



Editorial

Conjuntura de crise, saúde e desigualdade social: qual a responsabilidade da enfermagem?

O tempo do vivido não é o mesmo tempo da lógica do capitalismo globalizado. A sensação generalizada de deriva e a capacidade de entender os processos políticos, econômicos e sociais estão em franco descompasso com a rapidez com que as mudanças vêm ocorrendo. No Brasil atual, não estamos falando de mudanças esperadas, socialmente pactuadas, e sim de um processo de desmonte de políticas públicas e ações estatais diversas, sem que nada muito melhor ou mais abrangente, do ponto de vista da proteção social dos grupos mais vulneráveis, se apresente. Os exemplos mais recentes e que mais mobilizam a indignação tem sido a implementação brusca e crescente das chamadas medidas de austeridade, com corte na distribuição de recursos públicos para a educação e a saúde, muito embora se mantenham formas de proteger, via isenções fiscais, os setores industriais e o capital financeiro, representados pelos grandes bancos. Estas mudanças se dão em meio a relações sociais marcadas pelo recrudescimento da expressão coletiva de formas de pensamento conservador, com análises superficiais, pouco elaboradas e historicamente equivocadas a respeito do que é democracia, direitos civis e humanos, diversidade cultural, entre outros temas.

As mídias sociais, espaço de expressão máxima da individualidade protegida pelo anonimato tem sido o campo privilegiado para estas expressões, que, no entanto avançam também à ação coletiva, quase sempre violenta, marcada pelo preconceito e o ódio, gerando um cotidiano no qual cada vez mais temos menos condição para o diálogo respeitoso entre as diferenças. O aparelho repressor do Estado brasileiro, historicamente alinhado com esta perspectiva de ódio e conservadorismo, tem agido sob a batuta de um poder judiciário cujas ações têm extrapolado, e muito, o âmbito do julgamento imparcial e da defesa de direitos básicos, confundindo os cidadãos a respeito da separação republicana de poderes. O que temos visto é um poder judiciário que atua como poder executivo, protegido por um legislativo de baixíssima representatividade, e cuja marca tem sido ações espetaculosas e midiáticas, que tratam de acirrar posturas polarizadas e segregadoras. Um círculo vicioso que vai pondo por terra formas de sociabilidade construídas com base numa visão pluralista e diversa, privilegiando atos voluntaristas e excludentes, que descambam, perigosamente, para situações de barbárie.

No setor saúde, a luta histórica que profissionais e movimentos sociais vieram construindo em prol de um sistema de saúde incluyente e universal sempre esbarrou em interesses privatistas e nas visões marcadas por um pensamento neoliberal hegemônico que parece entender o financiamento da saúde apenas como um gasto, não como o investimento social para a soberania e vida plena dos povos que de fato é. Esta perspectiva nega totalmente a possibilidade de pensar e construir uma atenção integral e universal à saúde coletiva via políticas públicas, e impõe a organização de outras e novas formas de luta social.

Com o avanço dessa conjuntura político-econômica desfavorável e sombria não tardam a surgir indagações a respeito dos impactos negativos sobre a saúde da população. Empobrecimento e desemprego, sobretudo nas periferias das grandes cidades, trazem resultados imediatamente visíveis, como o aumento da população que vive nas ruas, e espera-se que num curto prazo, outros problemas se produzam e afetem a saúde dos grupos vulneráveis.

A capacidade de resposta do sistema público de saúde, assim comprometida, deve ser questionada. Políticas públicas não se restringem a “resolver” as questões relativas às desigualdades sociais: sob certas circunstâncias, a depender de quais são, e como são implantadas, podem resultar em aumento da desigualdade e da injustiça social, dado seu poder discricionário e de exclusão. O próprio conceito de “vulnerabilidade” e “risco”, no setor saúde, pode envolver um arbítrio social capaz de resultar em exclusão de uma parcela da população¹.

Segundo recente Boletim² acerca de políticas públicas e desigualdades, publicado pelo Instituto de Políticas Econômicas e Aplicadas (IPEA), é preciso considerar a implementação de políticas públicas como resultado de complexas interações e pactuações que se dão não apenas no nível macrosocial. A implementação cotidiana, pelos agentes sociais, das diversas políticas em curso é marcada pelas variáveis relativas às concepções e visões de mundo destes mesmos agentes, que são parte da sociedade brasileira e vivenciam, como todos nós, essa mesma conjuntura confusa de crise, e a mesma sensação de deriva. Sobre estes agentes sociais, o mesmo texto pontua:

Em função das condições sob as quais desempenham seu trabalho – escassez de recursos, excesso de demandas, distanciamento das esferas de formulação central, complexidade das regras e imediatividade dos encontros face a face com usuários –, eles inevitavelmente acabam gozando de algum grau de discricionariedade na execução das suas tarefas. O uso cotidiano da discricionariedade, por sua vez, envolve incertezas e dilemas em relação a como agir em cada situação. Em suas decisões sobre como proceder em cada situação, os agentes recorrem a processos de redução de complexidade e simplificação das incertezas e dos dilemas, por meio da diferenciação, do julgamento e da classificação dos usuários atendidos em um conjunto restrito de categorias (formais e informais), as quais vem associadas a determinados tipos de ação e encaminhamentos em relação ao serviço/benefício oferecido. Esses processos mesclam elementos oriundos tanto do ímpeto dos agentes de linha de frente de obter maior controle sobre as suas rotinas e carga de trabalho quanto de julgamentos morais baseados nos valores e nas concepções dominantes de uma sociedade²⁻⁹.

Na ótica da análise sobre políticas sociais, a enfermagem, sendo a categoria mais numerosa e amplamente inserida dentro dos diversos níveis de implementação da política setorial de saúde, constitui-se em um contingente expressivo de agentes sociais. Estamos sujeitos, como os demais agentes sociais, aos limites impostos pelas condições de trabalho e vida, assim como nossas ações estão balizadas pela maior ou menor compreensão acerca do nosso papel como prática social. Por um lado, queremos garantir nosso controle sobre nosso processo de trabalho e autonomia profissional. Por outro lado, temos de ter claro que este controle e autonomia podem se dar às expensas de uma atuação discricionária, que exclui em lugar de incluir, ainda que não estejamos totalmente cientes destas implicações no nosso atribulado dia-a-dia de trabalho.

Vale então deixar uma indagação, a guisa de reflexão, dirigida a todos os que escolhem, todos os dias, seguir atuando na enfermagem, dentro do sistema público de saúde: qual nossa parcela de responsabilidade? Como iremos cumprir nossos princípios éticos, políticos, técnico-científicos e humanísticos em prol de uma saúde que seja de fato para todos, e não apenas para alguns?

Helena Maria Scherlowski Leal David
Editora Associada

Referências

1. Bornstein Vera Joana, David Helena Maria Scherlowski Leal, Araújo José Wellington Gomes de. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010 Mar [citado 2017 Out 20]; 14(32): 93-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100008>.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. Políticas Públicas e Desigualdades Boletim de Análise Político-Institucional. Vol. 13 (out.2017); IPEA: Brasília; [citado 2017 Out 20]; Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/171020_bapi_13.pdf