciona

Paula Raquel dos Santos¹, Charmain Levy² Wilma de Carvalho²

Durante o período de doutoramento na ENSP\FIOCRUZ, eu e o meu orientador utilizamos o filme invasões bárbaras de Denys Arcand para um exercício de análise do trabalho em saúde. As cenas que marcadamente prenderam a atenção de todos foram as do "Paciente no corredor" e do "sindicatos "corrupto dos trabalhadores da saúde".

Entretanto 6 anos se passaram e estes registros surgiram novamente de grupos diferentes de pessoas quando eu mencionava que estava vindo para o Canadá estudar pelo programa ciências sem fronteiras no departamento de ciências de enfermagem e saúde pública no centro de estudos e pesquisa em intervenção família.

O registro subjetivo de sistema público de saúde que permearam as falas e questionamentos afirmativos do imaginário das pessoas com associação entre o Brasil e o Canadá e pontual para o foco da cena "paciente no corredor" do serviço de saúde no Canadá.

Isto traduz um medo sobretudo dos brasileiros que pagam por planos de saúde, de que estes lhe assegurem a certeza de que nunca irão ficar em uma fila e\ou no corredor de um serviço de saúde. A reflexão para os questionamentos afirmativos sobre os sistemas de saúde canadense e brasileiro, nos fez debruçarmos sobre o medo real acerca dos serviços de saúde pela conjectura sobretudo brasileira de que até no Canadá "sistema público de saúde não funciona".

O filme é canadense, mas está na América do Norte. Abaixo dos trópicos com neve, temos em comum a invasão da colonização, da subjugação e da corrupção. O Quebec também faz parte da América, que foi durante muito tempo como ainda o e em parte o Brasil, invadido por uma estatização, aviltada por corruptos, por uma polícia despreparada e por religiosidades dogmáticas.

O filme não é brasileiro, mas está na América do Sul acima dos trópicos com sol, temos em comum a invasão da colonização, da subjugação e da corrupção. O Brasil também faz parte da América, que ainda se mantém na estatização corrupta, da polícia hostil e assassina e da religiosidade dogmática que salva da fome, pobreza e ignorância.

O que nos aproxima dos serviços de saúde da América Latina para os serviços de saúde da América do Norte? São os cenários das nossas construções e desconstruções sobre o modo como vivemos e vemos a vida. Raramente nascemos e morremos fora de um serviço de saúde, durante nossas fases de desenvolvimento e crescimento adentramos por pelo menos 20 vezes neste cenário, seja pelas doses de vacinas, acidentes, obtenção de certificado de saúde, viroses e exames gerais para trabalho, casamento, viagens e etc.

Momentos de confrontos e de mudanças da nossa história de vida são vivenciados neles, quando então optamos por uma formação profissionais de saúde e em especial para sermos enfermeiros assistentes sociais, psicólogos e educadores em saúde o confronto e o realismo do ente sistema de saúde se avulta sobre nossas ideologias e re-significados que damos para os modos de viver a vida.

Para estes modos de viver destacamos o tipo de amor que foi construído em família e nas nossas relações mais próximas. Ele irá se expressa neste cenário, e poderá se tornar mais um elemento a ser absorvido a realidade estanque do ente sistema de saúde. Então, tudo irá permear e decide os elementos das relações de cuidado em saúde.

Ainda seguindo a limitada vertente comparativa, podemos citar que no Canadá existem centros de atenção a assistência perinatal com pesquisa e grupos de intervenção familiar que trazem o pai para o processo perinatal e de nascença de um filho. Deste modo as demandas de ser pai, são construídas e tratadas com vistas a formação afetiva e saudável no contexto de laço afetivo de responsabilização familiar.

Esta exemplificação perpassa o elemento cuidado pelo sentido da construção da autonomia e responsabilidade com afeto para consigo e seus dependentes. Em sociedades e sistemas econômicos onde o cuidado e o trabalho relacionado a ele são atribuídos como responsabilidade do gênero feminino, percebemos que as atitudes de subjugação e de menos valia acompanharam o modo de viver e de tratar os sistemas relacionados a saúde e educação.

Esta proposição não se refuta a questionamentos que podem fomentar a elucidação das conjecturas psicossociais envolvidas na estrutura dos sistemas de saúde. O modo como tratamos a estrutura coletiva e na verdade uma reprodução do grau de autonomia e de responsabilização que aprendemos a ter conosco e em relação ao direito e dever para com o outro.

Questões dinâmicas podem se relacionar a este fenômeno de não funcionalidade, dentre estas destacamos o que e o para quem, pois são diretos para a determinação de condições, logo precisamos identificar quem são os responsáveis pela e gerencia dos sistemas de saúde? Quem são os seus gestores? Quem são os usuários destes sistemas? Enfim estes questionamentos trazem dados que podem permitir reflexões sobre o modelo ideológico que permite que se concretize nossas reais intenções para que um sistema funcione.

Um ponto que é comum para ambos os sistemas e o caráter universal, descentralizado e igualitário, este modelo fundamenta-se na Carta de Ottawa que define a promoção da saúde como a norteadora das políticas públicas em saúde. Esta concepção preconiza a reordenação da rede de serviços de saúde como foco para resolução do sistema de saúde e para os usuários imprime a educação em saúde pautada na redução de riscos pela incorporação das mudanças de estilo de vida.

Estas proposições em saúde requerem dos gestores, clientela e profissionais de saúde o continuo exercício da educação em saúde, da sistematização de competências e do cuidado e a atualização sistemática das práticas e dos processos de trabalho de saúde. O que cabe incluir que a funcionalidade existirá de acordo

com o amplo exercício da cidadania por todos os envolvidos nos processos produtivos em saúde, bem como a alocação de espaços nos serviços de saúde para formulações criativas e local de elementos da educação em saúde para a auto-gestão em saúde, para a gestão política em saúde e para a reformulação da atenção em saúde e da prestação de cuidado.

A organização da sociedade por sujeitos ou atores sociais que se representem e que tenham subsídios para formularem os projetos de governo que a sua comunidade querem saúde e uma intervenção que envolve a educação em saúde e que tem uma intervenção eficaz no contexto de sistemas de saúde pautados nos princípios da descentralização e da igualdade, entretanto os elementos referentes as singularidades dos territórios e de sua autonomia irão exigir do sistema de saúde ações de caráter imediato que atendam situações agudas.

A sociedade que exerce a cidadania tem o potencial e a força para gerar vida, recriar seus sonhos e socializar-se em diálogos da política do afeto, defendendo sua autonomia e se apropriando dos elementos inerentes as suas reais necessidades formulando redefinições coletivas e com um nível de alcance com projeções reais capazes de terem diálogos e cooperações integradas.

Dar conta da pluralidade, da diversidade, da integralidade, das competências, da intersetorialidade e da profissionalização em saúde requer prioritariamente um projeto coletivo com apropriação das necessidades geradas pela descentralização e pela não integralidade e a não equanimidade.

Elaborar uma agenda de colaboração e criar mecanismos de continua colaboração e cooperação com estímulo dos diálogos e uma questão reflexiva a ser feita, pois as possibilidades de novas configurações para abranger o cuidado em meio à crescente comunicação, expressões e reivindicações por necessidades e os impactos ocasionados alterações do meio ambiente já tirou a falsa linha de conforto que aprisiona a esperança e as transformações sociais.

¹Professora Adjunta UERJ, Faculdade de Enfermagem do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. Doutora em Ciências da Saúde pela Fiocruz com pesquisa dedicada ao campo da saúde, trabalho e Meio Ambiente. Coordenadora do curso de especialização em Enfermagem do trabalho UERJ e professora da residência em Enfermagem do trabalho DISHUPE/DESSAUDE/UERJ. ²Charmain Levy, PhD e Mestre em Antropologia e Sociologia da Política (2000) pela Universidade de Paris VIII mestrado na Universidade de Paris III em sociologia com especialização na América Latina. Estudos; e Hon. BA na Universidade de York em ciência política (Relações Internacionais e Comparada política). Atualmente e professora da Universidade de Ottawa, desde 2005, ensinando Internacional desenvolvimento; e especialista em América Latina, especializada em Brasil; movimentos sociais, religião e desenvolvimento; e estudos urbanos e de desenvolvimento. É pesquisadora da Cátedra de Nycole Turmel em espaços públicos e inovações política-UQAM; Pesquisador Associado do Observatório sobre desenvolvimento regional e Diferenciada sexo análise selon; membro da Universidade de Quebec e da rede de treinamento, pesquisa e ação no Brasil; formando-presidente da Associação Canadense de Estudos para o Desenvolvimento Internacional; e diretor editorial do Desenvolvimento e Globalização da Coleção da Universidade de Ottawa Press. Ela co-autor de capítulos de livros e numerosos artigos sobre movimentos sociais no Brasil.