

### ¡Dar visibilidad y legitimidad al debate sobre las prácticas singulares de cuidado en los territorios es fortalecer al SUS!

Dar visibilidade e legitimidade ao debate sobre as práticas singulares de cuidado nos territórios é fortalecer o SUS!

Giving visibility and legitimacy to the debate on singular care practices in the territories is to strengthen the SUS!

**Marcos Bagrichevsky<sup>(a)</sup>**

<marcos\_bagrichevsky@yahoo.com.br> 

**Moisés da Silva Roberto<sup>(b)</sup>**

<moisesdasilvaroberto@hotmail.com> 

**Maria Cacciari<sup>(c)</sup>**

<mary.cacciari@gmail.com> 

**Analice Alcantara Meireles<sup>(d)</sup>**

<nyttas@yahoo.com.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Medicina, Universidade Regional de Blumenau. Rua Antonio da Veiga, 140, Itoupava Seca. Blumenau, SC, Brasil. 89030-903.

<sup>(b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Vitória, ES, Brasil.

<sup>(c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Ufes. Vitória, ES, Brasil.

<sup>(d)</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Vitória, ES, Brasil.

En primer lugar, es necesario comenzar agradeciendo el generoso espacio otorgado por los editores de Interface a la propuesta temática encabezada por nuestro estudio, así como los comentarios cuidadosamente elaborados por los cinco investigadores invitados, quienes aceptaron el encargo. Sin duda, ampliaron significativamente el espectro de diálogo buscado por la “sección de debate”, en este caso, dirigido al campo de la salud colectiva, pero no restringido a esta. También queremos expresar nuestro agradecimiento al servicio público de salud y a los usuarios que participaron en este, “abriendo las puertas y sus corazones” sin restricciones para que pudiéramos, al final del proceso de investigación, producir este registro que el lector tiene ahora en sus manos.

Nuestro “texto de síntesis” tuvo la osadía de expresar el esbozo de un trabajo más amplio (que se mantiene vigente, semanalmente, en dicho servicio público), reconociendo el alcance insuficiente y los límites “estáticos” que un artículo científico impone a la realidad tal como lo es. Por otro lado, incluso reconociendo estas contingencias, también sabemos en qué medida las ideas provocadoras, surgidas de un debate ético, crítico y socialmente comprometido, pueden traer aportes de diferentes maneras a la comunidad académica, a los trabajadores de la salud, a los usuarios del SUS y quizás incluso a los propios gestores/promotores de políticas públicas. Fue en este sentido que nos propusimos tomar nuestro texto como punto de partida para reflexionar sobre algunos aspectos temáticos que intencionalmente evoca/involucra (pero no necesariamente priorizando el orden presentado a continuación):

- (a) la promoción de la salud posicionada como ideal y praxis contrahegemónica<sup>1</sup>;
- (b) la necesidad apremiante de expandir prácticas de salud sensibles en los servicios públicos;
- (c) la defensa de una perspectiva colectiva de cuidado longitudinal basada en la escucha, la acogida, el vínculo;
- (d) “la salud del hombre” como área programática aún frágil en el escenario de salud brasileño;
- (e) la brecha entre macro y micropolíticas de salud que derivan en los 4 aspectos mencionados anteriormente.

En relación a las cuestiones planteadas por el artículo, Ricardo Teixeira<sup>2</sup> trajo un interesante y pertinente recorte respecto al plano de las subjetividades y sus efectos –opresores y de resistencia – en el campo de la salud, analizando conceptos y categorías ya trabajados por importantes intelectuales como Ivan Illich y Michel Foucault, colocándolos en la perspectiva de la biopolítica y el biopoder. Coincidimos con Ricardo en la imposibilidad de sustraerse por completo a la “medicalización de la vida” en todas sus diversas y sutiles formas que nos atrapan en la totalidad de las instancias de la existencia. El “Grupo de Hombres” (GH) si bien se constituyó como una práctica colectiva, abierta, que microgestiona sus propias decisiones– nunca tuvo como propuesta promover esto, sino producir “líneas de fuga” frente al sujeción constituido (este nos parece un ejercicio ético a buscar permanentemente a través del GH), situación que también necesita considerar los límites cotidianos de los contextos precarios e inmovilizadores en los que se encuentran inmersos estos hombres. Sin embargo, donde hay un poder instaurado, siempre existe alguna posibilidad de subvertirlo en alguna medida, por pequeña que sea. De hecho, este es un tema con el que los signatarios y gestores de nuestras macropolíticas no han sabido “lidiar de forma correcta”: si bien por un lado el relato “oficial” elogia la subjetividad como un aspecto esencial para la “humanización de los cuidados” en grupos como el GH, especialmente en los servicios de Atención Primaria (APS), por otro lado se reclama contra esta como un aspecto que dificulta a los equipos de Salud de la Familia alcanzar los niveles de productividad de las metas de atención individual en las consultas de las Unidades

Básicas de Salud (UBS), recomendación hecha por el Ministerio de Salud (MS). Esta paradoja<sup>1</sup> es un hecho “presenciado” por nosotros *in loco*, pero que también ocurre de manera similar en otros espacios de la APS en todo Brasil.

Luís Augusto Vasconcelos da Silva<sup>3</sup> y Guilherme Dantas<sup>4</sup> centraron sus análisis específicamente en las “masculinidades”, cada uno apoyado en su respectiva y reconocida *expertise* sobre el tema, pero aún parametrizados desde diferentes perspectivas. Cabe mencionar que el tema no fue objeto central de escrutinio en nuestro estudio. Sin embargo, se sabe que es un tema relevante que requiere ser discutido y sacado a la luz, ya que ocupa un lugar destacado en el repertorio de áreas programáticas estratégicas del MS, sobre todo porque presenta muy pocos avances en su implementación junto a los servicios de la APS, a pesar de haber sido instituido “oficialmente” hace muchos años<sup>4</sup>. En estos comentarios, la mayor convergencia con nuestras preocupaciones a lo largo de la conducción del proceso investigativo radica en el hecho “[de que] estos posicionamientos identitarios” pueden “implicar [en] exclusiones y tensiones”<sup>3</sup> (p. 2). En otras palabras: el tema de género y la forma en que debe tratarse en grupos como el GH es fundamental para que la exclusión ya presente de manera exacerbada en la vida de estos “hombres-usuarios” del SUS no se amplíe, ya que una de sus funciones primordiales es brindar una atención sensible e inclusiva. También vale la pena enfatizar un concepto traído<sup>3</sup> de la obra de Annemarie Mol, en el sentido de que necesitamos desarrollar un “cuidado procedimental” más acorde con las posibilidades reales de la vida y su “movimiento contradictorio” a veces.

Hay un aspecto interesante del análisis de Guilherme Dantas<sup>4</sup> sobre la sexualidad y la violencia de los “hombres-usuarios” del GH, que lo conecta con las observaciones de João Leite Ferreira Neto<sup>5</sup> y que siempre ha sido muy importante para la propia constitución del GH: su potencia como “grupo”, sus premisas éticas integradas con los principios del SUS (integridad, equidad) y la Política Nacional de Humanización (clínica ampliada, escucha calificada, vinculación). Vale la pena retomar a continuación un argumento que guió (y sigue guiando) nuestras inquietudes<sup>1</sup>, habiendo incluso justificado la propia elección etnográfica como la herramienta más adecuada para llevar a cabo nuestro estudio, con la expectativa de captar parte de los procesos que percibíamos suceder en el cotidiano del GH:

En cuanto [al] respeto [a la]s subjetividades humanas, es fundamental que el repertorio de dispositivos [como el GH, por ejemplo] utilizado por los profesionales de la APS contemple/acate los aspectos que dan sentido existencial a las personas, a las familias, porque la primacía de los procesos de atención integral en salud les concierne y está destinada a ellas. Sus prioridades y aspiraciones de vida no deben descartarse ni “objetivarse”, incluso ante situaciones extremas de enfermedad. Los gestores del sector también juegan un papel estratégico en este contexto y deben comprometerse con las mismas directrices, desarrollándolas de forma cotidiana, *pari passu* con los servicios<sup>1</sup>. (p. 5)

La dimensión subjetiva en el cuidado de la salud, posicionada como un imperativo ético a ser defendido/practicado en los servicios, tuvo eco en los argumentos de Thiago Moraes<sup>6</sup>. Él ubicó la relevancia política e histórica de la promoción de la salud como

un conjunto crítico de ideas que considera “[la] producción de vínculos sociales, colectivos [...]”<sup>6</sup> (p. 2) sin descartar la dimensión singular de los sujetos, sin desestimar sus respectivas formas de producir salud, de habitar la vida, dentro de lo posible. Fue significativo verlo tomar las prácticas del GH como espacios de libertad, articulados a la noción Cangulhemiana de “se puede abusar de la salud en medio de la vida tal cual es, para expandirla y no para limitarla”<sup>6</sup> (p. 3). Thiago abogó por la promoción de la salud como una práctica “que amplía[...] las posibilidades de la[s] actividad[es], es decir, una deontología del hacer, sustentada en la solidaridad, compartiendo algo común y expandiendo el poder de actuar”<sup>6</sup> (p. 3).

Finalmente, vale recordar que, al igual que el GH, existen otras experiencias exitosas de promoción de la salud distribuidas por todo el país, basadas en perspectivas de construcción colectiva y participativa, que se encuentran en diferentes territorios de la APS. En términos generales están bien estructuradas, son duraderas, obtienen una adhesión constante de quienes frecuentan los grupos/proyectos, promueven vínculos, generan espacios de escucha, sociabilidad y politización en las comunidades. Por lo tanto, sobran razones concretas y plausibles para que sean reconocidas y “oficializadas” por las instancias administrativas de las secretarías de salud de los municipios brasileños, como acciones poderosas y resolutivas. Es necesario darles visibilidad pública. Es necesario luchar para que se financien menos en la lógica de costo-beneficio y más en el discurso de defensa de la vida, después de todo, ¿no son estas las premisas originales del SUS y de la Reforma Sanitaria Brasileña?

### Contribución de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la preparación del manuscrito.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



#### Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor de debates

Sérgio Resende Carvalho

#### Presentado el

15/05/23

#### Aprobado el

28/05/23



## Referencias

1. Bagrichevsky M. Pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. *Pensar Prat.* 2021; 24:e66137. doi: 10.5216/rpp.v24.66137.
2. Teixeira RR. Uma contribuição biopolítica ao debate. *Interface (Botucatu)*. 2023; 27:e230093. doi: 10.1590/interface.230093.
3. Silva LAV. Grupo de homens e práticas de cuidado: de quais homens estamos falando? *Interface (Botucatu)*. 2023; 27:e230010. doi: 10.1590/interface.230010.
4. Dantas GC. Grupo de homens, estratégia bem-vinda e promissora para melhoria da abordagem na consulta médica. *Interface (Botucatu)*. 2023; 27:e220673. doi: 10.1590/interface.220673.
5. Ferreira Neto JL. Promoção da saúde e práticas grupais: um debate necessário. *Interface (Botucatu)*. 2023; 27:e220591. doi: 10.1590/interface.220591.
6. Moraes TD. Promoção de saúde, vínculos e processos de sublimação. *Interface (Botucatu)*. 2023; 27:e220623. doi: 10.1590/interface.220623.