

1- UM POUCO DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO PAÍS

O funcionamento da Saúde Pública e suas intervenções a cada época histórica estabelecem estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos correspondentes. Observa-se que ela sempre acompanhou as tendências vigentes da sociedade, organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos.

A Saúde Pública no Brasil vai se configurando como uma política nacional de saúde a partir do início do século XX com a sistematização das práticas sanitárias, emergindo no contexto sociopolítico do País, na configuração do capitalismo brasileiro (Nunes, 2000).

Segundo Vasconcellos (2000), a Saúde Pública está inserida no campo das políticas públicas de responsabilidade pública e como direito social, entendida como uma política social de proteção às pessoas. De acordo com a época e o funcionamento das cidades e de seus habitantes vai se definindo a organização do trabalho da Saúde Pública, surgindo da necessidade de compreender a vida comunitária, seus costumes, formas de sociabilidade, diversidade dos modos de vida, conformando-se assim nas suas formas de assistência e proteção.

A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades (Vasconcelos, op.cit., p. 29).

No início do século, época das grandes imigrações, a economia brasileira iniciava suas exportações, principalmente de café, e corria sérios riscos nos portos, com a iminência de doenças como a peste, a febre amarela e, conseqüentemente, a possibilidade de proibição de aportar seus navios em outros países devido a essas endemias. A mobilização da Saúde Pública nessa época foi direcionada para a criação de grandes campanhas, como a vacinação em massa da população, com o objetivo de controle da salubridade local.

Nesse momento histórico, a preocupação com a assistência à saúde estava voltada para o controle dessas endemias, com o intuito de potencializar exportações brasileiras (Conh, 1999). Esse modelo de assistência ficou conhecido como campanhista, devido às campanhas realizadas para o combate das doenças.

Nas décadas seguintes, o País foi tomado pelo desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, o crescimento do processo de urbanização. Uma das funções

atribuídas à Saúde Pública nesse período era da higienização e disciplinarização das cidades e seus habitantes, auxiliando na promoção da ordem e da moral frente à reorganização dos modos de se viver nas cidades (Nunes, 2000).

Os trabalhadores das grandes indústrias como as Ferrovias e os Bancos, organizaram as chamadas caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), tendo como função a prestação de benefícios, tais como pensões, aposentadorias e a assistência médica a seus filiados e dependentes. Sua aquisição para os funcionários se dava por meio de contrato e sob a forma contributiva.

A CAPs teve seu início nas empresas de estrada de ferro e foi se expandindo às empresas mais organizadas. A Lei Eloy Chaves, de 1923, garantiu essa modalidade de seguro a todas as empresas com mais de cinquenta empregados.

Na década de 30, o recém-criado Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, unificou as CAPs que se tornaram Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). De caráter nacional, os IAPs passaram a ter participação direta do Estado.

A assistência à saúde, portanto, era de direito somente aos trabalhadores participantes dos IAPs e seus familiares, o resto da população brasileira dependia da assistência particular ou, caso não possuísse recursos financeiros, de hospitais filantrópicos. O foco da Saúde Pública nesse período estava principalmente voltado para a preservação da força de trabalho, garantindo o crescimento industrial no País.

Foi através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que, em 1960, os serviços prestados pelos IAPs foram uniformizados e, em 1966, unificou-se a Previdência Social, passando a fazer parte dela toda a população brasileira trabalhadora. Se, por um lado, nessa unificação, garantiu-se assistência à saúde e aposentadoria a todos os trabalhadores, por outro, houve uma apropriação, por parte do Estado, de algo público, decorrente da contribuição desses trabalhadores, sendo utilizado como instrumento político e de investimentos em grandes construções, posteriormente vendidas a investidores estrangeiros (Conh, 1999).

Até 1960, a assistência à saúde caracterizou-se basicamente pelo modelo médico-sanitário com duas vertentes bastante distintas: 1- epidemiológica – preocupada em controlar as doenças em escala social; e 2- clínica – baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente a quem fizesse parte do sistema previdenciário.

Nos anos que foram se seguindo, o governo militar, com concentração de autoridade decisória, fez suas principais alianças e investimentos com instâncias privadas do País. Houve baixíssimos investimentos, nessa época, no que diz respeito à Saúde Pública. A valorização estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizada, curativa, individualizada e, portanto, elitista.

Intervenções voltadas para populações despossuídas da assistência privilegiada obtiveram pouquíssimos investimentos, muito menos valorização, ficando a cargo de alguns profissionais, “heróis da resistência”, realizá-las (Mendes, 1999).

Com isso, a exclusão de determinados segmentos sociais no atendimento do sistema público de saúde estava posta, e a crise foi tomando grandes proporções junto a outras crises decorrentes do sistema ditador, numa época marcada por dificuldades em vários setores, não apenas da saúde, mas também nos setores econômicos e sociais (Rodriguez Neto, 1994).

Sensibilizados com essa crise, alguns profissionais de saúde se mobilizam, preocupados com a assistência oferecida à população e com as dificuldades de acesso e tratamento da maior parte da sociedade. Unem-se com profissionais de outros setores, como políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças populares, num movimento crítico, mostrando os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à assistência à saúde da população. Esse movimento crítico não somente evidencia os prejuízos desse sistema para a saúde, mas também traz propostas de novas modalidades para uma outra concepção do pensar e fazer saúde, mais humana e universal, podendo somente ser alcançada através de uma ampla reforma sanitária. Essa mobilização denominou-se movimento sanitário e teve início na década de 70.

Os principais locais de construção de eixos norteadores desse movimento foram as Universidades, espaços de formação, onde a saúde era discutida criticamente, levando, inclusive, à criação de Departamentos dentro das Faculdades de Medicina, tais como os Departamentos de Medicina Preventiva (Gerschman, 1995).

As discussões do movimento sanitário na Academia davam-se por profissionais que se especializavam em Saúde Pública no País, onde os cursos tratavam de temas como a defesa do setor público, participação popular, democratização das condições de trabalho, humanização no atendimento, tudo isso

buscando eficácia na resolução dos problemas trazidos pela população (Cecilio,1997).

Para Fleury (1997), a reforma sanitária estava intimamente ligada à democracia, na medida em que havia, em suas propostas, formulações doutrinárias para o encontro de ideais igualitários e a tentativa de transformação das políticas públicas, através da regulamentação e responsabilização do Estado pela proteção à saúde dos cidadãos.

Como parte desse movimento, também considerado uma busca à democracia, realizou-se o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, 1979, onde foram propostas reorientações na saúde, tais como um sistema único e universal para a população brasileira. Esse novo sistema já previa a integralidade e a descentralização da saúde. Contudo, o momento político em que o País se encontrava, com seu regime vigente, não priorizou essas novas propostas (Rodriguez Neto, 1994).

Com o fim da ditadura, estruturou-se o Estado mínimo com o governo interferindo o mínimo possível na economia do País e também havendo uma abertura de mercado rumo ao que viria a caracterizar-se como globalização. Essa nova forma de organização do País contribuiu para que o Estado não se posicionasse nem interferisse com relação à prestação de serviços privados à saúde, crescendo assim os subsistemas contratados e conveniados, aumentando ainda mais a crise na saúde.

Os anos 80 e 90 se caracterizam principalmente pelo processo de redemocratização do País acompanhado por uma profunda crise nas políticas de saúde. Nessas décadas, portanto, a saúde funcionou dentro de um sistema plural, onde vários modelos diferentes de assistência conviveram – um subsistema público, um privado e um liberal (Campos 1997a).

Segundo Campos (op.cit.), o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde que se configurou no País foi o neoliberal, com várias modalidades assistenciais tais como o trabalho assalariado, produtores autônomos, convênios com instituições, empresas e também estatais. Esse modelo hegemônico, que contava com a intervenção mínima do Estado na regulação de ações e serviços remetendo tal regulação para o mercado, produziu a mercantilização da assistência à saúde que, aliada a interesses empresariais e incluindo alguns profissionais da área, dificultaram o estabelecimento de um sistema público de saúde ampliado.

Criaram-se, assim, todas as condições para o desenvolvimento da estrutura privatizada de atenção à saúde e seus discursos de adesão.

O subsistema público foi se tornando cada vez mais precário. Mendes (1999) caracterizou esse processo como o funcionamento do subsistema público dentro do projeto neoliberal.

Campos (1997a) pontua que esse próprio modo hegemônico de produção em saúde que estava se estruturando no fim da ditadura, com a redemocratização da sociedade e o estabelecimento do Estado mínimo, criou suas contradições na maneira de gestar e gerar a assistência, não alcançando as metas propostas e também se mostrando insuficiente no atendimento à população. Foi exatamente nesses espaços de contradições que se promoveram desenvolvimentos de formas alternativas de se pensar a Saúde Pública e nela atuar. Foi a crise que tornou o momento propício para a criação de modelos contra-hegemônicos. Campos (op.cit.) refere que foi com base nesses conflitos que foram se constituindo e se fortalecendo os movimentos em defesa da reforma sanitária e que se tornou inadiável a aprovação de um Sistema Único de Saúde no final da década de oitenta.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Com o fim do regime militar, em 1985, e a abertura para a reorganização da União, o governo investiu na formulação de uma nova Constituição para reger a sociedade. É convocada então a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a incorporação da reforma sanitária juntamente com a proposta de um Sistema Único de Saúde nesta Constituição.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) destinam-se a tratar das atividades que estão sendo realizadas no País sobre saúde e trazê-las ao campo do conhecimento do governo federal, a fim de que se alcancem concessões de auxílio para realização de projetos considerados fundamentais para o desenvolvimento no campo da saúde. As CNS foram instituídas pela lei nº 378 de 13 de Janeiro de 1937 com realização prevista a cada dois anos, tempo viável para o constante acompanhamento e avaliação do andamento do Sistema de Saúde. Nessa época, duas Conferências foram realizadas e após treze anos em suspenso, em 1963 realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde, já em meio aos movimentos que reivindicavam o direito universal a um Sistema de Saúde. Seus

principais temas trataram da situação sanitária da população brasileira, da municipalização dos serviços de saúde e da fixação de um plano nacional de saúde. Esse plano nacional de saúde já previa o acesso global à assistência a saúde, discutindo instrumentos que visassem a melhores condições de bem-estar para a população brasileira (Brasil/MS 1963).

Essas discussões continuaram em pauta no decorrer dos anos, se fortalecendo com o movimento sanitário e tendo seu cume com a possibilidade de legalização do SUS na nova Constituição. Para tanto, essas questões foram retomadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Dentre os debates realizados durante essa Conferência,

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar a reforma sanitária (Brasil/MS 1986 p. 02).

Os principais temas abordados nessa conferência foram: a saúde como direito de todos; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. Com o primeiro tema, buscou-se ampliar o conceito de saúde modificando seu caráter puramente técnico, deixando de ser algo abstrato para se definir dentro de um contexto histórico específico de uma sociedade na qual a população tem papel fundamental para a conquista de seus direitos (Brasil/MS, 1986). Com isso, a saúde passa a ser definida como:

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (p.4).

Dentro também do primeiro tema, saúde como direito de todos, deu-se grande ênfase a todas as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Eram incentivados os movimentos populares e o fim da mercantilização da medicina, promovendo também a melhoria do serviço público, que se encontrava pouco eficaz.

Da discussão do 2º tema dessa conferência – a reformulação do Sistema de Saúde – elaborou-se um projeto para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando uma proposta já ocorrida na década de 70. A proposta era de o

projeto ser implantado em todo o País através da reforma sanitária. Seu principal objetivo era acabar com a centralização dos serviços, com uma progressiva estatização do setor, tendo integrado os níveis Federal, Estadual e Municipal, porém permanecendo independentes, podendo realizar um trabalho mais comprometido com a realidade local. Portanto, as diretrizes básicas propostas para esse novo sistema único de saúde foram: descentralização, municipalização, financiamento dos serviços e participação social. Seus princípios doutrinários continham a universalidade, eqüidade e a integralidade na assistência à saúde.

Nessa Conferência propôs-se, ainda, que o financiamento do Sistema de Saúde fosse feito pelo Estado, numa política de descentralização. A participação efetiva do Estado e município deveria ocorrer passando por uma ampla reforma tributária (Brasil/MS, 1986).

A nova Constituição Brasileira, aprovada em 1988, incorporou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas a regulamentação do SUS só aconteceu em 1990, através da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), devido a uma demora do Governo em enviar o projeto de lei ao Congresso Nacional, o que tardou na sua implementação. Mesmo assim, muitas experiências foram sendo realizadas nos municípios. Porém, o sistema privado de saúde só passou a prestar serviços para o SUS após sua regulamentação (Rodríguez Neto, 1994).

As diretrizes propostas para o SUS, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinham como objetivos a ampliação e o crescimento da assistência à saúde em todos os municípios do País eram:

- Descentralização: gestão única em cada esfera de Governo – União/Estado/Município.
- Municipalização: deslocamento dos centros de decisões. Cada município deve possuir autonomia para dirigir seus recursos, investindo de acordo com as necessidades específicas de cada região.
- Financiamento dos serviços: de caráter público e de arrecadações de impostos e contribuições das esferas federal, estadual e municipal.
- Participação social: garantida pela Constituição a participação da população nas decisões a serem tomadas a respeito da saúde através de instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos de saúde. A participação comunitária também estava prevista através da co-responsabilidade na

construção da saúde em seu bairro, construindo estratégias junto aos profissionais de saúde para uma qualidade de vida melhor.

Essas diretrizes citadas dão suporte aos princípios doutrinários do SUS:

- **Universalidade:** todo cidadão deve ter o direito à saúde e o acesso a qualquer tipo de serviço de que necessitar, seja de caráter estatal quanto privado, contratado ou conveniado pelo SUS.
- **Eqüidade:** todo indivíduo deve ser igual perante o SUS e deve ser atendido em suas necessidades. Porém, como as pessoas são diferentes, precisam de cuidados e serviços de saúde diferentes. A eqüidade é a igualdade com justiça. As diferenças entre as pessoas são consideradas e recebem tratamento igualitário.
- **Integralidade:** a saúde e as pessoas devem ser vistas como um todo, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação. Cada pessoa, ao receber tratamento, deve ser olhada como um ser integral, inserida num contexto familiar, social e econômico (Brasil/MS, 1996).

A criação e regulamentação do SUS foram o marco mais importante da história da Saúde Pública do País. Após sucessivos movimentos e tentativas, foi a primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal. Um ganho não somente para a população que estava prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade brasileira, na conquista de um direito básico, de provisão do Estado – a saúde enquanto bem inalienável.

Dois anos após a regulamentação do SUS, sua implantação enfrentava sérias dificuldades. Em 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, na Universidade de Brasília, onde foram discutidas as dificuldades de implementação das diretrizes e princípios do SUS e a formulação de propostas para o seu fortalecimento. Na época, o País passava novamente por muitas crises políticas, principalmente em relação a descobertas de fraudes e irregularidades no Governo: denúncias de corrupção sendo apuradas pela Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI, e o Presidente da República em vigência em processo de “impeachment”. Todos esses fatores constam no relatório da Conferência como fatores que dificultaram a efetivação do SUS e de todas suas propostas (Brasil/MS, 1992a).

Mesmo com toda a legitimidade de sua regulamentação, segundo Dimenstein (1998), a conjuntura do País ainda continuava desfavorável para o SUS. A falta de vontade política impedia o processo de transformação do sistema

brasileiro de saúde. Os princípios organizativos do SUS não eram contemplados na prática da assistência. Dimenstein (op.cit.) citou alguns deles, tais como o princípio da equidade: a prática continuava promovendo desigualdades; a integralidade e intersetorialidade que pregam uma visão ampliada do ser humano e de seu contexto vivencial, na prática, estavam sendo realizadas apenas ações pontuais como o caso da epidemia da dengue ou campanhas nacionais estimuladas pelo Ministério da Saúde, com datas estipuladas para seu início e fim; no princípio da universalização, observava-se uma maior ampliação da cobertura de serviços, porém com recursos financeiros insuficientes para a realização de um atendimento eficiente. Como fator principal à efetiva reorientação da assistência à saúde, Dimenstein (op.cit.) se referiu à formação e à qualificação de recursos humanos para o trabalho em saúde. Não somente uma formação técnica, mas principalmente uma capacitação

(...) que recupere a visão de complexidade, que incorpore os princípios da integralidade e intersetorialidade, de forma a desconstruir a cultura clínica dominante que impede a concretização do trabalho em equipe (p.106).

Outra questão que mostra debilidade para o efetivo funcionamento do SUS é a descentralização dos serviços de saúde. Num País como o Brasil – grande, povoado e com muitas diferenças regionais – é ponto inquestionável que, para haver um Sistema de Saúde eficaz, é necessário que cada região possa ter autonomia para priorizar e investir no que é específico da necessidade local. Além disso, a descentralização propicia a participação da população nas decisões locais sobre a assistência à saúde e favorece o conhecimento dos seus direitos e deveres através dos conselhos locais de saúde. Porém, a descentralização, como vem sendo realizada, não tem alcançado os princípios de equidade, qualidade e satisfação da população. Muitas vezes, mesmo descentralizados da União, os recursos ficam centralizados dentro do próprio município, a serviço de interesses que, quase sempre, não são os da maioria da população (Mendes, 1998).

Mesmo com todos os esforços de profissionais envolvidos na luta do movimento sanitário e com a conquista do SUS, a sua implantação vem sendo realizada com dificuldades, dado que a cultura hegemônica da saúde no País ainda se baseia no tratamento individualizado e voltado para a supressão de sintomas clínicos.

A dura verdade se revela como aprendizagem a partir das dificuldades na implantação do projeto da reforma sanitária: NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem lei (grifo do autor) (Fleury, 1997.p34).

Apesar das dificuldades em se implementar o SUS para todo o País, algumas cidades já conseguiram sair da lei e pôr em prática seus preceitos. São exemplos bem sucedidos de modelos alternativos de saúde e mostram algumas estratégias importantes para esse sistema funcionar, tais como haver controle social através dos conselhos de saúde; conceituação de saúde que transcenda a mera cura de doenças; priorização da promoção de saúde sem descuidar da sua recuperação; maneiras criativas de gestar os programas, estando sempre afinados com as necessidades da população.

Entre esses principais modelos tecno-assistenciais em saúde, Silva Junior (1998) destaca alguns que têm tido repercussão no País como o “saudicidade”, concebido em Curitiba, em finais dos anos 70; “Em Defesa da Vida”, que se desenvolve em Campinas desde os anos 80, iniciado por profissionais de saúde de diversas formações e engajados na Universidade (Unicamp); a Proposta Baiana de Silos, iniciada desde a década de 70, articulada com o movimento sanitário, e o Programa de Saúde da Família (PSF), sistematizado pelo Ministério da Saúde, sendo amplamente implantado em várias regiões do País. Esses modelos propõem a democratização da saúde, entendida como um direito à cidadania e voltada para a defesa da vida individual e coletiva.

Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991) propõem para democratização da saúde um modelo de saúde que chamam de tecno-assistencial em defesa da vida – citando alguns princípios norteadores que viabilizam sua concretização:

Gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo); saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (p. 85).

Para que esses princípios gerais se sustentem como elemento vital na configuração desse modelo em saúde, é de fundamental importância, segundo os autores: o estabelecimento de uma relação bem firmada entre instituição/usuário que permita o controle social; a organização de um processo de trabalho em saúde que leve em consideração as necessidades do usuário pelo serviço, propondo com isso o abandono de uma programação das ações em saúde rígida e burocratizada

como faz o planejamento tradicional, adotando o que chama de planejamento estratégico situacional, considerando-o mais flexível e contextualizado, sendo elaborado e reelaborado a partir da situação local; a garantia de acesso aos serviços e a todos os recursos tecnológicos necessários; o tratamento dos usuários segundo os princípios da igualdade e universalidade legitimando suas necessidades em saúde, possibilitando oferecer assim outras alternativas de prestação de serviços.

As propostas previstas pelo SUS, de reorganização do Sistema de Saúde, indicam que a população não conquistará sua saúde apenas com a cura das doenças, mas com a possibilidade de vivenciar o processo saúde/doença de maneiras diferentes, numa busca mais ampla e global, necessitando de vários outros investimentos para a comunidade, com uma intervenção intersetorial na saúde.

A saúde é um grande indicador da qualidade de vida dos cidadãos. Quando há investimento na educação, no saneamento básico, na manutenção de vias públicas, nas condições de moradia e alimentação e na geração de emprego e renda, uma das primeiras conseqüências percebidas é a melhoria das condições gerais de saúde da população (Brasil/MS, 1996, p.11).

2- A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta de retorno do médico de família – que cuidava de todos os membros familiares, porém não de todas elas, já que era um profissional liberal e seu atendimento dependia das condições financeiras da família – surgiu com força, na década de 60, nos EUA, e tornou-se reconhecida como especialidade em 1969. Na década de 70, outros países como Canadá, México e alguns europeus, aderiram a esse movimento numa tentativa de minimizar os efeitos da tendência à hospitalização e às fragmentações do ser humano causadas pelas especialidades médicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou debates, seminários e consultorias nos países da América Latina, com o objetivo de divulgação dessas propostas (Vasconcelos, 1999). No entanto, nessa época, como vimos anteriormente, o Brasil passava por um momento político que não priorizava tais mudanças na saúde.

Nos anos 90, houve uma revalorização do tema família, o que levou muitos profissionais a pensarem suas intervenções voltadas ao contexto familiar e à

comunidade. A implantação em escala nacional do programa de médico de família em Cuba também contribuiu para essas reflexões alcançarem nosso País. Em 1993, o Ministério da Saúde reuniu profissionais com experiências na saúde de primeiro nível¹ para debater a incursão de um projeto semelhante, deslocando a figura do médico do espaço central da saúde, valorizando mais a equipe multiprofissional e também se baseando em um modelo de nível local (Vasconcelos, op.cit.).

O Ministério da Saúde regulamentou o Programa de Saúde da Família (PSF) através da Portaria/MS Nº 692, de 25 de março de 1994, publicado no Diário Oficial da União – DOU, Nº 060, de 29 de março de 1994, Seção 1, página 4572 (Brasil, 1994), o qual já vinha sendo experienciado em algumas cidades do País, principalmente nas regiões Norte/Nordeste abrangendo locais de precária cobertura da assistência à saúde.

A sua regulamentação ocorreu em função da necessidade de se estabelecer solidamente um modo de funcionar o Sistema de Saúde que propusesse definitivamente a efetivação do SUS, em que PSF operasse com a função de resolver a maior parte dos problemas básicos de saúde, investindo também na promoção da saúde. Tanto que, apesar de ter expandido o nome Programa de Saúde da Família, este não está sendo caracterizado pelo Ministério da Saúde como um programa novo a ser implantado mas sim, como uma estratégia, pois não traz propostas inovadoras diferenciadas do SUS, mas a consolidação de todos os seus princípios, no auxílio de sua expansão. Mendes (1996) discutiu essa questão referindo que a estratégia Saúde da Família não se trata de um programa e nem de uma medicina simplificada, apesar de ter preferências para as populações mais necessitadas de cuidados com a saúde. Assim, o PSF surgiu como uma estratégia do SUS, fortalecendo ainda mais as propostas deste.

O PSF, em seu início, tinha a meta de atingir um total de 32 milhões de pessoas. Esse objetivo, porém, ia contra um dos princípios básicos propostos pelo SUS – a Universalidade. Essa questão, e também por interesses de alguns grupos econômicos nacionais e internacionais, deixou margem a errôneas interpretações,

¹ Prof. Doutor Armando Cypriano Pires, da Universidade Federal Fluminense (UFF), sugere a substituição da expressão atenção primária para atenção de primeiro nível, por primária remeter a algo precário, primata. “Primeiro encontro Temático sobre Atenção Primária à Saúde, realizado na cidade de Ribeirão Preto, na Faculdade de Medicina da USP em 21/10/00”.

tais como a de ter sido um programa elaborado para pobres, ou ter recortes para populações específicas, como mulheres e crianças. Aos poucos, essa imagem vem se dissipando, pois, segundo Vasconcellos (1998), este veio responder a uma tendência mundial de redução de custos, “desmedicalização” da medicina e humanização dos serviços.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil/MS, 1997), o PSF possui como objetivos gerais a reorientação do modelo assistencial, a ênfase na atenção básica, a definição de responsabilidades entre o Sistema de Saúde e a população, tudo isso em conformidade com os princípios e doutrinas do SUS. O programa segue a política da complementariedade, não existindo como um atendimento isolado, mas fazendo parte de todo o sistema hierárquico local, devendo ser a porta de entrada dos usuários. A intersetorialidade também é evidenciada, tendo a saúde estendida para outros setores como saneamento, educação, alimentação, moradia, etc., todos sendo entendidos como qualidade de vida para a saúde.

O PSF consiste no trabalho de equipes de saúde, formalmente compostas por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários de saúde para cada equipe. A composição de outros profissionais para o trabalho dependerá da necessidade local e será avaliada a sua inclusão dentro da equipe e também pelo município. O agente comunitário de saúde é o mais novo integrante das equipes de saúde e seu trabalho é de grande potencialidade transformadora para o PSF, pois é ele que faz a ponte entre a comunidade e a equipe, trazendo outros fatores que interferem nos riscos à saúde e que, muitas vezes, não são acessíveis à equipe. Mais que isso, são moradores do próprio local de trabalho, conhecendo de perto o território a se intervir, suas especificidades e dinâmica de funcionamento do bairro.

Cada equipe é responsável por uma região delimitada, habitada por 600 a 1.000 famílias ou 4.500 pessoas, no máximo. O planejamento da assistência assim como foi proposto, deve ser centrado nas necessidades da comunidade que ali reside, e seus objetivos devem se aproximar ao máximo das peculiaridades locais. De acordo com o SUS, a intervenção no PSF privilegia a integralidade do indivíduo, inserido num cotidiano e pertencente a uma família.

O espaço delimitado para a implantação do PSF é chamado de território, não correspondendo apenas ao seu aspecto geofísico, mas também atento às características do local e da população, para que a intervenção possa ser

contextualizada de acordo com cada região específica. Os profissionais realizam os atendimentos nos Núcleos de Saúde da Família (NSF), acompanhando constantemente as famílias, independente de estarem adoecidas ou não, e, quando necessário, prestam atendimento domiciliar. Os agentes comunitários de saúde são os que passam maior tempo em contato direto com a comunidade, realizando visitas mensais aos domicílios.

Como trabalho de intervenção na atenção de primeiro nível, o PSF deve enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças facilitando uma maior proximidade e acolhimento às famílias. O acolhimento se caracteriza como uma modalidade de intervenção usuário-centrada incentivada na proposta do SUS, visando a auxiliar na reorganização do serviço de saúde, estabelecendo uma relação mais próxima com o usuário em suas demandas. A proposta do PSF tenta contemplar essa intervenção com as famílias (Franco, Bueno e Merhy, s/d).

A família é abordada como um subsistema dinâmico, através do qual o profissional de saúde tentará estabelecer uma relação interpessoal de interesse, de observação participante, de disposição e de visitas constantes (Ricardo, Carballás, Corral, Sacasas, Mirabal, 1985.). Segundo Bastos & Trad (1998), é na família que se organiza o eixo do espaço social dos indivíduos, e a noção de risco e de saúde/doença é construída historicamente e contextualizadas dentro desse âmbito da vida cotidiana familiar. Portanto, a investigação da família como locus de desenvolvimento é fundamental para que se compreenda seu processo de cuidados cotidianos.

O trabalho em saúde voltado ao sistema familiar não é recente, pelo contrário, já foi praticado desde o século XIX através do movimento higienista. Tal movimento colocava a instituição família necessitada de intervenções controladoras, já que era considerada como não tendo condições de proteger seus membros. A partir desse discurso, instauraram-se normas higienistas de educação, alimentação, limpeza e também de práticas morais e de “bons costumes”, com controles rígidos e periódicos. A família passou muito tempo sob o olhar “protetor” do saber médico, sendo que alguns conceitos daquela época perduram até os dias de hoje (Costa, 1983).

Com a proposta de se intervir novamente junto às famílias, há de se tomar o cuidado para não repetir o modelo anterior, de polícia médica, com o intuito de controle e normatização dos costumes, descontextualizando os processos de construção do sistema familiar e não respeitando a cultura local. Para que esse

modelo não perdure, é preciso compreender a dinâmica das famílias, sua inserção na sociedade e, assim, a postura que o profissional irá adotar ao abordá-la em seu atendimento, sem descaracterizar sua cultura. É necessário que a construção de propostas de intervenção junto às famílias locais esteja contextualizada com o modo de vivência destas. Diante dessas questões, será necessário refletir e abrir uma ampla discussão com a equipe de saúde sobre qual a melhor maneira de se elaborar um modelo de intervenção. Para as famílias ou com as famílias?

Dominguez (1998), médico cubano que, atualmente, mora no Brasil assessorando municípios na implantação do PSF, refere-se à importância de se abordarem temas que propiciem debates visando à construção de uma saúde local. Aponta algumas questões que fundamentam o trabalho das equipes do PSF: educativa, propõe o incentivo à população na participação dos planejamentos e controle das ações de saúde, buscando uma melhor qualidade de vida; globalidade, atenção integral a toda população e não somente aos doentes; atenção de saúde ativa, a intervenção se faz importante para além da clínica, com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; continuidade da atenção, acompanhando as famílias continuamente, no lar, no ambulatório, em emergências e também em caso de internação hospitalar; sistema de encaminhamento, regionalização e contra-referência, isto é, encaminhar as pessoas para outros sistemas de saúde sempre que houver necessidade e recebê-las de volta para a continuidade do tratamento; informação estatística, manter sempre o sistema de informação atualizado para controle e avaliação do trabalho; educação continuada, a atualização dos profissionais deve estar prevista através dos programas oferecidos de capacitação.

Dentre suas principais metas, o PSF pretende a reorganização das práticas de trabalho que, tradicionalmente, vinham sendo operadas na saúde, desprivilegiando a coletividade, elaboradas distantes das necessidades da população. Para isso, algumas premissas são inseridas como fundamentais para viabilizar seu bom funcionamento. Dentre elas citam-se cinco principais:

1. Abordagem interdisciplinar da equipe

O trabalho do PSF aposta na interligação dos diferentes profissionais para que a intervenção possa ser mais global e articulada, resultando numa análise mais ampla da saúde, com diversos olhares contribuidores.

Rosa (1987), em sua pesquisa, caracterizou a abordagem multiprofissional como fundamental, com a busca de espaços comuns dentro das várias

especialidades viabilizando uma atuação mais harmoniosa, para que os processos de decisão e execução na equipe não se tornem dissociados.

2. Ênfase na promoção de saúde

Esse enfoque propõe a vinculação da saúde a processos mais amplos do que aspectos biológicos e genéticos. A saúde associada à qualidade de vida e bem-estar das pessoas. A vida cultural, social e econômica incorporada como parte do processo saúde/doença. Suas ações se dão no sentido do aumento do bem-estar geral, em todos os setores da vida – profissional, familiar, social, etc.

3. Participação comunitária e controle social

Como foi visto, a promoção de saúde pressupõe o trabalho com a comunidade e a participação ativa da própria população na elaboração de ações para sua saúde na construção de condições para qualidade de vida no seu bairro.

A Constituição de 1988, junto às discussões da ampliação da saúde, legitimou o direito à participação popular sob o nome de controle social. Viu-se fundamental a garantia dessa participação não apenas na construção das ações em saúde, mas também na sua manutenção e avaliação. Participação muito discutida na implantação do SUS, apareceu com mais força através do PSF.

4. Acompanhamento e avaliação

Está previsto o acompanhamento constante e avaliação do PSF em todo o País através do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Todo os meses os Núcleos de Saúde da Família (NSF) inserem seus dados de produção mensal de intervenções via computador e é encaminhado para uma central que acompanha o andamento dos PSFs. Com isso o próprio serviço tem o controle de suas atividades, podendo constantemente se debruçar sobre esses dados ampliando, transformando as ações, gerando discussões para uma melhor intervenção. O Ministério da Saúde, com essas informações, também tem condições de avaliar nacionalmente o andamento e funcionamento dos PSFs.

5. Formação do profissional de saúde

Esta premissa é de fundamental importância para o constante desenvolvimento do PSF. Desde os primeiros debates para a regulamentação do SUS, já era discutida a importância de um profissional qualificado para o trabalho, com um perfil diferenciado, principalmente dentro da atenção de primeiro nível, que requer uma intervenção bastante complexa. Não a complexidade tecnológica, mas a inter-relação equipe/comunidade e equipe/equipe, da aproximação, do vínculo. A capacitação constante desse profissional, por meio de cursos e participação em

atividades possibilita a potencialização dessa linha de ação. A educação continuada é parte inerente prevista pelo PSF.

Dessas cinco premissas citadas, algumas questões são levantadas. Primeiramente, ao se falar de um trabalho de equipe, em que profissionais atuam conjuntamente, surge a dificuldade em estabelecer limites do saber de cada um e sua respectiva atuação. Qual a especificidade de cada disciplina e qual o saber comum, compartilhado entre elas? Onde termina uma prática e se inicia outra?

A maior dificuldade, no entanto, é compreender e se chegar a um consenso de qual é o contorno das especificidades de cada profissão. Campos, Chakour e Santos (1997) propuseram um modelo que denominaram campo de competência e núcleo de competência.

O campo seria o espaço onde circulam diversos saberes, conhecimentos e práticas que são da competência do profissional da saúde em geral, independente de sua primeira formação. No núcleo concentrar-se-iam especificidades do profissional, exclusivas da sua formação acadêmica ou de sua especialidade.

Esse modo de organização possui a pretensão de auxiliar a equipe na atribuição de responsabilidades. A autonomia do profissional também é algo valorizado no trabalho de equipe, tendo ele autorização e espaço para exercer toda sua capacidade e criatividade no planejamento e execução das atividades.

No entanto, levanta-se a problemática de que a autonomia poderia levar a atuações dicotômicas, cada profissional privilegiando uma linha de trabalho, distanciando-se, muitas vezes, de planos e metas estabelecidos conjuntamente pela equipe.

Campos (1998) discutiu essa questão, trazendo o conceito de autonomia-responsabilidade. Tal conceito acredita que o trabalhador que obtém uma permissão mais livre de organização de suas tarefas produz com maior prazer e, conseqüentemente, realiza um melhor trabalho. As tarefas, no entanto, devem possuir uma certa diretriz organizacional, um certo controle institucional para que se possam cumprir metas de funcionamento já estabelecidas *a priori* pela instituição de saúde, garantindo a manutenção dos objetivos do planejamento.

Para Campos (op.cit.), a atuação em equipe num projeto interdisciplinar estimula o processo dialógico e interacional dos profissionais, possibilitando uma integração da visão biológica, social e subjetiva nos processos de trabalho e uma maior articulação dos profissionais na elaboração de projetos de intervenção.

A premissa da promoção de saúde, privilegiada no PSF, não se caracteriza como um instrumento exclusivo deste. Os movimentos para uma atenção mais voltada à promoção de saúde ocorrem no âmbito internacional e anteriormente ao PSF, já numa tendência mundial de reorientação dos modelos assistenciais em saúde. O marco dessa tendência foi a Conferência de Alma Ata, URSS, sobre Atenção Primária à Saúde em 1978 (Declaration, 1978). Discutiram-se ações privilegiando a promoção de saúde e prevenção de doenças com o objetivo de se alcançar “saúde para todos no ano 2000”, consigna lançada pela Assembléia Mundial de Saúde. Na década de 80 e 90, conferências voltadas a essa tendência foram realizadas em diversos locais. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde foi realizada em Ottawa (Ottawa, 1986) e debatidos temas semelhantes ao da VIII Conferência Nacional de Saúde, que também ocorreu em 1986, apontando que a busca por mudanças estava sendo geral. Dessa conferência internacional, resultou uma carta onde se propôs uma nova conceituação sobre a saúde e algumas condições e requisitos para se alcançá-la:

The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity (p.1)

A carta ainda enfatizou a promoção de saúde e questões importantes para seu alcance, quais sejam: elaboração de uma política pública saudável; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da participação comunitária; favorecimento do desenvolvimento pessoal para que indivíduos tenham maior controle sobre sua própria saúde; reorientação dos serviços de saúde para o alcance de um futuro diferente (Ottawa op.cit).

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Austrália em 1988, obteve como resultado final a Declaração de Adelaide, enfatizando a necessidade da criação de políticas públicas saudáveis, identificando quatro áreas principais para isso: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e condições propícias de saúde (Conference, 1988). A 3ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Sundsvall em junho de 1991,

reforçou a quarta proposta da declaração de Adelaide e estendeu a discussão, esmiuçando em quatro partes as condições propícias para a saúde – considerar as dimensões sociais, políticas, econômicas e reconhecer a competência e conhecimento feminino, visto que as mulheres deveriam intervir mais nessas dimensões (Statement, 1991). Em julho de 1997, a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Jakarta, vem reforçar ainda mais a saúde como direito humano básico e fundamental para o desenvolvimento econômico e social, fazendo uma preparação para o próximo século, com questões importantes a serem alcançadas até o ano 2000, tendo como eixo a Carta de Ottawa (Declaración, 1997). Todas essas discussões foram ampliando e valorizando o campo da saúde, com tendências ao investimento na qualidade de vida das pessoas, ou seja, na promoção e prevenção.

No Brasil, as discussões políticas sobre o modelo de atenção de primeiro nível, enfatizando a promoção à saúde, nessa época, variavam dentro de algumas tendências (Vasconcelos, 1999): por um lado a proposta da volta do médico de família liberal, trazendo-o para o contexto da atenção de primeiro nível, tendo como figura central o papel do médico; outra proposta para a saúde, partiu de profissionais com larga experiência em comunidade, com intervenções realizadas de forma mais autônoma, independente do aparelho estatal, não sendo porém o trabalho valorizado pela sua estereotipia, caracterizado como medicina de pobre; e uma terceira proposta, elaborada pelos profissionais que estavam diretamente envolvidos com a reforma do Sistema de Saúde, que se caracterizou pela multiplicação dos serviços básicos de saúde, sendo esta a que se tornou hegemônica e portanto mais amplamente implantada nesse momento. No entanto, esses profissionais, responsáveis pela ampliação dos serviços de saúde, não possuíam vivência comunitária e não tinham preocupações quanto à inadequação da prática médica tradicional aos meios populares, havendo então a incorporação de serviços preventivos e coletivos dentro de um padrão tecnicado e especializado, sem qualquer capacitação dos profissionais para esta transposição.

A proposta do PSF tenta romper com essa tecnicização num trabalho que privilegie maior proximidade com a comunidade, havendo momentos em que a equipe faz atuações inserida nesta (visitas, grupos e atividades nas casas, praças, ruas, etc.), momentos em que é necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde (ambulatórios mais especializados ou internações hospitalares) e também momentos onde a comunidade vai até a equipe buscar ajuda (consultas,

orientações e grupos). Para uma postura diferenciada enfatiza-se o vínculo entre a equipe de trabalho e a comunidade a se intervir, para que espaços de reconhecimento mútuo possam ser construídos. Essa ênfase dada ao serviço está nos princípios vigentes da promoção de saúde.

Pensar num trabalho priorizando a promoção de saúde significa intervir diretamente com a própria comunidade, no dia-a-dia da população. Como o objetivo do PSF é a promoção de saúde e a qualidade de vida das pessoas em seu cotidiano, então a proposta é que essa qualidade seja garantida e mantida no próprio ambiente em que vivem e que essas pessoas sejam participantes ativas desta manutenção.

Suas atividades (da promoção de saúde) estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades ("empowerment") (Buss, 1998, p.5).

O modo como tem se dado a participação popular no decorrer das épocas e a importância dela para o fortalecimento da promoção de saúde, levam a necessidade da ampliação dessa participação e a aproximação da população com a equipe de profissionais.

Assim, a questão da participação não deve ser entendida como concessão ou normatividade burocrática, mas como pré-requisito institucional e político para a definição da "saúde que queremos". Não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas (Buss et al., 1998, p.35).

A proposta de participação comunitária leva a uma urgência de repensar e analisar como vem se estruturando o significado da intervenção na comunidade, como vem se dando a inserção da promoção de saúde nesta, para que formas eficazes e efetivas de trabalho possam ser elaboradas, condizentes com as propostas emergentes dos modelos de assistência à saúde.

Jewkes & Murcott (1996) realizaram uma pesquisa sobre o significado de comunidade na promoção da saúde e observaram a idéia de participação comunitária em quase todas as declarações nacionais e internacionais a respeito de saúde e de sua promoção. Também puderam registrar em entrevistas, que dependendo da função que a pessoa exerce na sociedade, ela possui uma idéia

diferente de comunidade. Também há variação da visão, quando um indivíduo faz parte ou não desta. A comunidade foi caracterizada de várias formas, tais como: conjunto de pessoas que dividem o mesmo espaço; ligação residencial; etnia; grupos etários, etc. Os autores ainda alertam para o modo como são elaboradas e realizadas as intervenções com as comunidades, em que a atuação passa por dificuldades e transformações, pois a teoria é estática, mas a prática não. Essa pesquisa indica que os conceitos de comunidade e participação variam de acordo com a vivência das pessoas, mostrando que qualquer intervenção deve ser construída a partir do contexto local e não elaborada dentro de teorias pré-fabricadas sobre essas questões.

A questão da participação comunitária e do controle social no Brasil tem suas especificidades.

Na história do desenvolvimento de nosso País – país colônia com finalidades exploratórias de extração de suas riquezas e escravização de seu povo – a opressão não permitiu uma experiência larga em participação popular, muito menos em movimentos de direito à qualidade de vida. As pessoas não possuíam espaços para reivindicação de seus direitos. Esses direitos estavam associados ao poder de influência: para se obter acesso a qualquer bem social era necessário ter uma relação de apadrinhamento com quem estivesse no poder, e então havia a preferência, caso contrário, as portas estavam fechadas. Isso influencia até os dias de hoje a sociedade brasileira, dificultando o estabelecimento da condição de cidadania (Damatta, 1997).

Apesar da história do País trazer essas dificuldades para as mobilizações sociais, Vasconcelos (2000; 1999) abordou os movimentos populares em saúde em suas várias formas – crendo na sua viabilidade – através do trabalho da Educação Popular. Este método foi originalmente pensado por Paulo Freire através da pedagogia da libertação, e suas propostas de intervenção são provenientes de construções conjuntas entre os profissionais de saúde e a comunidade. Vasconcelos (op.cit.) refere ainda que os movimentos sociais vêm sofrendo diversas modificações desde a ditadura militar, época em que muitos dos profissionais que trabalhavam nessa linha foram obrigados a se calar, evitando manifestações populares contraditórias ao Sistema. Com a vinda da democracia, maior acesso às leis e a participação formal em instâncias políticas (como os conselhos de saúde), houve uma diminuição dos movimentos de base e um aumento de movimentos mais amplos, em que a sociedade civil passou a participar

mais ativamente nas questões políticas da sociedade e do Estado. Os movimentos populares têm se tornado mais organizados e conseqüentemente mais burocratizados o que causa a sensação de declínio da participação comunitária. Vasconcelos (2000) atentou para a necessidade de se compreenderem as peculiaridades dessas mudanças que vêm ocorrendo para que seja possível estabelecer suas possibilidades e limites. Segundo ele, não necessariamente estão acabando as participações populares, mas sim está havendo uma reorientação das formas de participação, com uma configuração diferente das épocas anteriores.

Respaldo constitucionalmente, o controle social deve ser incentivado pelos profissionais. A maneira legal de ser exercido é através dos conselhos de saúde, onde a população tem acesso às informações do que está ocorrendo e como estão funcionando os planejamentos em saúde e a intervenção local (Barros, 1994). Os conselhos de saúde são órgãos ou instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Sua composição é tripartite e paritária, isto é, compostos por conselheiros em três níveis: 25% de trabalhadores de saúde, 25% de prestadores de serviços (público e privado) e 50% de usuários, escolhidos por membros de sua classe com direito a voz e voto. Além disso, as reuniões do conselho são abertas para toda a população com direito a voz (Brasil/MS 1992b).

Na XI Conferência Nacional de Saúde ocorrida em dezembro de 2000, o principal tema debatido foi a efetivação do SUS através do controle social. Com vários grupos de estudo, refletiram-se estratégias potencializadoras de ampliação da participação da comunidade nas questões da saúde, principalmente por meio do exercício do controle social, promovendo acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde. Nas avaliações da conferência, foi consensual o avanço do controle social no País, principalmente através dos conselhos de saúde, que estão funcionando em muitos municípios (Brasil/MS, 2000a).

Nessa perspectiva de promoção de saúde e participação comunitária como promotores de um PSF estratégico para o SUS, torna-se de fundamental importância trazer as vozes da comunidade para esse processo de implantação.

CRÍTICAS AO PSF – O OUTRO LADO DA MOEDA

Apesar de todo o ânimo e também do PSF estar nas agendas de saúde de todo o País como instrumento privilegiado de estratégia, muitas críticas têm sido feitas por profissionais envolvidos na área da Saúde Pública, os quais propõem um

olhar mais atento para que não se caia nas garras da ingenuidade, acreditando que a mudança esteja feita desde o momento em que uma estratégia é adotada.

Já no início das implantações do PSF, críticas sobre a falta de mão-de-obra qualificada, atenção voltada apenas para as camadas pobres da sociedade e a intervenção permanecendo ainda centrada na figura do médico já estavam sendo publicadas gerando debates (Pustai, 1994).

Franco e Merhy (1999a; 1999b), sanitaristas da Unicamp, debateram a questão do PSF como um programa que não tem potência para mudar o modelo tecno-assistencial brasileiro devido a alguns fatores como: ter uma incursão muito pequena na área clínica, priorizando somente ações de promoção de saúde; por não ter esquemas de atendimento da demanda espontânea; por não romper com a dinâmica medico-centrada, tendo sido um programa implantado pelo governo muito mais para a redução dos custos em saúde do que para uma humanização dos serviços voltados às necessidades da população.

Bech (2000) fez uma crítica às apreciações de Franco e Merhy (op.cit.) sobre o PSF, considerando que a aspiração de que não se necessite de consultas espontâneas realmente ocorre, mas ela é para o futuro, onde a realização de outros tipos de intervenção mais promocionais e de prevenção diluiriam as necessidades de consulta, podendo se programar as prementes e agendar as periódicas.

Porém, enquanto não houver uma total reorganização dos serviços, o atendimento de demandas espontâneas continuará ocorrendo, e para isso havendo uma organização na rotina do serviço. Afirmou ainda que o potencial transformador não é o território em si (regionalização), mas sim das características do trabalho, sendo este vivo, multiprofissional, abrangendo os diversos locais da vida das pessoas e também praticando a vigilância à saúde – constituindo a principal arma na mudança de modelo.

Ainda nas críticas ao PSF, Salum (1999) também alertou para o cuidado de não assumir o PSF um caráter perverso, racionalizador, estruturado para atender às demandas do sistema neoliberal e o Banco Mundial, no sentido de que gastos públicos seriam enviados para a atenção básica, mais coletiva, priorizando a promoção de saúde e poucos procedimentos, enquanto os aspectos curativos com mais procedimentos, de atenção secundária e terciária ficariam a cargo das instâncias privadas, sujeitas às concorrências do mercado livre, bastante atraente para o sistema capitalista.

Outra questão que Salum (op.cit.) incita a pensar é que o PSF tem se voltado principalmente no acompanhamento das famílias de risco, mantendo o conceito curativo de saúde. Nessa linha de pensamento, Miranda (1998) apontou que apesar de, em tese, os cuidados dos profissionais no PSF com a população serem o de responsabilidade com a saúde integral, o que ocorre na prática é uma preocupação com a resolutividade clínica dos problemas. Para Miranda (op.cit.), o enfoque setorial da saúde traz questões as quais ele denominou de paradogmáticas, traduzindo-se por uma mistura de novos paradigmas com velhos dogmas. Os paradogmas da saúde dizem respeito a uma nova abordagem, centrada na coletividade, humanização e contextualização dos processos saúde/doença, porém subordinada à lógica econômica, cultural e social acumulada no sistema neoliberal.

A forma como o Ministério da Saúde propõe e financia a implantação do PSF, segundo Miranda (1998),

(...) se configura como uma panacéia de ordenação vertical, autoritária e em flagrante desconsideração ao sentido de pluralidade e possibilidade de interação/intermediação com outras experiências brasileiras, anteriores ou atuais, de Atenção Básica da Saúde (p. 02).

Discussões bastante atualizadas, como a de Furtado (apud Conselho 2001), evidenciam que as preocupações quanto ao funcionamento do PSF crescem proporcionalmente às suas implantações. Ela insere a questão da importância da integração entre os profissionais de saúde, como psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos, etc, mas também e principalmente a integração entre o próprio SUS, que deve possuir uma rede assistencial única sendo capaz de estabelecer uma relação entre todos os níveis de atenção num esquema de referência e contra-referência. A autora lamenta que a realidade atual tem se caracterizado numa prática fragmentada, sendo que muitas vezes o PSF tem sido visto como um outro SUS, à parte.

Pode-se perceber que o PSF é assunto de grandes polêmicas, com grupos contra, a favor, mais otimistas, mais pessimistas, porém todos eles com versões no mínimo interessantes a serem pensadas.

O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de avaliação para observar como a estratégia Saúde da Família tem sido operacionalizada nos municípios brasileiros, se está sendo efetiva ou não, de forma a expor o funcionamento da reorganização da atenção básica (Brasil/MS,2000b). Foram enviados questionários

a 24 Estados do País, para coordenadores estaduais do PSF e secretários municipais de saúde (81,8% de respostas obtidas) e para as equipes de Saúde da Família (75,9% de respostas obtidas). Observou-se que 71% dos profissionais acreditam que o PSF tem sido uma boa estratégia para a reorganização da atenção básica à saúde, devido ao compromisso com a mudança e a resolutividade elevada das equipes. Já 29% deles acreditam que ainda não se tornou uma boa estratégia por se centrar mais no discurso e não na prática e também por haver pouca cobertura da população, porém acreditando que pode vir a se tornar eficaz por ser uma prioridade do Estado, mostrando assim que há uma perspectiva positiva dos profissionais diretamente ligados ao trabalho, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas e a se enfrentar.

Mesmo com todas essas preocupações e críticas lançadas por profissionais, o PSF continua crescendo e avançando em todo País. Em 1994 eram 328 equipes, em 1998 já somavam 3.500 (Laprega, 1998), e de acordo com o Ministério da Saúde, em agosto de 1999 foram registradas 4.051 equipes e 1533 municípios funcionando com o PSF (Brasil/MS, 1999). Só no Estado de São Paulo são 847 equipes e 5.861 agentes comunitários de saúde (Secretaria de Estado da Saúde, 2001).

Há de se fazer um contraponto sobre todas essas questões acima discutidas. As tentativas de inserir o Sistema de Saúde num percurso diferente do que ele tradicionalmente vinha sendo estabelecido são grandes, abrangendo esforços que vão desde o Ministério da Saúde até os menores municípios na tentativa de uma intervenção mais humana e eficaz. Profissionais ligados à reforma sanitária continuam articulados nas lutas por uma saúde melhor e mais integralizada. A estratégia Saúde da Família é moderna, criativa, humana e próxima à população, porém colocada em prática percebe-se uma grande dificuldade na aplicação de seus princípios – ainda se repetem os velhos padrões. A vontade de muitos é boa e grande, mas a práxis nos mostra repetições de modelos antigos. Seriam os paradogmas? Todas as novas propostas caem nas amarras da velha ideologia hegemônica; no circuito do mercado capitalista? São questões que devem ser refletidas com afinco, pois os nós estão muito bem dados e as discussões que têm sido travadas com várias propostas de mudanças não têm sido suficientes para desfazê-los. Nem as boas intenções. É preciso localizar a ponta do nó para desatá-lo, e descobrir essa ponta se torna o diferencial para identificar o que tem impedido

a caminhada para mudanças significativas na saúde. Pois propostas não faltam, muito menos esforço, mas o nó está presente.

3- A CRISE PARADIGMÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA

Para começarmos tentar desatar esse nó, procuraremos ferramentas que possam nos auxiliar nesse árduo trabalho. Vimos um pouco da história da Saúde Pública em nosso País e as crises às quais foi remontando. Mudanças de modelos e novas estratégias não foram o suficiente para dar fim à crise. Houve melhorias e retrocessos, mas o nó sempre presente. Talvez uma ferramenta importante na reflexão desse processo de “desatação” seja entender qual é afinal a grande crise da Saúde Pública. Há alguns autores pensando nessa questão como ponto significativo para a mudança na saúde.

Primeiramente, o que estamos entendendo por Saúde Pública? Debruçando-nos na literatura sobre o tema, perceberemos uma variedade imensa de definições. Terris (1992 apud Paim & Almeida Filho, 2000) redefiniu a concepção de Saúde Pública descrita por Winslow na década de 20 – *a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade* (p.33) – por uma concepção que denomina de “Nova Saúde Pública” a qual seria: *prevenção das doenças não-infecciosas, prevenção das doenças infecciosas, promoção da saúde, melhoria da atenção médica e da reabilitação* (p.33/34).

Tarride (1998) descreveu a diversidade existente de concepções a respeito da Saúde Pública, citando a definição de diferentes autores. Entre essas concepções estão aquelas que dividem a assistência à saúde em atendimento aos indivíduos e família realizado pelo médico particular e atendimento a grupos e comunidade realizado pelos sanitaristas e aquelas que consideram a Saúde Pública uma área em que questões como pobreza, falta de esperança e economia global estão ganhando cada vez mais espaço de discussão.

Silva Junior (1998) descreve os processos da reforma sanitária, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a proposta de ampliação da saúde, a regulamentação do SUS e os novos modelos tecno-assistenciais em saúde como pertencentes ao movimento da Saúde Coletiva, não mencionando a Saúde Pública em nenhum momento.

Torna-se relevante abordar a questão da relação que se estabelece entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Paim et al. (2000) definiu as linhas demarcatórias da Saúde Coletiva como um saber historicamente produzido, suas ações como prática social e influenciada por grupos sociais, investigadora dos determinantes sociais da doença e também das organizações dos serviços de saúde, de caráter interdisciplinar, contribuindo para o estudo dos processos saúde/doença e compreendendo as necessidades e os problemas de saúde da sociedade para seu enfrentamento. Caracterizou como marco conceitual seu rompimento com o biologismo dominante e com a dependência ao modelo médico hegemônico. Por esses pontos fundamentais, Paim et al. (op. cit.) considerou a Saúde Coletiva como uma área do saber e de práticas, uma ciência, e não um desmembramento da Saúde Pública. O autor descreveu o campo da Saúde Pública como institucionalizado, refém da regulação, inserido dentro de uma crise paradigmática, enquanto a Saúde Coletiva se encontra aberta aos novos paradigmas e numa luta a favor de sua emancipação.

Campos (2000) referiu à Saúde Pública uma produção histórica e dotada de uma prática social, mas não deixou de acrescentar que a mesma tem subestimado o valor dos indivíduos na construção do cotidiano e da vida institucional. Já em relação à Saúde Coletiva, insere-a como um novo campo da saúde, com um paradigma alternativo aos modelos tradicionais, priorizando a promoção de saúde, analisando os processos saúde, adoecimento e cura sob uma perspectiva social. Porém, o autor apontou que a maneira como esta aborda seus pressupostos, acreditando superar todos os outros modelos em saúde, acaba por repetir o mesmo padrão autoritário dos discursos mais hegemônicos em saúde, e assim, acaba por se constituir como

Um novo modo de se produzir saúde, que negaria o modelo clínico e não um modo entre outros não necessariamente equivalentes, porém úteis, cada um dentro de seus limites e especificidades (p.222).

Produzindo-se como um saber superior aos demais, a Saúde Coletiva, segundo o autor, deixa de ser um modelo promissor e diferenciado para se encaixar junto aos outros modelos disciplinares, definindo-se como única alternativa viável para a saúde. Campos (2000) ressalta que todas as áreas vinculadas à saúde possuem o intuito de produzir saúde, com mais ou menos eficiência, porém esse é o objetivo de todos os modelos e não apenas o da Saúde Coletiva.

As definições a respeito da Saúde Pública, como se pode ver, são diversificadas, não havendo muitas vezes acordos entre os autores. As diferenças entre esta e a Saúde Coletiva também existem, variando de autor para autor. Alguns utilizam as nomenclaturas como intercambiáveis, outros acreditam que a Saúde Coletiva é um desmembramento da Saúde Pública e há ainda aqueles que atribuem à Saúde Coletiva a emergência de uma nova ciência. Trata-se de uma controvérsia para além dos objetivos desse estudo. A citação dessas divergências vem com o intuito de mostrar como a falta de parâmetros para definir seu campo de atuação e o não-consenso sobre suas semelhanças e diferenças dificultam seu fortalecimento, contribuindo para a manutenção da crise.

Quanto à crise da Saúde Pública, Tarride (1998) a atribuiu a um sistema causal, argumentando que não há UMA causa e sim um arsenal de acontecimentos que foram contribuindo para sua configuração. Seria muito simplificador acreditar numa única questão para isso e não ajudaria em nada a busca de sua superação. Abordou três pilares de discussão para refletir essa crise. O primeiro relativo à conceituação. Analisou que essa variedade de conceituação sobre do que trata a Saúde Pública, como já descrito acima, diz um pouco de sua crise. Há uma crise de identidade, um desacordo sobre do que cuida a Saúde Pública. Alguns autores tratam de questões relativas à busca da ausência de doença e outros abordam a perspectiva de promoção de saúde. Essas divergências trazem rixas e disputas, criando um desencontro entre os diversos profissionais e as instituições da área. O segundo pilar diz da prática da Saúde Pública. Mendéndez (1992 apud Tarride 1998) inseriu a discussão de que sua crise não diz respeito somente a questões econômicas e financeiras, mas principalmente a uma questão estrutural, no sentido da organização da estrutura, das formas de se trabalhar com a assistência à saúde, o que em seu ponto de vista, corresponde ao modelo médico hegemônico:

(...) com características estruturais como: não – sociabilidade; a-historicidade, eficácia pragmática; mercantilização da saúde-doença; orientação basicamente curativa; prática curativa baseada na eliminação do sintoma; relação de subordinação social e técnica do paciente, com a racionalidade científica como critério manifesto de exclusão de outros modelos; tendências à medicalização dos problemas e ao consumismo médico (Menendez, 1992 apud Tarride, 1998, p.28).

Finalmente, como terceiro pilar, Tarride (op.cit.) destacou a formação e investigação como propiciadoras da crise na Saúde Pública. As próprias instituições

de formação, apesar de manterem algum conteúdo padrão nas disciplinas básicas, são bastante heterogêneas no ensino de suas concepções, dificultando afinidades e agrupamentos nos diferentes cursos oferecidos. Outra questão são os profissionais atuantes que somam 89% concentrados nas áreas de biologia, matemática e técnicos estatísticos, restando apenas 11% nas áreas humanas o que significa uma formação eminentemente das ciências naturais e formais.

Dâmaso (1996) já havia associado o Sistema de Saúde com o sistema judiciário, apontando que o objetivo deste último seria o de instaurar a norma na sociedade e o da primeira seria a normalidade através do resgate dos indivíduos sãos. Comparou a prescrição médica com a sanção legal da justiça.

Para o autor, esse modo repressor de abordar a população, como forma de manter ou restabelecer sua saúde, só faz agravar a sua crise.

Não encontramos ainda nas políticas públicas de saúde – a não ser recentes e incipientes tentativas de desinstitucionalização de serviços no campo da saúde mental – esforços destinados a promover uma autêntica evolução ética fundada no critério principal de auto-responsabilidade. Não soubemos ainda repensar a forma e a função do Estado ante um sujeito-cidadão-saúde, incitado, pela sua subjetividade ética radical, a romper com toda e qualquer forma de determinismo terapêutico (Dâmaso, op.cit. p.287/288).

Paim et al. (2000) fazem uma discussão sobre paradigmas para justificar a crise da Saúde Pública, partindo da definição de Kuhn de paradigma:

(...) construção destinada à organização do raciocínio, fonte de construção lógica das explicações, firmando as regras elementares de uma dada sintaxe do pensamento científico e assim tornando-se matriz para modelos teóricos (p.20).

Definindo em termos mais comuns, seria um conjunto de crenças e valores que são compartilhados por um conjunto de pessoas, a respeito de um assunto, dentro de um determinado tempo e local específico e que serve como referencial para ações.

O paradigma da saúde, segundo Paim et al. (op.cit.), está fundamentado no referencial positivista, o qual considera a realidade como algo externo ao ser humano, fixo e que comanda o conhecimento das coisas. A saúde como possuidora de funcionamento mecânico (corpo com seus órgãos) e podendo ser explicitada a partir das peças que o compõe. As questões políticas, sociais e culturais não são

discutidas como parte inerente desse funcionamento, simplificando todo o processo de aquisição e administração da saúde. Portanto, a crise da Saúde Pública estaria centrada nessa questão paradigmática. Segundo Paim et al. (2000), novos paradigmas estão sendo definidos, no intuito de superação da crise, com conceituações mais voltadas à não-linearidade, à não-existência de um causalismo simples para as questões da saúde, e admissão de paradoxos dentro desta. A proposta, segundo o autor, não é de uma reestruturação da Saúde Pública, mas de uma 'Nova Saúde Pública', assentada num novo paradigma. Para isso, seria necessário gerar discussões no âmbito político, social, nos terrenos teóricos e também da práxis para se instaurar políticas públicas saudáveis.

Tarride (1998) também propôs que houvesse uma mudança para uma 'Nova Saúde Pública'. Para isso, sistemas locais de saúde seriam construídos em contrapartida a uma posição individualista, tecnicista e ao empobrecimento da participação estatal no financiamento à saúde. Insere como fundamental a colocação da questão da crise em um outro ponto de vista: da compreensão do que se quer dizer por Saúde Pública e poder pensar seus problemas dentro dela própria. A busca por verdades absolutas, segundo o autor, transforma a saúde em algo que existe *a priori*, quando deveria ser pensada em relação às coisas e pessoas, construída a partir daquilo que falamos e fazemos dela.

A ampliação deste entendimento permite destacar a saúde como uma rede de conversações entre seres humanos a respeito de seus desempenhos individuais em ambientes sociais e naturais. (...). Somos nós, então, que devemos especificar a saúde que queiramos, dentro de uma realidade aceitável, dadas as condições sociais e ambientais em que nos desenvolvemos. (Tarride, 1998, p. 93/92).

Todas as considerações acima dos autores nos levam a pensar numa crise da saúde sem-fim, atribuindo definições variadas da Saúde Pública/Coletiva, e também por centrar questões de ordem cultural/histórica numa perspectiva positivista, dificultando a atenção a aspectos peculiares da saúde de cada localidade e impedindo o rompimento com o padrão já estabelecido.

Garcia (1992) trouxe uma proposta alternativa para superação da crise na saúde, uma mudança não somente da Saúde Pública, mas também da Saúde Coletiva, que segundo ele, apesar de trazer propostas de uma ampliação da visão de saúde para um âmbito mais social, a disciplina não traz a discussão dos paradoxos existentes entre as diversas áreas de saúde nem as diferentes

propostas elaboradas para a ação em saúde. O autor propôs um novo modelo – a ser inventado – que possa abordar os paradoxos, as dialéticas na saúde e principalmente assumir as dificuldades estabelecidas pelas relações de poder entre médico/paciente, Sistema de Saúde/trabalhador em saúde. Um modelo que encare essas questões, sem encobri-las, para assim, haver condições de transpor a crise para algo produtivo na saúde.

Campos (1997b) também trouxe um questionamento da crise e do porquê tantas mudanças são propostas e os impasses sempre continuam presentes. As pessoas lutam e lutam e acabam por desanimar sem que suas aspirações tenham sido alcançadas. O que estaria acontecendo? Como reanimar as pessoas, os grupos e a coletividade, tirando-os do pessimismo, havendo efetividade nas mudanças? Suas reflexões e propostas (Campos 1997b; 2000) para a crise são o repensar a Saúde Coletiva privilegiando seus vários aspectos. A superação da crise na saúde depende tanto dos movimentos sociais e culturais, mudanças dos valores hegemônicos da saúde, como das alterações das estruturas concretas de funcionamento das instituições sociais. Nessa perspectiva, Campos (2000) ainda propôs uma teoria sobre produção de saúde, baseada em práticas sanitárias, que abrangessem todo o seu campo e não a especificidade de uma área somente. Essa teoria se assentaria em produções sobre a questão saúde–doença–intervenção, na promoção de sujeitos saudáveis através da crença de que são cidadãos possuidores de crítica e reflexão próprias, servindo assim de base para os distintos saberes em saúde, e não somente monopólio da Saúde Coletiva.

A Saúde Pública, em algumas de suas perspectivas, aquelas que estabelecem uma visão de saúde disciplinadora, com regras a se cumprir para o seu alcance, da qualidade de vida estabelecida através de comportamentos selecionados e considerados apropriados para se viver bem, do determinismo em dizer quais são as melhores maneiras de prevenir doenças – se torna uma prática autoritária, verticalizada e conseqüentemente com poucas possibilidades de vincular-se à população e criar redes de participação conjunta.

Os modelos de intervenção podem até se transformar, porém a crise permanecerá, pois a máxima da questão não são as práticas concretas de saúde que fazem as crises, mas a filosofia com que elas têm sido construídas e implementadas.

Um olhar atento para todos esses questionamentos que os autores fizeram sobre as práticas de saúde e sua crise possibilita arriscar dizer que a ponta do nó é

epistemológica. O modo como vem sendo fundada a produção de conhecimento sobre saúde e conseqüentemente embasando os pilares de suas práticas, se mostra comprometido com a crise estabelecida. A discussão que gera dessa crise, sobre a necessidade de novos paradigmas na Saúde Pública, traz à tona a indagação do que se faz urgente mudar. As definições e os significados que se têm atribuído às práticas de saúde, desdobram-se em intervenções de promoção, prevenção, intervenção e cura. O que nos parece é que apesar de haver propostas para essas mudanças e estas estarem se aprimorando no decorrer dos anos, o modo como operam, repetem-se nas diferentes abordagens das intervenções em saúde. E nesse sentido a proposta de modelos diferenciados, por si só, não altera o paradigma, se as concepções estiverem centradas em formas antigas, tais como: relação assimétrica entre profissional/usuário; detenção do saber nas mãos do profissional; ações – por mais promotoras de saúde que sejam – estruturadas a partir de prioridades da equipe e, na maioria das vezes, centrada em concepções universais do que se seja cuidar da saúde. Faz-se urgente debruçar sobre essas questões e repensar não apenas quais são os planos estratégicos nas políticas de saúde, mas principalmente como estão sendo elaborados, sob quais pilares, caso contrário estaremos constantemente criando formas de intervir em saúde, fadadas à repetição, e a crise permanecerá com seu nó atado.

As concepções de saúde/doença têm sido objeto de estudo de muitos profissionais, surgindo como alternativa rumo a um novo repensar e planejar as intervenções em saúde, enfatizando a necessidade de contextualização das ações e levando-se em conta as percepções das populações em suas vivências no lidar com sua saúde. Várias pesquisas têm sido desenvolvidas abordando questões técnicas e teóricas a esse respeito. Há um esforço em se compreender seus aspectos biológicos, psíquicos e culturais e quais são os impactos frente ao modo de viver na sociedade (Campos 1997a; Conh 1999; Minayo 1998; Spink 1996, 1992; Vasconcelos 1999, 1997).

Minayo (1998) referiu a diversidade que existe nas percepções e vivências do processo saúde/doença em cada contexto, cada sociedade, cada ambiente, e afirmou também haver fantasias, medos e o imaginário presentes nesse processo, já que a saúde é humana e existencial.

Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social (p 176).

De acordo com Minayo (1998), para qualquer ação de saúde a ser proposta a uma população, é importante que se conheçam seus valores, crenças, e que se esteja atento a que grupo se dirige, pois ela manifesta-se de forma específica em cada sociedade. A autora refere que através das concepções de saúde/doença é possível conhecer as relações entre indivíduo/sociedade, das instituições e de suas formas de direção e controle.

Oliveira (1998) também fez uma discussão sobre a importância de se compreenderem as concepções de saúde de uma comunidade, pois segundo o autor, é esse entendimento que permeia toda a relação desse usuário com o Sistema de Saúde e com os profissionais. As maneiras como as pessoas encaram a saúde e lidam com a enfermidade refletem na forma de se relatar uma situação, da adesão ou não ao tratamento, da crença ou não no profissional que o acompanha. De acordo com o autor, a eficácia de um trabalho com uma comunidade ou com uma família em específico depende deste fazer sentido para ela, ser algo que ela busque e acredite fundamental para sua vida, portanto tornando-se imprescindível compreender os sentidos que dão para as situações de saúde/enfermidade em seus cotidianos.

Assim, ao explorar a interface entre serviço de saúde – visto aqui como sistema social e cultural próprio – e o indivíduo, podemos contribuir de maneira mais conseqüente no sentido do aprimoramento da atenção à saúde no Brasil (Oliveira 1998, p 93).

As produções desses autores são bastante pertinentes para pensarmos a influência que as concepções de saúde/doença da população estabelecem nas ações de saúde. Porém, há de se tomar o cuidado e estar atento para o modo de se apropriar dessas considerações. Produzir uma ação comunitária para conhecer as concepções da população, ouvir o que pensam, identificando o que se considera inadequado para o cuidado em saúde com a finalidade de posteriormente elaborar ações modificadoras de comportamento não significa uma mudança de paradigma. Apesar desse tipo de intervenção se aproximar da comunidade com o intuito de ouvi-la, a forma de fazê-lo permanece legitimando um saber que é o do profissional, sobreposto a outro que é o da comunidade. Essa perspectiva permanece ancorada numa epistemologia realista, no qual há um saber verdadeiro que deve ser replicado para toda a sociedade. Assim, ao se estruturar um trabalho, uma intervenção, é importante que haja a crítica e a reflexão sobre a perspectiva pela qual a ação em saúde está implicitamente fundamentada.

O nó epistemológico que impede a mudança de paradigma e a superação da crise da Saúde Pública se fundamenta num modelo de saúde realista, em que há uma concepção de promoção de saúde e de qualidade de vida descontextualizadas e estabelecidas *a priori*, onde a função do profissional de saúde é ir até comunidade na qual irá intervir para conhecer seus comportamentos, e aqueles considerados maléficis a sua saúde serão alvo de ações modificadoras. Transformar esse paradigma requer repensar os processos relacionais da equipe com a comunidade, assim desnaturalizando o conceito de que o saber profissional é mais legítimo que o da comunidade e vice-versa, abrindo um espaço de interlocução, onde os dois saberes conjuntamente construam as ações em saúde.

Segundo Campos (2000), várias tendências em Psicologia, no campo das práticas sociais, vêm contribuindo para o pensar e fazer uma Saúde Coletiva mais autônoma e menos rígida nos seus pressupostos. Entre elas situa o construcionismo como estratégia para a mudança, por se tratar de uma teoria que trabalha com a construção e reconstrução das pessoas a partir da interação entre elas, escapando *ao círculo vicioso da determinação puramente biológica ou estrutural (p.225)*. Com isso, favorece reflexões acerca do modo como se constroem as realidades sociais, os fenômenos sociais, possibilitando a emergência de um novo modelo de atenção à saúde.

Contribui, assim, para pensar a saúde não como um fenômeno já dado, pronto para exercer suas ações, mas sim como práticas discursivas em constante processo, sendo construída e reconstruída através das relações e interações, produzindo a práxis através do contato e do diálogo entre profissionais e comunidade.

Concordando com a posição do autor, no capítulo seguinte, vamos apresentar os pressupostos do construcionismo social no qual buscamos embasar este trabalho de pesquisa.

NA EMERGÊNCIA DE UM NOVO PARADIGMA: A PERSPECTIVA CONSTRUCIONISTA SOCIAL

A perspectiva teórico-metodológica construcionista social está inserida nos fundamentos do pensamento pós-moderno, o qual emerge a partir do questionamento das bases do pensamento moderno, que traz em seus pressupostos a busca por verdades universais, predizendo leis gerais, a-históricas

e descontextualizadas, sendo a linguagem representante do mundo real. O pós-modernismo contrapõe-se ao pensamento moderno, tomando a linguagem em seu caráter performático, com os sentidos sendo construídos contextualmente e historicamente. Os sentidos da realidade, nessa perspectiva, se constroem através de práticas discursivas situadas, não havendo, portanto, uma verdade dada *a priori*, sendo esta produzida através de consensos estabelecidos socialmente por essas práticas discursivas. (Grandesso, 2000).

As principais críticas direcionadas à epistemologia do pensamento moderno que propiciaram a emergência do pós-modernismo no qual o pensamento construcionista social está situado são (Gergen, 1997a):

Crítica ideológica: esta crítica questiona a neutralidade científica do pesquisador e seus trabalhos. O fazer neutro e a possibilidade de uma verdade única são postas em xeque, já que toda afirmação é provida de propósitos ideológicos, morais e políticos. Conseqüentemente, o estatuto de verdade universal almejado pela ciência não se mantém.

Crítica literária-retórica: Faz-se uma crítica à verdade científica como algo dado e estabelecido a partir de uma linguagem reveladora dessa verdade. Critica a noção de que a linguagem seja representacional, que represente o mundo tal como ele é. Na perspectiva pós-moderna, a linguagem não revela a verdade, mas a constrói, produzindo uma retórica legitimada socialmente.

Crítica social: Considerada a crítica mais importante para a emergência do construcionismo social. Critica a noção de conhecimento e de pesquisa como processos a-históricos e transcendentais, já que todo pesquisador está inserido num tempo, num contexto e com um arsenal lingüístico disponível referente as suas relações estabelecidas.

O autor acima citado – Gergen – tem sido considerado um dos principais sistematizadores das propostas construcionistas sociais em Psicologia. Segundo Gergen (1985), seus pressupostos podem ser enunciados em quatro princípios:

1. O primeiro diz que o que consideramos como experiência do mundo não dita por si mesma os termos pelos quais o mundo deve ser explicado. A forma como o mundo é compreendido não é resultado da observação objetiva e direta, já que não há uma essência que dita por si mesma os termos em que ela deve ser descrita. O construcionismo questiona a base objetiva do conhecimento convencional, do sentido de um mundo em si

mesmo, trazendo com essa afirmação uma dura crítica social, afirmando que qualquer evento e os sentidos atribuídos estão circunscritos pela cultura, pela história e pelo contexto social, não existindo fora deles. Com esse princípio assume-se o caráter construído dos sentidos do mundo em que vivemos.

2. O segundo pressuposto afirma que a compreensão do mundo e as palavras são artefatos sociais, produtos de trocas historicamente situadas, resultado das interações e relacionamentos entre as pessoas, num processo ativo e conjunto. As concepções acerca dos processos psicológicos diferem marcadamente de uma cultura para outra, sendo construídas dentro das instituições sociais, morais, políticas e econômicas, as quais sustentam as atividades humanas. Dessa maneira não há como estabelecer regras gerais para as descrições das ações humanas. Com esse princípio, assume-se que a construção dos sentidos do mundo em que vivemos é sempre situada.
3. O terceiro diz da compreensão e das formas de entendimento do mundo, estas mantidas não por sua validade empírica, mas sim pelos processos sociais, pela conversação e negociação que sustentam sua inteligibilidade. Gergen (op.cit.) refere inclusive as ciências naturais nesse processo, citando sua legitimidade como dependendo de um sutil, mas poderoso, conjunto de microprocessos sociais. Afirma-se com esse princípio que a construção situada do mundo é de caráter social. O foco da compreensão da ação humana desloca-se tanto da determinação da mente individual quanto dos processos macrossociais para situarem-se nos processos microssociais da relação entre as pessoas.
4. E, finalmente, no quarto pressuposto, Gergen descreve o entendimento que há entre as pessoas como um produto de negociações, conectadas com outras atividades da vida, formando assim os modelos sociais estabelecidos de comunicação na sociedade. Cada descrição e explicação do mundo se constitui numa forma de ação social. Assumindo, assim, a função performática da linguagem, esse princípio afirma que nossas descrições situadas e de caráter relacional, constroem também as nossas ações no mundo. Descrever as coisas de uma determinada forma, implica legitimar algumas ações e desprivilegiar outras e vice-versa.

Para o construcionismo, a realidade social, portanto, não é algo que sempre esteve em algum lugar, pronto, esperando para ser descoberto (realismo ingênuo) e nem algo que as pessoas possuem internamente em algum lugar de suas cabeças (subjetivismo extremo), mas sim construída conjuntamente nos processos e estruturas na interação humana, num tempo e espaço específico, não estando conseqüentemente dada de modo anterior a esta construção social (Spink, 1999).

O foco do construcionismo é a interanimação dialógica, situando-se, portanto, no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não (Spink, 1999, p 60).

Segundo Spink (1999), são de importância central no construcionismo social as práticas discursivas. Elas se caracterizam por ações, linguagens, contextos, etc., expressando uma produção social em que se dão os processos de construção de sentidos sobre as coisas e as pessoas.

As práticas discursivas remetem ao processo de se criar sentidos, a partir de negociações nas relações face a face, a momentos de uso ativo da linguagem, de conversação, de construção e desconstrução de conceitos.

A análise das práticas discursivas focaliza a dimensão performática da linguagem na construção social da realidade, que se constitui a cada encontro como possibilidade de entendimento e negociação. Nessa análise é importante a compreensão dos repertórios interpretativos. Estes caracterizam-se por idéias, conceitos e significados, enfim discursos mais ou menos estáveis que foram construídos num determinado contexto histórico, disponíveis às pessoas através da linguagem para se relacionar e interpretar o mundo. São dispositivos lingüísticos que viabilizam as práticas discursivas.

As práticas discursivas remetem assim tanto à estabilidade das produções lingüísticas construídas numa determinada época e mantidas até os dias atuais, quanto a sua dinâmica e variabilidade na construção de outras narrativas. Essa forma de produção de conhecimento promove a possibilidade de reconstrução de realidades e práticas, já que estão sempre contextualizadas dentro de uma cultura e seus padrões, num movimento constante de compreensão da história como algo socialmente construído, podendo então ser desconstruído e reconstruído (Spink op. cit.).

A compreensão das práticas discursivas deve levar em conta tanto as permanências como, principalmente, as rupturas históricas, pela

identificação do velho no novo e vice-versa, o que possibilita a explicitação da dinâmica das transformações históricas e impulsiona sua transformação constante. Por meio dessa abordagem, buscamos construir um modo de observar os fenômenos sociais que tenha como foco a tensão entre a universalidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade, com vistas a produzir uma ferramenta útil para transformação da ordem social (Spink, 1999, p 61).

Com essa perspectiva de construção social da realidade através das interações entre as pessoas, a linguagem ganha um papel fundamental, pois é nela que os sentidos do mundo vão sendo construídos. A linguagem nessa abordagem não é, então, o espelho do mundo, mas sim o constrói. Vista como prática social, linguagem em uso, é a ferramenta pela qual se estabelecem as relações e os sentidos nela produzidos.

Bakhtin (1997) em seus estudos de lingüística enfatiza o conceito de enunciado para tratar das questões da linguagem e da construção de sentidos nas relações humanas. O enunciado, segundo o autor, é uma expressão, inserida na cadeia verbal, que se realiza no curso de uma comunicação, se tornando efetiva na interação dos participantes. O enunciado é direcionado a alguém e com alguma intenção, se dando sempre na arena social. Este autor fornece, assim, bases para a compreensão das questões sociais e relacionais da produção dos sentidos.

O construcionismo social situa-se nesse paradigma relacional, que compreende a produção de sentidos como um processo interativo e conjunto, com uma visão dialógica da construção desses sentidos. Dialógica no sentido bakhtiniano, em que um enunciado é sempre uma voz endereçada a outra voz, presente ou presentificada, de modo que os sentidos estão sempre sendo produzidos conjuntamente. Mesmo o pensamento é dialógico, na medida em que nele se processam vozes presentificadas, produto de outras práticas discursivas, de outras interações, que se interanimam mutuamente, criando novos sentidos.

Gergen (1997b), na tentativa de melhor compreender o processo comunicativo de construção de significado, desenvolveu o conceito de ação-suplementação. Esse conceito trata da reflexão sobre o processo da construção dos sentidos, propondo que cada enunciado de uma pessoa (ação) necessariamente necessita de um outro enunciado (suplementação) para que o sentido se produza. Um enunciado, sozinho, não carrega nenhum sentido por si só, dependendo esse sentido do ato de suplementação de uma outra pessoa envolvida (voz) no diálogo. Portanto, ninguém significa sozinho, sendo necessária a relação interativa, dialógica para que o sentido se dê.

Shotter (1993), outro autor construcionista, desenvolveu o conceito de ação conjunta (*joint action*) para explicitar como se dá a construção de sentidos. Caracteriza essa atividade ocorrendo em uma zona intermediária entre ação-eventos, ou seja, o sentido não está localizado em uma pessoa ou outra e também não está localizado ao redor, no ambiente em que ocorre a interação, mas nessa chamada zona intermediária. É nela que estão se formando os processos de construção social. Shotter (op.cit.) relata dois principais aspectos da ação conjunta: primeiro é que ela produz resultados imprevisíveis, não dependendo da intenção da pessoa que emite o enunciado; segundo é que, apesar da primeira proposição afirmar a impossibilidade de prever anteriormente os sentidos, o autor diz haver sempre uma direção para tal ação. Há uma intencionalidade nessa ação e o sentido decorrerá do que as pessoas fazem juntas. Isso aponta, segundo Sotter (op. cit.), para a possibilidade de podermos ser autores de nossa realidade e de nossos selves, não significando porém, que tal processo seja harmônico.

Esse referencial teórico-metodológico, como foi visto, tem em seus principais pressupostos que a produção de sentidos sobre as coisas se dá através da relação entre pessoas, o que pode contribuir imensamente com a descrição de um outro modo de construir um modelo de atenção à saúde: em conjunto, nos mais diferentes níveis – profissionais de saúde/comunidade, gestores das políticas de saúde/profissionais de saúde, etc. Além disso, decorre das reflexões construcionistas a necessidade de um modelo circunscrito e situado, já que cada interação constrói um sentido diferente e sua produção se faz pertinente dentro de um contexto específico. Portanto, o que se justifica para uma intervenção pode não se justificar para outra, o que serve para um programa pode não servir para outro.

Tal perspectiva teórica aponta a conversação permanente como uma ferramenta na construção da assistência à saúde. A conversa (ação-suplementação; ação conjunta), não como algo que antecede e prepara as intervenções, mas já se constituindo uma intervenção em si mesma, pois ao conversar sentidos múltiplos vão se construindo conjuntamente, promovendo outros modos de interação, outras práticas sociais em saúde. Assim, são nessas conversações que vão se produzindo ações em torno do que é promoção de saúde e prevenção a doenças e, conseqüentemente, irão se construir novos comportamentos nas formas de lidar com a saúde.

Tal perspectiva também contribui para pensar a construção das ações de saúde de forma mais horizontalizada entre profissionais de saúde e comunidade.

Já que não há critérios de verdade que legitimem um conhecimento dado *a priori* à sua construção, então é possível pensar os conhecimentos do saber científico e do saber popular não naturalizados em seu valor, sobrepondo-se, mas construídos e legitimados socialmente dentro das práticas de saúde e, portanto podendo ser constantemente negociados.

Assim, o construcionismo social, como foi discutido, aponta para a possibilidade de descrever a organização da Saúde Coletiva sob outra perspectiva epistemológica, mais democrática. Ao focalizar nas interações, nas práticas discursivas a construção das realidades sociais, abrem-se caminhos para romper com sua crise, já que suas ações podem ser constantemente construídas e reconstruídas na organização da saúde local, podendo confluir para um interesse comum.

O PSF é uma estratégia para o estabelecimento do SUS que valoriza o contexto local através da territorialização, valoriza o trabalho em equipe, a aproximação desta com a comunidade criando laços de responsabilidades, possibilitando assim um fazer conjunto em saúde. Reconhecendo o PSF como uma prática social em construção, este torna-se, portanto, um dispositivo privilegiado para a produção de um espaço de conversação com os usuários desse Programa – espaço em que ativamente se possa (re)construir as práticas sociais na produção da saúde.

4- OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Compreendendo, numa perspectiva construcionista social, que a atividade de pesquisa também se constitui em uma prática discursiva que ativamente constrói sentidos sobre o seu objeto de estudo, entendemos que o próprio delineamento desse estudo constitui uma forma ativa de construção do Programa de Saúde da Família. Assim, optou-se pela realização de grupos na própria comunidade de um PSF, como uma maneira de produzir uma ação em saúde mais próxima ao cotidiano da população, o que é condizente com a proposta de construção da assistência à saúde do PSF. Entendendo ainda, que essa proposta do PSF não opera num vácuo social, mas no interior de práticas cotidianas sustentadas pelos diferentes discursos que historicamente vêm construindo a assistência em saúde, buscamos com esse estudo, uma aproximação mais compreensiva dessa ação, nos propondo a:

Descrever sentidos de saúde/doença produzidos em grupos numa comunidade alvo de um Programa de Saúde da Família, tendo em vista o uso dos repertórios interpretativos disponíveis.

Dessa maneira, ao produzir essa pesquisa esperamos estar contribuindo ativamente na construção de espaços de aproximação, interação e conversação sobre como se tem lidado com as questões de saúde/doença no contexto de uma proposta ampliada de assistir à saúde. Ao mesmo tempo em que esperamos contribuir num diálogo acerca das questões que a própria pesquisa suscita.