

MICHELLY LAURITA WIESE

**A CATEGORIA SOCIAL NO ÂMBITO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU**

FLORIANÓPOLIS

JULHO – 2003

MICHELLY LAURITA WIESE

**A CATEGORIA SOCIAL NO ÂMBITO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social – área de concentração Serviço Social Questão Social e Direitos Humanos.

ORIENTADORA – Dra. Regina Célia Tamasso Miotto

FLORIANÓPOLIS

JULHO – 2003

MICHELLY LAURITA WIESE

**A CATEGORIA SOCIAL NO ÂMBITO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social – área de concentração Serviço Social Questão Social e Direitos Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Regina Célia Tamaso Miotto
Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC
Presidente

Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Departamento de Serviço Social - UFSC

Professora Dra. Maria Inês Souza Bravo
Pós-Graduação em Serviço Social – UERJ

Florianópolis
Julho de 2003

AGRADECIMENTOS

- A Deus por criar a vida e me permitir participar dela.

- A meus pais Harry e Lairdes e minhas irmãs Daiany e Aline, força e apoio para todas as horas, sempre acreditando em meu potencial e refúgio do verdadeiro amor.

- A minha orientadora Profa. Dra. Regina Célia Tamaso Miotto, exemplo de sabedoria e simplicidade, pela paciência, estímulo, carinho em contribuir com seus conhecimentos na minha caminhada no mestrado.

- Aos professores do Mestrado em Serviço Social, pelos conhecimentos repassados, pelas interlocuções realizadas e pela concretização do sonho em oferecer o Mestrado em Serviço Social na UFSC.

- Aos colegas de mestrado: Carmem, Cleci, Damares, Daniela, Deborah, Luciana, Maria Dolores, Marilda, Marineide, Nuely, Rubia, Silvana e Vera, nos muitos momentos de alegria, amizade, leitura, trabalho, discussões e exemplos de que é possível alcançar aquilo que se quer.

- As amigas Damares, Daniela e Marilda pelas tantas histórias acumuladas com as idas e vindas a Florianópolis.

- A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Blumenau, pela oportunidade e apoio para realizar a pesquisa com as equipes do Programa Saúde da Família.
- Aos profissionais integrantes do Programa Saúde da Família Arão Rebello e Afonso Balsini, pela disponibilidade de me aceitarem em seus espaços de trabalho com toda a dedicação na qual foi recebida e pelas velhas amizades reencontradas e as novas conquistadas.
- Não poderia deixar de mencionar os meus amigos, um pouco co-orientadores, co-mestrandas nos momentos em que precisei. Em especial, a Lúcia e Rosiléa, exemplos de amizade, apoio e incentivadoras para que eu realizasse o mestrado.
- A CAPES, pela oportunidade da obtenção da bolsa de estudos, possibilitando desta forma, dedicação exclusiva ao mestrado.
- A todos que direta ou indiretamente contribuíram no meu processo de mestrado.

*O ontem é experiência,
O hoje é o desafio
E o amanhã
É o mistério da vida!*

RESUMO

Este estudo analisa a articulação da categoria social no contexto das práticas dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), no município de Blumenau, a partir da discussão dos conceitos do processo saúde/doença, dos modelos assistenciais em saúde, da política de saúde e do social. A direção teórica assumida entende a saúde como uma das expressões da questão social, que tem em seu interior dois modelos assistenciais antagônicos (flexneriano e produção social da saúde) que buscam efetivar seus princípios através de concepções de saúde/doença, da caracterização de uma política e de uma perspectiva do social. Neste contexto, encontram-se inseridos os profissionais de saúde efetivando através de suas práticas e concepções modelos de saúde, com uma perspectiva para o social. A pesquisa é qualitativa, utilizando-se da técnica da observação participante, da entrevista não estruturada e o uso do diário de campo. Foram pesquisadas três equipes de PSF em suas práticas profissionais cotidianas: triagem, visitas domiciliares, grupos temáticos, reuniões de equipe e conselho local de saúde. Com estas práticas objetivou-se identificar o conceito de social dos profissionais; as demandas da população trazidas até a unidade de saúde e quais destas são consideradas como sociais; dos encaminhamentos dados às demandas sociais e na identificação do(s) profissionais que se ocupam com estas demandas. Os principais resultados da pesquisa mostram que os profissionais mesmo inseridos na proposta que visa à reorganização da atenção básica como estratégia da construção do modelo de produção social da saúde, ainda vinculam práticas profissionais ligadas ao modelo biomédico. Esta afirmativa é baseada no conceito restrito de social expresso pelos profissionais como “caso” e “problema social de difícil solução”. O reconhecimento das demandas sociais que se apresentam nas atividades de triagem, visitas domiciliares e grupos temáticos são pontuais, uma vez que se atrelam ao conceito restrito de social e a ação profissional se direciona para o suprimento de carências. O profissional que possui maior vinculação com as demandas sociais são os agentes comunitários de saúde, pois estão em constante contato com a comunidade embora haja situações em que as demandas não são identificadas e/ou socializadas com os demais profissionais. As reuniões de equipe se caracterizam pelo planejamento das ações profissionais e muitas vezes o único momento em que todos os profissionais se reúnem. Os conselhos locais de saúde estão em processo de construção e caracterizados pela dificuldade dos conselheiros entenderem seu papel e a finalidade do conselho, além da pouca representatividade de usuários na composição do mesmo, evidenciando a fragilidade de articulação entre profissionais e comunidade para o efetivo controle social. Neste sentido, para que o social, na perspectiva do direito, seja ampliado no âmbito das práticas profissionais requer que se entenda a saúde como direito universal, da integralidade das ações e na efetividade da construção de um modelo social de saúde. As ações profissionais devem se pautar na criação do vínculo com a comunidade no sentido de reorganizar os serviços a partir das reais demandas expressadas pelos usuários, estabelecendo uma demanda usuário-centrada vinculada à prática cuidadora. Com base nos dados sistematizados, propõe-se a ampliação de profissionais na equipe oficial de PSF, garantindo trabalho amplo com o social.

Palavras-Chave: Modelos de Saúde, Política de Saúde, Social, PSF, Práticas Profissionais

ABSTRACT

This study analyses the articulation of the social category in the context of the practices of the professionals of the Family Health Program (PSF), in the city of Blumenau, from the discussion of the concepts of the process health/illness, of the health assistance models, of the policy of health and the social. The assumed theoretical direction understands health as a social topic, for inside it there are two opposite assistance models (flexneriano and social production of health) that aim at carrying out its principles through the conceptions of health/illness, the characterizing of a policy and a perspective of the social. There are health professionals in this context carrying out health programs through their own practices and conceptions, with a perspective for the social. The research is qualitative, for it embraces the technique of participating observation, the non-structured interview and the use of the field diary. Three groups of PSF were researched in its daily professional routine practices: selection, home visits, thematic groups, team and local counseling health meetings. The objective of these practices was to identify the concept of social of the professionals; the requirements of the population brought up to the health care centers and which of these are considered social; the direction given to the social requirements and the identification of the professional(s) who take care of these requirements. The main results of the research show that the professional, even when very much inserted in the proposal which aims at the reorganization of the basic attention as a construction strategy of a social production model for health, still link professional practices connected to the biomedical model. This assertion is based on the restrict concept of social expressed by the professionals as “case” and “social problem of difficult solution”. The recognition of the social requirements which present themselves in the selection activities, home visits and theme groups are punctual, since they channel themselves to the restrict concept of social and the professional action is directed to the supply of needs. The professionals with the highest connection with the social requirements are the community health agents, since they are in constant contact with the community even though there are situations in which the requirements are not identified and/or socialized with the remaining professionals. The team meetings are characterized by the planning of professional actions and many times the only moment all the professionals meet. The local health councils are in the building process and are characterized by the difficulty on the part of the councilors to understand their role and the purpose of the council, besides the small representation of users in its composition, making clear the fragility of articulation between the professionals and the community for the effective social control. In this sense, in order for the social, to be expended on the range of professional practices, from the perspective of right, requires that health is understood as a universal right of the wholeness of actions and in the effectiveness of the construction of a social model of health. The professional actions must be staved on the creations of a link with the community in a sense of reorganizing the services from the real requirements expressed by the users, establishing a user-centered requirement linked to the care practice. Based on systemized data we propose the increase in the number of professionals in the official team of PSF, to guarantee wide work with the social.

Key words: Health Models, Health Policy, Social, PSF, Professional Practices

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. SAÚDE E DOENÇA: A IMPORTÂNCIA DESTES CONCEITOS NA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE SAÚDE	23
1.1 Discutindo os Conceitos de Saúde e Doença	23
1.2 Identificando os Modelos de Atenção em Saúde	38
2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	61
2.1 A Construção das Políticas de Saúde no Período de 1920 a 1980.....	61
2.2. A Política de Saúde a Partir da Década de 1990	82
2.2.1 O Programa Saúde da Família.....	93
3. A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO: O SOCIAL	107
3.1 O Desafio da Definição do Social	107
3.1.1 O Social Inserido no Debate da Questão Social	115
3.2 Os Desafios do Trabalho com o Social	123
3.2.1 A Dimensão Cuidadora: uma proposta de prática profissional	133
3.2.2 Controle Social: a discussão nas práticas profissionais	140
4. O CONTEXTO DA PESQUISA	145
4.1 O Tipo de Estudo	145
4.2 Atividades Observadas como Material para o Eixo Analítico	150
4.3 A Importância da Análise no Processo de Pesquisa	158

4.4. Contextualizando o Campo de Pesquisa	162
4.4.1 O Município de Blumenau e o Bairro da Velha	162
4.4.2 A Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau	167
4.4.3 Programa Saúde da Família no Município de Blumenau	173
4.4.4 Programa Saúde da Família Arão Rebello – Região da Velha Grande	174
4.3.5 Programa Saúde da Família Afonso Balsini - Região da Velha Pequena	180
5. O SOCIAL E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS: EIS O DESAFIO	185
5.1 A Dinâmica de Funcionamento e Planejamento das Ações das Equipes Saúde da Família	186
5.1.1 A Prática Profissional no Desenvolvimento das Ações no PSF	193
5.1.2 Reuniões de Equipe: Espaço de Planejamento das Ações Profissionais	217
5.1.3 Conselho Local de Saúde e a Possibilidade do Controle Social	222
5.2 Enfim... De Que Social Está se Falando?	229
5.2.1 O Conceito de Social, as Demandas Sociais e as Formas de Encaminhamento	229
5.2.2 A Identificação das Demandas Sociais: Destaque dos Agentes Comunitários de Saúde	239
CONSIDERAÇÕES FINAIS	244
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	257
ANEXOS	268

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI: Associação Brasileira de Imprensa

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AIS: Ações Integradas de Saúde

AMMVI: Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí

ARE: Ambulatório de Referência de Especialidades

BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAIC: Centro de Atenção Integral a Criança e ao Adolescente

CAP's: Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CDS: Conselho do Desenvolvimento Social

CEI: Centro Escolar Infantil

CEPAL: Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CF: Constituição Federal

CIB: Comissão Intergestora Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CLS: Conselho Local de Saúde

CMS: Conselho Municipal de Saúde

CNS: Conferência Nacional de Saúde COAS: Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CONASP: Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

COREM: Conselho Federal de Enfermagem

COSAC: Coordenação de Saúde da Comunidade

CRM: Conselho Regional de Medicina

CRS: Conselho Regional de Saúde

CT: Conselho Tutelar

CTA: Centro de Testagem e Acompanhamento

ESF: Equipes Saúde da Família

FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FHC: Fernando Henrique Cardoso

FMI: Fundo Monetário Internacional

FUNABEM: Fundação Nacional do Bem-Estar

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

FURB: Universidade Regional de Blumenau

IAP's: Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPPUB: Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano de Blumenau

LBA: Legião da Boa Vontade

LOS: Lei Orgânica da Saúde

MARE: Ministério da Administração e Reforma do Estado

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

NAES: Núcleo de Atenção Especializada em Saúde Infanto-Juvenil

NIAF: Núcleo de Atendimento Integrado aos Fissurados e aos Portadores de Lesões

Lábio-Palatais

NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OAB: Ordem dos Advogados do Brasil

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização Não Governamental

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

OPNES: Organizações Públicas Não Governamentais

PAB: Piso de Atenção Básica

PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde

PASEP: Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIB: Produto Interno Bruto

PIS: Programa de Integração Social

PNAS: Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PNUB: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPI: Programação Pactuada Integrada.

PSF: Programa Saúde da Família

SBP: Saúde Pública

SBPC: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SEMAS: Secretaria Municipal de Assistência Social

SEMUS: Secretaria Municipal de Saúde

SFH: Sistema Financeiro de Habitação

SIA: Sistema de Informação Ambulatorial

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação e Agravos

SINASC: Sistema de Informação de Nascimentos

SISVAN: Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPS: Unidades Prestadoras de Serviço

VD: Visita Domiciliar

INTRODUÇÃO

Discutir as questões vinculadas à saúde remete a um campo profícuo de debates, indagações e desafios que lançam ao aprofundamento desta temática através da perspectiva de sua integralidade, universalidade, direito, participação, descentralização, entre outros, que a constituem como uma política.

Pensar a saúde é poder entendê-la em sua relação saúde/doença, a relação entre usuários e profissionais de saúde, a tecnologização da medicina, a subjetividade dos usuários, a saúde como um direito e dever do Estado e sua efetivação na realidade social, enfim, temáticas de ampla discussão.

Esta temática tem sido fonte de preocupação, desde o período da formação acadêmica, que posteriormente aliou-se à inserção profissional na área da saúde, num Posto de Saúde, no município de Blumenau, que permitiu uma ampla vivência.

No ano de 2000, Blumenau já se estruturava pela regionalização da saúde, ou seja, o município estava dividido em regiões e em cada uma delas contava com um Posto de Saúde Central, oferecendo atendimento de clínico geral, pediatria, ginecologia, atendimento de enfermagem, odontologia, serviço social e psicologia. Além do posto de saúde central, cada região dispunha de postos de saúde formados por equipes de Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Avançadas de Saúde.

Neste contexto, a prática profissional em Serviço Social era realizada no Posto de Saúde Central, para o desenvolvimento de atividades vinculadas a educação popular em saúde, visitas domiciliares, atendimentos individualizados, participação e assessoria no conselho regional de saúde.

Aliada a estas atribuições, assessorava-se as equipes de PSF da região, quando solicitada, mesmo não integrando oficialmente tais equipes. As práticas profissionais

desenvolvidas nos PSF estavam ligadas a visitas domiciliares com enfermeiras e médicos e ao desenvolvimento de atividades ligadas a grupos ou palestras, bem como a intervenção específica em situações ligadas à assistência social.

Esta trajetória profissional instigou a reflexão sobre as questões vinculadas às ações de saúde e desenvolvidas pelos diferentes profissionais no âmbito do SUS.

O debate sobre a saúde teve um avanço significativo no que tange a sua constituição enquanto política de direito, principalmente, nos marcos da reforma sanitária e, posteriormente, com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2002a, p. 122).

Salienta-se, neste sentido, que com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS): (Leis 8080/90 e 8142/90), tem-se instituindo e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca concretizar um novo conceito e prática em saúde visando a ações e condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, construindo com estes princípios um novo modelo de saúde. Entre alguns princípios que regem o SUS, destacam-se os de:

Universalidade: todo cidadão tem direito ao acesso a todos os tipos de serviços públicos (estatais ou privados, conveniados ou contratados) e o sistema deve garantir este direito; Equidade: igualdade com justiça, onde as diferenças são consideradas e recebem tratamento igualitário; Integralidade: a pessoa deve ser percebida como um todo e integrante de uma comunidade, de um meio ambiente e as unidades prestadoras de serviços devem ser capazes de prestar assistência integral. (O'DWYER e LEITE, 1997, p. 91).

Nesta perspectiva, o próprio conceito de saúde ampliou-se sendo entendida em dimensão política, econômica, ideológica, social, operacional, de princípios e diretrizes. A concepção de saúde ganha outra dimensão, deixa de ser vista de maneira abstrata e passa a ser compreendida em seu sentido mais abrangente “considerada como resultante das condições de

alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRAVO, 1996, p. 77).

Neste sentido, entende-se que a saúde é uma questão social, e ela se configura como tal “quando é percebida e assumida por um setor da sociedade, que tenta, por algum meio, equacioná-la, torná-la pública, transformá-la em demanda política, implicando em tensões e conflitos sociais” (WANDERLEY, 2000, p. 59).

Dessa forma, se reconhece que não há como pensar o processo saúde/doença sem vinculá-lo à realidade social. Segundo Laurell (1983) a “natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (p. 137) que estão atrelados ao modo de vida destes mesmos grupos.

Isto leva a identificar na prática profissional que, embora, haja uma proposta de política de saúde baseada nos princípios acima mencionados a prática dos profissionais tem mostrado dificuldade em perceber que a saúde não envolve somente no uso de medicamentos e exames cada vez mais sofisticados e precisos, ou seja, tem-se a dificuldade de desvencilhar-se do modelo biomédico.

Não é raro o relato de usuários/pacientes que não são ouvidos em suas queixas e história de vida, repleto de elementos que indicam que saúde não é somente ausência de doença e que a construção da própria doença está vinculada aos processos sociais, políticos, econômicos.

Estas considerações referendam a idéia de que se está num momento de mudança e de transição de um modelo de atenção à saúde centrada no modelo biomédico para a implementação de outro, centrado na proteção e na promoção da saúde.

Neste sentido, Mendes (1996) destaca que a efetivação de um modelo de saúde implica considerar uma nova concepção de saúde e doença que necessariamente conduz a uma nova prática neste campo.

Para o autor a mudança de um modelo conduz a duas dimensões: a política e a ideológica. A dimensão política envolve distintos atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos, devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Com relação à dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturarem na lógica da atenção às necessidades de saúde e doença da população, implicitamente opta por nova concepção de processo saúde-doença e por novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural (p. 234).

A inversão de um modelo faz parte de um processo histórico lento, gradual, conflituoso que gera resistências ao novo. Isto reflete diretamente no modo de atuação dos profissionais, dirigentes políticos ou de toda uma comunidade envolvidos com esta política.

A partir das colocações destacadas por Mendes (1996) e Laurell (1983), entende-se que o SUS busca concretizar um modelo de atenção à saúde, pautado em seus princípios e, nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde através da vigilância à saúde. Isto leva a considerar que a saúde não é apenas ausência de doença e envolve identificar e trabalhar com os vários fatores que configuram o processo saúde e doença.

Isto exige do profissional, ações que estejam pautadas na defesa da integralidade das ações, na promoção, prevenção e recuperação da saúde e entendê-la em seus mais diversos aspectos, não reduzindo a compreensão da mesma apenas vinculada à dimensão biológica.

Diante destas considerações, é neste contexto que as inquietações aparecem no sentido de identificar e compreender em que medida se efetiva concretamente a mudança do modelo de saúde nos moldes atuais das práticas em saúde e como a categoria social é trabalhada no âmbito da atenção básica.

Merhy (1997), ao discutir como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho nos serviços de saúde, destaca que os profissionais necessitam “modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de

reformas macro-estruturais e organizacionais nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada” (p. 72).

Nestes sentido, na prática profissional desenvolvida, junto à atenção básica têm se constatadas algumas dificuldades no que se refere à reorientação das práticas e concepções preconizadas pelo SUS. Como exemplo cita-se que o assistente social, geralmente, era chamado a responder os “casos sociais” caracterizados como situações em que os profissionais de enfermagem e médico não “davam mais conta”.

Esta constatação remete a se pensar qual é o enfoque dado ao social no campo da saúde. Desde a implementação do SUS o social ganha visibilidade no sentido que se torna essencial entendê-lo e considerá-lo no contexto das bases e princípios que este modelo preconiza, como já foi destacado. Portanto, para se avançar neste debate, é necessário tentar entender o que é este “social” e identificar quais as discussões atuais em torno desta categoria.

Então, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar como se articula a categoria social no contexto das práticas dos profissionais do Programa Saúde da Família - PSF, no município de Blumenau através da observação do cotidiano da prática da equipe.

Esta observação busca reconhecer as demandas da população atendida; que demandas são caracterizadas como sociais; elencar quais os encaminhamentos dados às demandas reconhecidas como sociais pelos profissionais; analisar as leituras que os profissionais fazem das demandas reconhecidas como sociais e qual, ou quais profissionais se ocupam das demandas identificadas como sociais.

A prática profissional desenvolvida no PSF conduz a levantar como hipótese que ainda os profissionais trabalham com a doença, esquecendo-se de trabalhar questões abrangentes que compõe a saúde.

O social é muitas vezes entendido no campo da carência. E esta perspectiva trabalha tanto a saúde como o social de maneira restrita, impossibilitando uma prática transformadora e emancipadora dos velhos preceitos que constituíam a política de saúde.

Entende-se também a importância de trabalhar com os mais diversos segmentos e políticas sociais existentes, evidenciando a partir desta prática o enfrentamento das demandas trazidas pelos usuários que trazem em seu bojo toda a dimensão social de sua vivência. Desta forma se concretiza uma prática transformadora e ligada aos princípios que regem a política de saúde, possibilitando identificar a amplitude adquirida pelo social nos espaços de saúde.

Acredita-se que estas indagações possibilitam identificar em que medida o modelo de atenção a saúde tem se concretizado no cotidiano das práticas profissionais de saúde.

Neste sentido, estudo se mostra relevante, mesmo sendo um tema inexplorado, pois a partir do aprofundamento destas questões e da maior visibilidade que o estudo dará a esta temática e problemática, acredita-se que esta pesquisa possa ser um instrumento de compreensão e reorientação das práticas desenvolvidas nos espaços de saúde. Também se mostra relevante no campo do Serviço Social como um instrumento de análise da realidade e da política de saúde, refletindo na construção de novas práticas profissionais.

O presente estudo está estruturado em cinco capítulos. No primeiro são resgatados os conceitos do processo saúde/doença ao longo da história, destacando como os mesmos representam concepções e valores de determinadas épocas. Optou-se por iniciar a discussão com estes conceitos, por entender que a base de discussão tanto dos modelos de saúde, política e práticas profissionais se embasam no processo saúde/doença.

Os modelos assistenciais de saúde também são discutidos neste capítulo, evidenciando a sua influência na política e prática de saúde. Dois são os modelos que se apresentam, ou seja, o modelo flexneriano/biomédico e o modelo de produção social de saúde.

No segundo capítulo, aborda-se a política de saúde no Brasil desde a década de 1920, até as configurações atuais que a mesma vem apresentando, acrescentando os princípios e característica do PSF implantado pelo Ministério da Saúde. Esta discussão vai sendo construída resgatando os conceitos do processo saúde/doença e dos modelos assistenciais incorporados nesta política.

A discussão do social está contemplada no terceiro capítulo, destacando que o mesmo vem tendo uma expressiva importância em vários campos do conhecimento e que seu aprofundamento se faz necessário. Neste sentido, se aborda questões conceituais desta categoria, as suas perspectivas na sociedade e sua relação com a questão social.

Neste mesmo capítulo, é evidenciado o desafio do trabalho com o social na área da saúde, seus limites e potencialidades inseridos num modelo de saúde. Destaca-se a importância da formação profissional, nos modos de gerir saúde, da dimensão cuidadora da prática profissional e a importância neste âmbito do controle social.

No quarto capítulo, relata-se a construção metodológica do estudo, caracterizada pela pesquisa qualitativa com a utilização da observação participante com a preocupação de contemplar a identificação do social no âmbito das práticas profissionais concretizando resultados que possam ser analisados efetivamente ampliando esta discussão. Também é abordada a contextualização do município de Blumenau, da Secretaria Municipal de Saúde e dos PSF pesquisados.

No quinto capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa iniciando com a apresentação das rotinas de trabalho das equipes de PSF para posterior análise das práticas desenvolvidas pelos profissionais nas atividades de triagem, visita domiciliar, grupos, reuniões de equipe e conselho local de saúde, elencados como importantes na identificação do social.

No decorrer desta construção pretende-se responder as perguntas de pesquisa, a partir da identificação da perspectiva efetivada para o social, ou seja, em seu sentido restrito (carência) ou ampliado (direito), no âmbito das práticas profissionais.

Nas considerações finais se pontua a importância e o desafio do debate desta temática, colocando em discussão, quais as direções a serem construídas diante das análises realizadas para o social destacando, também, algumas proposições a serem pensadas no âmbito da saúde e das práticas profissionais.

CAPÍTULO 1

SAÚDE E DOENÇA: A IMPORTÂNCIA DESTES CONCEITOS NA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE SAÚDE.

1.1 Discutindo os Conceitos de Saúde e Doença

Definir saúde¹ e doença é uma questão muito antiga. Em se buscando um conceito, percebe-se a existência de um contexto histórico perpassado por pensamentos que marcaram épocas históricas, principalmente em saúde e doença, pois estas categorias estão presentes na vida das pessoas e na sociedade como um todo.

A expressão saúde/doença é um qualitativo empregado para adjetivar, genericamente, um determinado processo social, “qual seja o modo específico de passar de um estado de saúde para um estado de doença e o modo recíproco” (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 1999, p. 16).

A doença pode ser considerada um processo biológico mais antigo que o homem porque é um atributo da vida. Um organismo vivo está inserido num mundo constantemente em fluxo e mudança. A saúde e a doença são expressões e resultados desta instabilidade, pois são “expressões das relações mutáveis entre os vários componentes do corpo, entre o corpo e o meio ambiente externo no qual ele existe” (ROSEN, 1979, p. 77).

Tendo suas causas provocadas, a priori, no reino da natureza, a doença adquire outra dimensão quando relacionada ao homem, pois a “doença não existe como natureza pura. Ela é mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade

¹ Etimologicamente, a palavra saúde origina-se do latim *salus*, que significa são, inteiro, salvo, salvação. Dessa palavra derivam: *saluus*, *solidus* e *soldus*, que significa solda, soldado, quer dizer, o que é única peça, inteiro, completo. Em suas origens gregas, significa, entre outras coisas, inteiro, intacto, real, em suma integridade (NUNES, 2002a, p. 255).

cria” (Idem, 1979, p. 77), por isso entendida como um processo social manifestando-se mais visivelmente na coletividade do que no indivíduo.

O caráter social do processo saúde/doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. “É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem a margem do momento histórico” (LAURELL, 1983, p. 152).

A partir destas considerações iniciais, no desenvolvimento do estudo que propõe identificar em que medida o social é percebido e trabalhado no âmbito da atenção básica compreender e identificar as concepções de saúde e doença se tornam relevantes.

A configuração atual, em como a saúde é pensada e efetivada, também, enquanto política social, está diretamente relacionada com a construção histórica do processo saúde/doença que marca as várias etapas e modos de conceber a saúde e doença.

Pensar a saúde é identificá-la em sua dimensão política, econômica, social e ideológica, representando um modo de ver e perceber a saúde que se modifica ao longo da história.

Ros (2000) ao discutir os estilos de pensamento em saúde pública destaca que a forma de pensar é originada, “pelas modificações estruturais da sociedade que vão se dando historicamente, mas com peculiaridades que estas trazem para cada objeto estudado. Isto não significa negar o movimento que ocorre dentro da própria ciência e que produz conhecimento” (p. 76).

A concepção de saúde e doença sempre esteve perpassada pelas inter-relações entre as pessoas e as coisas. Encontram-se elementos naturais e sobrenaturais que perpassam as representações sociais, criando, efetivando ou provocando os “sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos” (SEVALHO, 1993, p. 352).

Entre os povos sem escrita, a doença era vista como resultado de fenômenos sobrenaturais (deuses), era uma fatalidade e ira dos demônios que deveriam ser exorcizados, mas, que o homem pouco ou nada poderia fazer.

Posteriormente, saúde e doença, passaram a ser vistas numa perspectiva religiosa, visto que a percepção das mesmas era conseqüência da fatalidade, a “doença-maldição” ou conseqüência necessária provocada pela pessoa ou pelo grupo, era a “doença-punição”.

Com relação a esta percepção de saúde e doença vinculadas a uma perspectiva religiosa, percebe-se que a mesma ainda se faz presente, visto que “o medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, conformando permanências culturais” (SEVALHO, 1993, p. 352).

Os egípcios desenvolveram uma concepção naturalizada da saúde e doença, juntamente com suas crenças sobrenaturais, mágicas e religiosas, pois admitiam a existência de um princípio, que aderido à matéria fecal poderia chegar ao sangue, coagulando-o e levando ao apodrecimento do corpo.

Os gregos também aderiram a esta naturalização da saúde e doença, mas Hipócrates por volta de 5. a.C estabeleceu uma passagem mais efetiva do sobrenatural para o natural. Na filosofia de Hipócrates (considerado pai da medicina) “a saúde era o resultado da harmonia entre os hábitos físicos e mentais e a inter-relação destes com o meio ambiente. Sua teoria dos humores (sangue, fleuma, fel e bÍlis) evidenciava a interdependência entre corpo e mente” (FONTES, 1995, p. 13).

Ros (2000) destaca, ao resgatar os primórdios da saúde pública no Egito, Grécia e Roma, que a saúde pautava-se, principalmente, na noção de higiene. Para Hipócrates, podia ser a higiene dos ares, das águas e dos lugares. “Sua base teórica pressupunha o estudo dos

astros e a existência de emanação/miasmas que brotariam dos pântanos e seriam responsáveis pelas doenças/epidemias (teoria miasmática, ou dos fluídos)” (p. 77).

Ao se analisar as concepções de saúde e doença na Idade Média, as mesmas tinham explicação de cunho religioso, pois o mundo ocidental viveu fortemente as influências da Igreja Católica. A religiosidade cristã separava corpo e mente, enquanto carne e espírito. Nesta época, as doenças atacavam indiscriminadamente a população e a terapêutica se baseava em milagres, obtidos através da súplica, da mortificação e do arrependimento dos pecados. Sevalho (1993) dá uma demonstração deste período descrevendo:

Os hospitais do Ocidente cristão, por exemplo, não eram recursos terapêuticos como os do final do século XVIII [...]. Eram casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos, mas também instrumentos de separação e exclusão quando serviam para isolar os doentes do restante da população. Um dos valores básicos que envolviam a existência dos hospitais do medievo era a caridade, pois cuidar dos doentes ou contribuir financeiramente para a manutenção destas casas significava a salvação das almas dos benfeitores.[...] Enquanto representação terapêutica, estes hospitais são a analogia social das sangrias individuais que lhes foram contemporâneas, expulsando o mau e purificando o corpo social (p. 354).

A lepra foi considerada a grande praga da Idade Média. Teve proporções consideráveis em virtude das cruzadas² que geravam grandes deslocamentos populacionais. Além da lepra, destaca Gutierrez e Oberdiek (2001) outras epidemias assolaram este período como a “peste bubônica, varíola, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, erisipela, antraz, tracoma e miliária” (p. 08).

Com o declínio da Idade Média, surge a burguesia mercantil e bancária, fundada numa sociedade feudalista, que mantinha as tradições de mando do patrimônio da terra dos senhores feudais, demandando uma outra forma de pensar a sociedade que, posteriormente, também se refletiria na saúde. A racionalidade humanista individual foi se impondo sobre o

² As cruzadas foram expedições militares dos cristãos europeus, que se estenderam de 1096 a 1291. Tinham o objetivo de reintegrar a Cristandade a Terra Santa, em poder dos muçulmanos. Houve cruzadas também para retomar a Península Ibérica aos mouros.

“anonimato e o cerceamento da crítica e da criatividade que o catolicismo havia imposto” (SEVALHO, 1993, p. 354).

As vilas e as cidades cresceram rapidamente, deslocando boa parte da população para as atividades comerciais e artesanais. Com o crescimento das atividades comerciais e a ascensão da burguesia, as cidades passaram a buscar sua independência através de acordos por indenização ou pela luta armada. A economia que anteriormente era auto-suficiente – baseada no sistema de troca de mercadorias, passou a ser substituída por uma economia comercial³.

Com o desenvolvimento das relações estabelecidas na sociedade, tanto em nível econômico, político, científico e social, fez emergir um novo contexto científico, conformando uma cisão entre o ser humano e a natureza em que o “individualismo, a criatividade, a laicização do saber forjaram a ambientação cultural de onde emergiu o racionalismo científico, base da ciência moderna, modelado no empirismo indutivo e no racionalismo dedutivo mecanicista de Francis Bacon e de René Descartes” (SEVALHO, 1993, p. 355).

O Universo não era considerado como obra sobrenatural. Iniciou-se, então, a ciência experimental, para a observação, a fim de obter explicações racionais para os fenômenos da natureza, que deveriam ser comprovadas na prática, empiricamente.

Surge, neste período, a Teoria Miasmática, que foi hegemônica até o aparecimento da bacteriologia, na metade do século XIX. Esta teoria preconizava que as “condições sanitárias ruins criavam um estado atmosférico local, que vinha a causar as doenças infecciosas e os surtos epidêmicos” (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2002, p. 14).

Os estudos médicos voltavam-se, também, para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença. As pesquisas realizadas tinham a meta de localizar as causas das doenças no organismo e para

³ Esse comércio possibilitou o retorno às transações financeiras, com o aparecimento da moeda, o novo impulso a atividade creditícia e a entrada em circulação de letras de câmbio, realçando as atividades bancárias. Com isso a terra deixava de constituir a única expressão da riqueza, parecendo com destaque um novo grupo social, os mercadores. Estava implantado o capitalismo mercantil. (VICENTINO, 1994 apud GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001, p. 10).

desvendar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos. Porém, o método clínico, não propiciou a abordagem das questões relativas às causas das doenças, pois estas se davam no plano coletivo, portanto, verificáveis na dimensão particular do indivíduo.

As descobertas científicas de: Bacon (1561-1642), René Descartes (1596-1650), Isaac Newton (1642-1727), Robert Koch (1843-1910), Louis Pasteur (1822-1895), embora importantes para a época, acabaram por reduzir a medicina em aspectos mecanicistas, no qual o corpo assumiu papel de máquina, causa, efeito e cálculos puramente matemáticos para explicar a complexidade e totalidade que representa o corpo e a saúde.

O período caracterizado pela racionalidade científica contribuiu para que as representações na área da saúde se ampliassem, juntamente com as práticas ligadas à astrologia, química, física, religiosidade, como consequência também das grandes conquistas na área do conhecimento que caracterizou este período.

Atualmente, esta racionalidade científica está presente nos fundamentos da medicina moderna, como reflexo direto de um pensamento que dentro da história possibilitou um avanço muito rápido de conhecimento e técnicas, mas que deixa de perceber e ver saúde e doença também como um processo social. Ao abordar estas questões, Fontes (1995) destaca as consequências que deste modo de pensar, “onde os aspectos sociais, emocionais, e ecológicos são esquecidos nesta área” (p. 18).

Luz (1988) destaca que na racionalidade científica só há espaço para a linguagem da razão e do método científico. As outras formas de expressão humanas de significados e verdades como “as artes, a política, a moral, a filosofia, a religião, serão reordenadas social e epistemologicamente pela razão científica. Elas têm como ponto de partida fontes impuras para a produção do conhecimento científico” (p. 36).

Então, a concepção de saúde caracteriza “a representação renascentista da moléstia como mal externo ao homem, visto como um sujeito individual. O mal invasor pode

destruir as forças (de equilíbrio) para instalar-se no seu interior, como inimigo que vence uma batalha e, desse interior, pode destruí-lo” (LUZ, 1988, p. 86).

Este momento histórico culmina com o início do capitalismo, que traz em seu bojo um modo de produção relacionado à exploração da força de trabalho e às doenças decorridas a partir de então, se dão em função desta exploração, na dificuldade da não garantia de sua reprodução e desta nova organização da sociedade.

É inserido nesta realidade que Ros (2000) destaca que no começo dos anos de 1800, “germina a teoria da Medicina Social. Esta teoria se torna hegemônica nos movimentos revolucionários que correm a Europa – na Prússia, Império Austro-Húngaro, Inglaterra e França entre 1830-1850” (p. 79). A origem de todas as causas de doença deixa de ser exclusivamente natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. O referido autor destaca citando Rosen (1979) que:

Em 1848, Virchow – considerado o pai da Medicina Social – afirmava que as doenças eram causadas pelas más condições de vida e, junto com Neumann, propõe mudanças nas leis prussianas, objetivando superar a exploração da força de trabalho e garantir melhores condições de sua reprodução, colocando no Estado a obrigação de suprir estas necessidades. Leubuschae, Vilmé, na França, Chadwick na Inglaterra, Grotjahn na Bélgica, simultaneamente trabalhavam com concepções semelhantes (p. 79).

Destaca-se que a concepção miasmática da causalidade permanece hegemônica neste período, enquanto a medicina social aparece entre os revolucionários ligados aos diversos movimentos políticos do final do século XVIII e primeira metade do século XIX.

Porém, as descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX deslocaram as concepções sociais, restabelecendo a concepção das causas externas representadas por partículas que podiam provocar o aparecimento de doenças. Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001) para a ciência dominante, “a bacteriologia veio libertar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a impediam de desenvolver cientificamente” (p. 21).

A justificativa era que a medicina não mais necessitaria perder tempo com os problemas sociais, pois podia contar com as descobertas das bactérias, que dariam conta de responder eficientemente as questões de doença e saúde. Entende-se que para cada doença, um agente etiológico é identificado e deve ser combatido através de vacinas e medicamentos.

Entre os anos de 1880-1905, houve uma revolução do conhecimento médico. Conhecimentos ligados à patologia, histologia, química, fisiologia e principalmente a microbiologia foram extensamente estudados e novas descobertas foram realizadas nestes campos do conhecimento. Ros (2000) destaca que a partir de então, “seja por interesse do capital e/ou do complexo médico-industrial, ou porque o conhecimento na área inicia sua fragmentação de fato, [...] perde força o entendimento de saúde como uma questão determinada socialmente” (p. 79).

A partir de então, tudo devia ser classificado, observado e descrito segundo categorias que possibilitavam caracterizar o tipo de doença de que se tratasse. O corpo humano era o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna e não mais expressão das ansiedades e reflexos do viver em sociedade. Segundo Luz (1988):

A disciplina das doenças é, portanto, parte integrante e produtiva da racionalidade moderna. Através das categorias de: doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc., elaboradas nos períodos clássico, a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre a objetividades, discurso que institui: a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos (p. 91).

Então, o paradigma que se instaura é a saúde como ausência de doença, ou seja, de alguma patologia que por ventura poderá invadir o corpo humano, visto que a eliminação do mesmo é a preocupação fundamental da medicina moderna, esquecendo “questões tematizáveis como a vida, a saúde, a cura. A cura será substituída pela cessação de sintomas, sobretudo dos sintomas principais, ou chaves de uma doença” (LUZ, 1988, p. 92).

Somente no início do século XX, após a II Guerra Mundial, fica evidente a insuficiência da teoria unicausal, com o fim do domínio absoluto do estudo das doenças

infecto-transmissíveis, quando há o retorno as concepções multicausais, mas que não recuperaram o conceito de causação social.

A noção de multicausalidade das doenças será dominante no campo da Epidemiologia. Neste período, nos países industrializados, há uma intensificação da reestruturação produtiva. As novas tecnologias começam a ocupar todos os setores da economia e as políticas sociais contemplam mais as áreas de saúde e educação.

O desenvolvimento do modelo multicausal ocorre com afirmação de diferentes abordagens como: análise das múltiplas causas da doença, o modelo ecológico e o modelo da determinação social da doença que apresentam entre si marcos teóricos em contradição. Gutierrez e Oberdiek (2001) destacam que estas abordagens “não surgem todas ao mesmo tempo e nem avançam com a mesma intensidade nos aspectos teóricos metodológicos, mas, todas concordam que o processo saúde-doença é a síntese de múltiplas determinações” (p. 22).

Barata (1985) também discutindo e resgatando os processo de unicausalidade e multicausalidade das doenças destaca que dentro das teorias da multicausalidade o que há de mais “característico nos diferentes modelos é a tentativa de redução do social e sua descaracterização através de construções ahistóricas e biologicistas” (p. 21).

Tanto Barata (1985), quanto Gutierrez e Oberdiek (2001) analisam os principais modelos que caracterizam a teoria multicausais destacando primeiramente o modelo da balança, elaborado por Gordon, na década de 20, entendendo a saúde como um estado de equilíbrio entre fatores diversos e múltiplos. A doença ocorre quando o equilíbrio é alterado por uma mudança na força com que opera um ou mais destes fatores. São reconhecidos três tipos de fatores: os do agente, os do hospedeiro e os do meio ambiente.

Neste modelo os fatores são tomados isoladamente, sem considerar a interação entre eles, mantendo características do modelo unicausal, com a diferença de serem admitidas outras causas que não apenas a presença do agente etiológico.

Na década de 40 com o Movimento da Medicina Integral nos Estados Unidos, surge outra ordem de fatores causais agregada ao conceito de multicausalidade, que são os fatores psíquicos, que vai definir o homem como ser bio-psico-social.

Com relação a este Movimento, Barata (1985) dirá que o “social vai aparecer como atributo do homem e não como essência da própria existência humana. O homem que tem corpo biológico também tem funções psíquicas e atributos sociais, tais como ocupação, renda, instrução e outros” (p. 22).

Posteriormente, encontra-se o conceito de multicausalidade proposto por MacMahon, sob a denominação de Rede de Causalidade. Neste modelo a idéia era da existência de relações de interações recíprocas entre os múltiplos fatores envolvidos. Para atuar na doença, bastava identificar, na rede de causalidade, um componente mais frágil e intervir, sem alterar todo o conjunto de fatores envolvidos.

O modelo ecológico apresenta para Barata (1985), Gutierrez e Oberdiek (2001) o conceito mais acabado de multicausalidade, embora apresente limitações, pois não permite uma interpretação fiel da realidade para transformá-la. Leavell e Clark são autores que trabalham dentro desta perspectiva. Tem como o estudo às intervenções médicas a partir do desenvolvimento da História Natural da Doença, com ênfase nas enfermidades infecciosas: estudos sobre sífilis, tuberculose, febre amarela, entre outros.

O modelo ecológico efetiva uma redução naturalista na interpretação das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e os outros homens, na produção de sua vida material. Há o entendimento de que a atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são alteradas por ele e, por outro lado, também alteram o ambiente em que se encontram.

Diante destas premissas, Gutierrez e Oberdiek (2001) destacaram que embora haja contribuições das ciências sociais a epidemiologia, este modelo acaba por reduzir o

“social ou a biologizam, na medida em que o consideram como uma dimensão a mais do indivíduo humano, sem estabelecer uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos” (p. 23).

Barata (1985) destaca que este modelo é útil ao capitalismo porque uma vez que se entenda que as alterações do homem são exclusivamente biológicas e as relações entre agente, hospedeiro e meio se dão no plano ecológico, “pode-se atuar sobre todos estes fatores com medidas ecológicas, sem necessidade de modificar a organização social” (p. 24).

Este modelo recebe críticas ao final da década de 60, identificando-se a necessidade de uma reformulação da compreensão do processo saúde-doença, para que os conhecimentos epidemiológicos estejam vinculados e mais próximos aos interesses populares e concretizando novas práticas de intervenção.

Neste sentido, na década de 70, ressurgiu a discussão da medicina social, iniciada em 1848, identificando-se como o modelo da “epidemiologia social” defendendo que o processo saúde/doença é um processo social e biológico, mas com historicidade própria. Tem em suas bases de pensamento o materialismo histórico, “ultrapassando a visão de causalidade como uma relação de causa e efeito, ou seja, percebe o fenômeno como uma estrutura” (REZENDE, 1989, p. 90).

Surge o modelo de determinação social da doença como retomada das abordagens sociais da epidemiologia. O contexto social era marcado por uma crise econômica e política com diminuição do gasto social do Estado capitalista, com altos custos e baixa eficácia da medicina curativista e hospitalar. A partir deste contexto, surgiu uma nova conceituação do processo saúde/doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças.

Laurell (1983) elaborou um conceito para o processo saúde-doença da coletividade entendido como o modo específico pelo qual ocorre, no grupo, “o processo

biológico de desgaste e reprodução, destacando os momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença” (p. 151).

Para o conceito de determinação social da doença, a referida autora destacou que o processo saúde/doença e sua determinação enquanto processo social é “determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (p. 157). Acrescenta-se ainda destacando que o:

[...] o padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. É nesse contexto que se deverá recuperar a não-especificidade etiológica do social e, inclusive, do padrão de desgaste e reprodução biológica relativo à doença, pois não se expressam em entidades patológicas específicos, mas no que chamamos o perfil patológico; que é uma ampla gama de padecimentos específicos, mais ou menos definidos (p. 157).

Ao se abordar, na epidemiologia, a importância do social no processo saúde/doença e da produção da doença em termos coletivos como resultante também dos processos sociais, identifica-se segundo Rouquayrol e Goldbaum (1999) duas maneiras de entender os condicionantes sociais da doença que são de um lado, “o conjunto de todos os fatores que não podem ser classificados como componentes genéticos ou agressores físicos, químicos e biológicos” (p. 19). São agrupados em quatro tipos gerais: fatores sócio-econômicos, fatores sócio-políticos, fatores sócio-culturais e fatores psico-sociais.

O outro entendimento leva em consideração que o social não é apresentado como uma variável ao lado dos outros fatores causais da doença, mas como um campo em que a doença adquire um significado específico. “O social não é expresso sob forma de um indicador de consumo (renda, nível de instrução, etc). Ele aparece sob forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social” (p. 19).

A crítica que se faz da utilização do social como categoria composta por fatores relacionados, casualmente, com a produção da doença, não considera pensar o social de forma totalizante (estrutura social particularizada em conjunturas econômicas, políticas e ideológicas) “que condiciona uma dada situação de vida de grande parcela da população e um agravamento crítico do seu estado de saúde, dá ao estudo epidêmico sua real dimensão enquanto fenômeno coletivo” (MARSIGLIA et al., 1985 apud, ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 1999, p. 19).

Diante da identificação das diversas concepções de saúde e doença concretizadas em diversos momentos históricas, evidencia que estes conceitos têm expressado mudanças e, segundo Mendes (1996) para que um sistema de saúde tenha um novo cunho político e ideológico, as concepções de saúde e doença devem estar vinculadas a questões mais amplas, visto que a concepção do processo de saúde/doença tem evoluído, consideravelmente, de maior “vinculação com as doenças e mortes, isto é, aproximações negativas, até concepções mais vinculadas à qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social, ou seja, uma aproximação positiva” (p. 235).

Luz (1988) destaca que “para haver saúde é necessário que se mude a sociedade”, pois são de fato as condições sociais e econômicas que explicam o surgimento das doenças. Corroborar-se e reforçar-se a idéia de que saúde e doença possuem relação direta com o social, como reflexo direto da sociedade em que está inserida.

O processo de identificação e compreensão da maneira como as concepções de saúde vão se desenvolvendo no decorrer da história da humanidade, oferece subsídios de entendimento de como é construída atualmente a política de saúde e a própria concepção que se tem do processo saúde/doença.

Um conceito usualmente utilizado para definir saúde é o da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico,

mental e social e não apenas a ausência de doença”. Analisando o referido conceito, não se deve esquecer que, a saúde implica perceber como ela se apresenta na sociedade que se caracteriza pelas contradições, dificuldade e em muitos aspectos de exclusão. Poder alcançar o bem-estar completo do ser humano requer que se considere a saúde também como possibilidade de enfrentamento destas contradições e dificuldades vivenciadas no cotidiano da sociedade capitalista.

Então, concorda-se com Rezende (1989) quando discute que o conceito proposto pela OMS demonstra um avanço no sentido de ampliar o conceito de saúde e doença, mas apresenta limitações, pois saúde não é ajustamento do homem ao meio, de uma situação ou contexto, mas “uma postura humana ativa e dialética frente às permanentes situações conflituosas geradas pelos antagonismos entre o homem e o meio” (p. 87).

O completo bem-estar exprime uma conotação de estagnação de algo pronto e acabado, não considerando o movimento da história da vida humana e seus conflitos diários numa sociedade.

Ros (2000) também contribuiu com a discussão do conceito explicitado pela OMS. Destacou que as críticas são feitas em maior número em relação ao primeiro enunciado – o completo bem estar e ainda acrescenta comentando que:

Não existem dúvidas na discussão teórica atual no que diz respeito a ser a saúde algo com dimensão física, mental e social. E é justamente por essa abrangência de definição que se constata que saúde diz respeito, no mínimo, a áreas tão distintas em termos de conhecimento, como a biologia (o físico), a psicologia (o mental), e a sociologia (o social), simultaneamente (p. 08).

Ao aprofundar a discussão dos conceitos de saúde e doença, num dado momento histórico, implica não se esquecer de alguns pontos fundamentais: que seu conceito representa um modelo de concepção, que estão vinculados à realidade social e são socialmente construídas, pois possuem historicidade. Neste sentido, se destaca que:

Saúde/Doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos, e revelam concepções de mundo. Através da

experiência desse fenômeno, as pessoas falam de si, dos que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico-político e cultural. Saúde/Doença são também metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma: de suas anomias, desequilíbrios e preconceitos, servindo como instrumento coercitivo ou libertador para o poder político se legitimar ou ser execrado (MINAYO, 1996, p. 193).

Conclui-se no que se refere ao conceito de saúde e doença a busca pela ampliação destes conceitos, não restringindo somente a saúde como ausência de doença. A concepção de saúde deve estar vinculada aos determinantes da vida em sociedade, seja ela individual ou coletiva e resultado desta relação com a sociedade.

Vaitsman (1992) buscando não reduzir apenas o entendimento do conceito e concepção de saúde e doença, pela via das formas de organização social da produção, destacou que “uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo” (p. 171) e acrescenta:

A existência de saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico (p. 170).

Saúde deve estar relacionada às questões positivas da vida como a sua qualidade, entendido como uma condição da vivência humana e de enfrentamento das dificuldades do cotidiano. É resultado de um processo de produção social que expressa a existência dos homens no seu viver cotidiano, “um viver desimpedido, um modo de andar a vida prazeroso, seja individual, seja coletivamente” (MENDES, 1996, p. 237).

Entende-se que a partir deste conceito, a ênfase nas questões que envolvem o social, serão mais expressivas, buscando de fato concretizar não somente um conceito, mas

uma prática ampliada e que dê ênfase nas questões que envolvem a saúde e não somente em questões vinculadas à doença. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

A seguir, identificar-se-ão os modelos de atenção em saúde oferecendo subsídios para entender em que bases estes modelos se concretizam incluindo a forma em que se dá a inserção do social nestes modelos. Evidencia-se, também, que todo modelo possui sua concepção a respeito do processo saúde/doença.

1.2 Identificando os Modelos de Atenção em Saúde

À medida que evolui o conceito de saúde, o mesmo vai influenciar na forma como uma comunidade científica codifica o paradigma⁴ sanitário. As inovações na teoria geral da ciência, na teoria da saúde, nos métodos e práticas sanitárias também contribuem para que o paradigma seja reconstruído.

Atualmente, a crise na saúde não atinge somente a realidade brasileira, mas vem se tornando uma questão mundial a ser enfrentada, geralmente, em virtude do desequilíbrio estrutural entre as forças expansivas e as estratégias de contenção de custos. Esta problemática não pode ser identificada apenas em sua dimensão econômica ou ética.

Mendes (1996) destaca que essa não é uma “crise conjuntural, pois se inscreve na ordem de um processo auto-reprodutivo de uma singular concepção e prática de sistema de saúde” (p. 28). Concorde-se com o autor que a crise é estrutural e sua possibilidade de solução está no momento em que se efetive uma transformação da prática sanitária vigente.

Cresce a consciência de que a crise da saúde está vinculada ao modelo de atenção médica vigente, estruturado pelo paradigma flexneriano. Sair da crise implica, então, transpor

⁴ Paradigma, entendido, na sua versão Kuhniana sociológica, como um conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica.

este modelo para um modelo de atenção à saúde, que implica na construção de um novo paradigma sanitário.

Na sociedade capitalista, o conceito de doença está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social, geralmente compreendido como incapacidade de trabalhar. Conseqüentemente o conceito não é falso, mas é “parcial, isto é, que não deixa ver além de uma parte da problemática” (Laurell, 1983, p. 149).

Neste sentido, identificar e compreender os modelos de atenção em saúde vigentes no contexto atual brasileiro, se faz necessário ao dar subsídios de análise de como se estruturam as ações de saúde, chamando a atenção para entendimento do social no âmbito da atenção primária, além de identificar quais os conceitos do processo saúde/doença vigentes em cada modelo.

O modelo assistencial ou de atenção à saúde constitui a forma de como são organizados os serviços de saúde em um determinado espaço, com uma população definida, e “como aqueles, com processos de trabalho diferentes, relacionando-se entre si e ainda quais são os produtos resultantes dos seus processos de trabalho e como esses produtos são distribuídos entre a população” (CASTRO e WESTPHAL, 2001, p. 93).

Paim (1999b) também define modelos assistenciais ou modelos de atenção à saúde que podem ser compreendidos como “combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde (danos e riscos) que compõe o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (p. 493).

A configuração de um modelo de atenção em saúde está intrinsecamente vinculada às influências de ordem estrutural, advindas de uma decisão política, evidenciando, que “existe uma lógica vigente que deve ser estabelecida num plano maior de diretrizes de construção de sistemas de saúde” (CASTRO e WESTPHAL, 2001, p. 93). Dentre essas

lógicas, há duas que são fundamentais: a lógica econômica do sistema e a lógica de estruturação da demanda.

A relação **lógica econômica** é entendida como sistema de saúde, enquanto sistema produtor de bens e serviços para o “atendimento das necessidades de saúde do cidadão ou para o atendimento da demanda do consumidor, como qualquer outro setor produtivo dentro do campo da economia” (Ibidem, p. 94). Tal lógica pressupõe um retorno dos investimentos e gastos realizados nesse empreendimento que pode ser o lucro ou benefícios.

O retorno enquanto lucro pressupõe, na saúde, um segmento que é do setor privado, podendo ser tanto pessoa física ou jurídica de caráter lucrativo. Isto é, “na sua atividade de prestador de serviço ou produtor de bens, pressupõe-se um custo econômico-financeiro e também um resultado que se traduz pelo lucro, geralmente em espécie” (Ibidem, p. 94).

Na categoria dos benefícios, o retorno se dá ao conferir como produto às necessidades e demandas da população satisfeita, no atendimento de uma necessidade social, “sendo o resultado financeiro da operação traduz-se pelo déficit ou superávit, que não são contabilizados como lucro ou prejuízo de pessoa física ou jurídica” (Ibidem, p. 94).

A **lógica da estrutura da demanda**, diz respeito à oferta dos serviços, ações e cuidados na atenção da saúde da população. Tem a preocupação na condução de seus princípios e diretrizes. Para esta lógica há dois caminhos que podem ser adotados, revelando ações diferenciadas entre si, traduzindo concepções divergentes, mas que se mesclam no contexto das ações de saúde.

De um lado, há a oferta da demanda espontânea, individual, segundo o interesse, a percepção e a vontade própria de cada pessoa que usa os serviços de saúde. Revela esta lógica, a concepção de mercado que com suas características e variáveis, “configurar-se-ia

num procura que determina a oferta, sem a intervenção ou regulação de nenhum outro ator, nessa relação direta entre produto e consumidor” (Ibidem, p. 94).

Essa lógica pressupõe que existe uma sociedade de abundância. As questões como problemas sanitários, habitação, educação, trabalho, lazer, transporte não existe. Parte-se da premissa de que as pessoas possuem uma consciência sanitária avançada e criteriosa que lhes permita escolher, o que é oportuno para a sua saúde.

Fica evidente a percepção do processo saúde/doença como um fenômeno de caráter individual e não social, cuja responsabilidade e solução compete apenas ao indivíduo e não à sociedade e ao Estado. Evidencia um modelo de atenção em saúde de caráter individual, baseado na visão biológica e mecanicista do indivíduo.

Caracteriza-se pela prática da atenção médica que visa a maior quantidade possível de serviços de saúde para a população de maneira individual, por meio da clínica médica, uso de alta tecnologia e visa a tratar as enfermidades ou reabilitar pacientes portadores de seqüelas.

A figura do médico se torna central, pois é o único legitimamente apto a falar sobre saúde e doença. A ciência médica, portanto, tem como objetivo estudar, por métodos puramente científicos, os fenômenos patológicos para poder compreender o funcionamento normal do organismo e estabelecer uma terapêutica funcional.

Parte do entendimento de que quanto maior o número de doenças e doentes, mais atenção médica é necessária e para resolver um problema de saúde bastando achar a causa e eliminá-la ou corrigi-la, através da intervenção médica.

A outra lógica, referencia-se na percepção do processo saúde/doença como um fenômeno histórico e socialmente determinado, portanto não natural e como fenômeno social de natureza e características coletivas. A partir desta premissa, organiza-se e capacita-se a

produção das ofertas da demanda dos serviços de saúde. Segundo Castro e Westphal (2001)

isso implica que:

A definição da oferta dos serviços e ações de saúde seja primeiramente instrumentalizada pela epidemiologia, e assim pautada em função dos grupos populacionais que experimentam situações de maior risco e gravidade de adoecerem e morrerem, quer seja por condições biológicas, econômicas, sociais e culturais. Sem, entretanto excluir ou descuidar-se dos indivíduos que no seu cotidiano estejam experimentando situações de dor e desconforto, ou seja, os doentes, aos quais deverão estar sendo ofertadas as ações de cura, com a oportunidade e resolutividade precisas (p. 95).

A oferta de demanda espontânea, ação realizada no modelo médico-assistencial privatista, está vinculada à idéia de consumo e captação de clientela. Diferentemente, a oferta de demanda organizada se realiza, no âmbito de um estabelecimento de saúde ou de um distrito sanitário. Desta maneira, as noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, reorientam o planejamento de saúde para uma população específica, recuperam o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde.

O modelo de oferta organizada tende a superar as formas de ações caracterizadas por campanhas, programas especiais e a demanda espontânea. Paim (1999a) evidencia a importância da substituição dos programas especiais pela oferta organizada em nível local, redefinindo as características da demanda espontânea. Mantém-se nas unidades de saúde o atendimento da demanda espontânea, porém reduzida. Através de um exemplo, o autor exemplifica este processo:

No modelo assistencial baseado na demanda espontânea, o sistema de saúde esperaria que um indivíduo, com tuberculose sentisse algo errado em sua saúde e tivesse a iniciativa de procurar um serviço que se dispusesse a atendê-lo prontamente. No modelo assistencial, cujos serviços estivessem voltados para as necessidades de saúde, os principais problemas deveriam ser identificados na comunidade mediante estudos epidemiológicos que orientariam uma oferta organizada definida no nível local (p. 479).

O autor, ao abordar estas questões, destaca que os programas são um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos (nos casos dos programas especiais de saúde pública), geralmente, dispõem de uma:

Administração única e vertical, de modo que atravessam estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e fragmentada. Tem caráter mais permanente do que as campanhas e quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema (centros de saúde, hospitais e laboratórios) pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde (ibidem, p. 478).

Este processo exige que as Secretarias de Saúde ao invés de se preocuparem somente com a oferta de serviços (demanda espontânea), teriam que atentar para as necessidades de saúde da população num dado território, e para o impacto sobre as mesmas. O desafio é proporcionar uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e reorientação da demanda.

Então, quando se discutem os modelos de atenção em saúde, também se referem aos sistemas de saúde (PAIM, 1999) ou produção social de saúde (MENDES, 1996) e discutir esta temática vem elucidar em que base à política de saúde atualmente é construída.

Paim (1999a) ao discutir os modelos de atenção em saúde enfatiza que há três concepções que podem ser identificadas em torno da temática. A primeira vincula-se a uma idéia mais genérica, referindo-se a documentos oficiais, que enfatizam a organização de serviços (regionalização, níveis de atenção, descentralização, referência, contra-referência, etc), a gestão (descentralização dos recursos, atribuições e poder, participação social, etc) e o planejamento (ascendente, participativo, centrado em problemas, etc).

A segunda concepção, mais ampla, entende que existe intermediação entre o técnico e o político, ou seja, uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável.

A terceira concepção entende o modelo assistencial como a própria dimensão técnica das práticas de saúde na organização social da produção de serviços. Isto implica o uso

de tecnologias, materiais e não-materiais, utilizados nos processos de trabalho em saúde (p. 477).

Ao identificarem-se os modelos assistenciais vigentes no Brasil, encontram-se: o modelo médico-assistencial e o modelo assistencial sanitário. O primeiro está voltado, fundamentalmente, para a chamada demanda espontânea. Tende a atender os indivíduos que, por livre iniciativa procuram os serviços de saúde quando sentem necessidade.

Paim (1999a) aponta que tanto os indivíduos como os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alerta para as medidas de prevenção, não são cobertos e atendidos pelo sistema de serviço de saúde. “Caracterizam-se por indivíduos e grupos que procuram os serviços de saúde somente quando se sentem doentes” (p. 477).

Na organização dos serviços das instituições de saúde, este modelo se caracteriza pela oferta dos serviços em função da demanda, que chega até a mesma, caracterizada pela demanda espontânea e desordenada. “É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta” (Ibidem, p. 477).

Também se identifica o processo inverso, em muitas situações, a oferta é determinada pelos interesses mercantis, em relação às necessidades de saúde dos indivíduos ou grupos que a procuram. As ações desenvolvidas se caracterizam predominantemente por ações curativas, não há ênfase no atendimento integral do indivíduo e/ou comunidade e não há um comprometimento com o impacto sobre o nível de saúde da população.

O modelo assistencial privatista não se encontra somente nos espaços do setor privado, seja da medicina liberal ou da assistência médica supletiva (planos de saúde). Este modelo também está presente nos serviços públicos, como hospitais, centros de saúde e laboratórios. A organização dos serviços é medicamente definida com entendimento de que saúde é ausência de doença.

As ações desenvolvidas sob este modelo revelam ações fragmentadas, não priorizam a integralidade das mesmas e as necessidades da população e da comunidade nas quais estão inseridas. As ações de saúde se dão em função da demanda espontânea, seja de um “serviço de emergência num pronto-socorro, seja de serviço de pré-natal, num centro de saúde, seja de uma consulta médica num consultório particular” (Ibidem, p. 477).

Concorda-se que ao abordar-se o modelo assistencial privatista, suas diretrizes, concepções e limitações identificam-se com o modelo vinculado ao paradigma flexneriano. O flexnerianismo se consolida como paradigma pelas recomendações do relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, que teve amplo financiamento por parte de fundações privadas americanas no período de 1910 a 1930, cujas principais conclusões foram:

Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada (MENDES, 1996, p. 238).

O paradigma flexneriano está vinculado ao conceito de saúde e doença como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica. Dentre algumas características que a singularizam, pressupõe a ênfase no “mecanicismo, no biologismo, no individualismo, na especialização, na tecnificação e curativismo” (MENDES, 1996, p. 238-239).

Quanto ao mecanicismo na medicina, compara o corpo humano com a máquina que pode ser desmontada e remontada desde que sejam entendidas sua estrutura e funções. O biologismo está vinculado às descobertas e avanços tecnológicos da bacteriologia que pressupõem o reconhecimento exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências, levando a uma concepção de história natural das doenças.

O individualismo exclui os aspectos sociais da vida dos mesmos, com a ênfase centrada na instituição do objeto individual da saúde e pela alienação dos indivíduos. Quanto à

especialização, numa dimensão econômica, decorreu da necessidade da fragmentação do processo de produção e do produtor, pela vida da divisão do trabalho. A especialização deriva “numa dimensão ideológica, do mecanismo que impôs a parcialização abstrata do objeto global, segundo um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico que atenua a compreensão holística” (Ibidem, p. 239).

A tecnificação através do flexnerianismo estruturou a engenharia biomédica, calcada na tecnificação do ato médico, estabelecendo uma nova forma de mediação entre os homens, os profissionais e a doença. Os sistemas de saúde, influenciados pelo modelo médico hegemônico, têm sido ineficiente, ao concentrarem seus gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde. Com relação ao curativismo:

Toda ênfase flexneriana está nos aspectos curativos porque prestigiar diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisioterápico em detrimento da causa e, à medida que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando um fenómeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização (MENDES, 1996, p. 239).

Como o modelo privatista, dentro da concepção flexneriana de modelo, não altera consideravelmente os índices de saúde da população, as instituições públicas têm adotado o modelo sanitarista, mas de forma complementar e subordinada voltada para certas necessidades de saúde, sentidas ou não, através de campanhas e programas especiais de saúde pública.

As campanhas sanitárias geralmente desenvolvidas em caráter temporário requerem mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Podem se caracterizar também por ações militaristas visando ao combate de uma epidemia, ao controle de determinado agravo à saúde, ou esclarecimentos e a informação da comunidade. Caracterizam-se por um trabalho focal, preocupado somente em atender as demandas emergenciais e pontuais quando a necessidade surge.

Diante do modelo reducionista privatista e da insuficiência em atender as necessidades em saúde pelo modelo sanitário, Mendes (1996) propõe a construção social de um novo sistema de saúde que esteja fundado em três categorias centrais: a concepção do processo saúde/doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária, destacando também que a “reforma sanitária deve preocupar-se com uma mudança paradigmática que permita transitar do paradigma flexneriano para outro”, que ele denomina de “paradigma da produção social da saúde” (p. 238).

O que se apresenta com as argumentações até aqui levantadas, com os autores citados, é que todo modelo está vinculado a um paradigma que contém concepções, visão de mundo, sociedade e aqui especificamente um paradigma para a saúde. A mudança de um paradigma sanitário é um processo lento, conflituoso de longa maturação porque influencia diretamente sobre os planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

Contra-pondo-se ao paradigma flexneriano, Mendes (1996) propõe a adoção do paradigma da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que partem do pressuposto de que “tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, abrangendo desta forma a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos”. Toda criação do ser humano, a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, é um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades (p. 240).

A teoria da produção social busca resgatar a realidade em sua dimensão global e superar o conceito de produção econômica restrita, incorporando como produções sociais, a produção política, organizativa, ideológico-cultural, cognitiva, etc.

A produção social é entendida como o “agir social de um ator que supõe o uso de recursos econômicos, de poder, de conhecimentos e em que essa produção reverte-se para o

ator-produtor como acumulação e desacumulação de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores e conhecimentos” (MENDES, 1996, p. 240).

A teoria da produção social está dividida em três níveis: 1) Nível dos fatos ou fenoprodução: estão todos os fatos, sejam econômicos, políticos ou sociais. Qualquer bem ou serviço produzido e que, ao ser produzido, estoca-se como acumulação social. 2) Nível das acumulações sociais ou fenoestruturas: é o espaço dos atores e das organizações sociais, capazes de produzir fatos por meio de toda a capacidade acumulada econômica, ideológica, política ou cognitiva. 3) Nível das regras básicas ou genoestruturas: são fundamentais e definem os espaços de variedade do possível. Estão dadas, ainda que possam mudar. Este é o nível da essência e só é apreensível mediante uma teoria explicativa porque não é visível. É o mais inacessível do ponto de vista da intervenção, mas, também, o que, uma vez alterado, permite mudanças mais profundas (Ibidem, p. 240).

Neste sentido, o autor acima citado, destaca que a produção social da saúde implica, pois, considerar que numa sociedade determinada e num dado momento, respeitadas certas regras previamente determinadas, as fenoestruturas existentes, como capacidades acumuladas de produção de fatos, podem gerar fluxos de produção que, por sua vez, vão fenoestruturar-se, acumulando ou desacumulando saúde.

Atualmente a sociedade brasileira pode contar com um modelo de saúde que visa construir um novo paradigma em saúde, não vinculado ao paradigma flexneriano, mas num modelo de saúde que visa à universalidade de atendimento e acesso, na integralidade das ações, que esteja vinculada aos interesses e demandas da população e principalmente na construção de um novo conceito de saúde, não vinculado ao conceito como ausência de doença.

É sabido que os desafios para a implantação deste modelo são muitos. Os caminhos a serem trilhados ainda são extensos, mas desde 1988, tem-se garantido através da Constituição Federal (CF) alguns princípios e diretrizes deste novo modelo.

Castro e Westphal (2001) chamam este processo de modelo constitucional de atenção a saúde, ou seja, está garantida constitucionalmente a construção de um modelo de saúde que é o SUS. Para gerenciar e implantar este modelo há que se basear em seus princípios e diretrizes que estão garantidos no Art. 198 da CF de 1988 que são:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;
- IV - Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, as pessoas assistidas sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo;
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios, na geração de serviços de assistência a saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – Organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

A partir das diretrizes e princípios do SUS, tem-se evidenciado, contraditoriamente ao modelo flexneriano, a construção de um paradigma que preconiza princípios fundamentais, que são a universalização, descentralização, integralidade das ações, participação popular.

Dentre todos os princípios, o da universalidade, entendido como acesso universal, garantido a todos os cidadãos aos serviços que compõe o SUS de forma gratuita,

revela-se um princípio fundamental na construção do modelo social de saúde. Porém, para garantir o acesso universal a saúde, há que se evidenciar os aspectos de descentralização do poder e da autonomia administrativa, financeira e programática para a realização efetiva da universalização do atendimento.

Para isso, se faz importante, frente à progressividade de demanda, o financiamento que pode ser realizado sob diferentes fontes de recursos, desde que respeitados os princípios constitucionais, “com critérios estabelecidos em função de variáveis de diversas ordens e natureza existentes no espaço concreto, socioeconômico, político-cultural e epidemiológico no qual essas relações irão se estabelecer” (CASTRO e WESTPHAL, 2001, p. 97).

Igualmente importante ao princípio da universalidade está o de equidade, pois há diferenças em termos de necessidade nos diversos grupos e classes sociais que compõe o universo da população. Então, se faz necessário o estabelecimento de um processo de trabalho, planejamento e programação de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos para que dêem conta das diferenças, oferecendo mais a quem mais precisa.

A regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde, também são princípios fundamentais na construção do modelo e para tanto sua aplicabilidade está atrelada na busca da racionalidade econômica no sentido que ofereça eficiência na aplicação desses princípios.

Os desafios que se colocam são de administrar a oferta, coibindo os desperdícios, construir eficientemente a referência e contra-referência, levantamento de demandas da rede de serviços, evitar os paralelismos com uma administração e gerenciamento eficientes, estabelecendo “o perfil desses serviços, do mais simples aos mais complexos, em termos de processo de trabalho, de tecnologia e de recursos humanos, com suas respectivas competências” (CASTRO e WESTPHAL, 2001, p. 97).

Diante destas questões, são propostos, elaborados e experimentados alguns modelos alternativos, visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre os problemas de saúde. Trata-se de experiências e proposições que buscam concretizar os princípios e diretrizes para a saúde, estabelecidos pela Constituição. Identificam-se os modelos de: ação programática em saúde; vigilância da saúde e políticas públicas saudáveis.

Entende-se que há a necessidade de se processar mudanças profundas na situação sanitária, no Brasil, através de diversas intervenções importantes de reatualização constante de modelos assistenciais como iniciativas que contribuem para orientar a situação sanitária.

Neste sentido, Mendes (1996) destaca a construção social de uma nova prática sanitária, que ele denomina de vigilância da saúde, entendida como “resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção” (p. 245). Visa à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade.

Para o autor, a vigilância da saúde é mais ampla que as ações programáticas dela, pois envolve ações não médicas sobre os determinantes de seus problemas. “A vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde” (Ibidem, p. 243).

A vigilância à saúde implica no desenvolvimento de ação integral sobre os diferentes momentos e dimensões do processo saúde-doença. Essas ações se dão nas necessidades sociais de saúde, grupos de risco, situação de exposição (expostos), indícios de exposição (suspeitos), indícios de danos (assintomáticos) e óbitos, seqüelas, doenças e agravos. Esse modelo admite diferentes níveis de controle: o controle dos danos (controle III), o controle dos riscos (controle II) e o controle dos condicionantes e determinantes (controle I) (PAIM e TEIXEIRA, 1993 apud MENDES, 1996, p. 244).

As estratégias de intervenção da vigilância da saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações, segundo Mendes (1996): promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa que tratará de combinar em eficácia e eficiências sociais, os três tipos de ação. Ao conceituar estas ações, tem o entendimento de que a:

Promoção da Saúde: é a constatação do papel hegemônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Vai resgatar as proposições de sanitaristas como Virchow e Villerme, para quem os remédios para as epidemias eram prosperidade, educação e liberdade. Concentra-se em grupos e na sociedade em geral.

Prevenção das Doenças e dos Acidentes: organiza-se como modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar. Concentra-se em indivíduos e grupos.

Atenção Curativa: está destinada para a cura ou cuidado dos doentes, para o prolongamento da vida, para a diminuição das dores e para a reabilitação das seqüelas. A atenção curativa concentra-se relativamente nos indivíduos. (p. 245-247).

As ações aqui destacadas por Mendes (1996), evidenciam que elas são dimensões necessárias na construção do modelo. Ao se entender o processo saúde/doença como um conceito mais amplo, que considere os vários determinantes da vida, a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde são dimensões que integram o próprio processo de saúde, garantindo-a a partir de ações características em cada tipo de ação aqui destacada.

Igualmente fundamentais as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a prática sanitária da vigilância da saúde, necessita estar atrelada a três pilares básicos que são: território, os problemas de saúde e a intersetorialidade (Mendes, 1995). Como conceito para estas categorias, tem-se o entendimento de:

Território: é o espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante reconstrução. É o território-processo que transcende a uma superfície-solo e as suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Esse território é econômico, político, cultural e sanitário.

Como base de ordenamento das práticas de intervenção no distrito sanitário há o território distrito, território-área, território-micro-área e território moradia. O primeiro refere-se à lógica político-administrativa, normalmente como espaço de um município. O segundo, refere-se à área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde. Quanto ao território-micro-área é uma subdivisão do território-área na qual se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições objetivas de existência. Por último, o território-moradia, institui o espaço de vida de uma micro-unidade social (família nuclear ou extensiva) (MENDES, 1995, p.167-169).

Problemas de Saúde: é a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social determinado. Em consequência, por problema de saúde deve entender-se a representação social das necessidades sanitárias, derivadas de condições de vida e formuladas por determinado ator social, com base em uma percepção de uma discrepância entre a realidade e uma norma instituída.

Intersetorialidade: a proposta da intersectorialidade reconhece a multiplicidade dos olhares do espírito sobre a realidade multiforme. É um conjunto articulado de operações, organizadas intersectorialmente. Todavia, ao mesmo tempo, consolida-se a convicção de que esta multiplicidade constitui uma rede única a testemunhar que, a na origem de tudo, está um espírito único a olhar um único mundo. O suposto da intersectorialidade está no fato de que a

ação completa não ocorre num setor singular, mas exige a solidariedade de distintos setores (Idem, 1996, p. 248-253).

Ao se fundamentar a discussão do modelo, a partir do modelo da produção social da saúde, entende-se que tanto o modelo quanto à prática da sua vigilância devem ser socialmente construídas. Para tanto, Mendes (1996) propõe dois projetos estruturantes que vão corroborar com este princípio, resgatando a noção de território, problemas de saúde e a intersectorialidade ganhando profundidade e concretude na construção do modelo de produção social da saúde. Como projetos estruturantes têm-se as cidades saudáveis e distrito sanitário, este último, também discutido por autores como Paim (1999) e Castro e Westphal (2001), como uma questão central na construção de um modelo.

Primeiramente, o projeto Cidade Saudável⁵, para Mendes (1996), permite a estruturação do campo da saúde, entendida como qualidade de vida. Cidade saudável é aquela que todos os atores sociais em situação (governo, Organizações Não Governamentais - ONGS, famílias, e indivíduos) orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade com o fim de melhorar a qualidade de vida da população. É um movimento que procura instituir nova ordem governativa na cidade, a gestão social, informada pela prática da vigilância da saúde. A saúde, como qualidade de vida, é colocada como objeto de todas as políticas públicas, entre elas as das políticas de serviços de saúde (p. 259).

Para o mesmo autor, a discussão de Distrito Sanitário é o que cuida da estruturação do campo dos serviços de saúde. Deve ser entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e a eficácia social, a equidade e a democratização e que se institui em um território – normalmente a microrregião – nos quais estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviço de saúde, reordenadas de

⁵ Embora, esta discussão seja importante, não é objetivo específico do trabalho fazer uma discussão aprofundada do tema, apenas apresentar a discussão e a proposta trazida pelo autor.

acordo com certos princípios organizativos e assistenciais, e os conjuntos sociais em situação, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos organizativos (Ibidem, p. 265).

O conceito, para o autor, está fundado também no conceito de território-processo, que rejeita uma estrutura burocrática, e entende como espaço democrático de negociação entre os diferentes atores sociais em situação, criando apenas uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional. Esta comissão é formada pelas secretarias estaduais e municipais, dentro da estrutura burocrática já existente, responsável pelo apoio logístico ao funcionamento desta Comissão.

A distritalização também pressupõe entendê-la como dimensão processual, sem esquecer sua dimensão espacial dentro de um novo conceito de território-distrito. Sua conceituação é definida em virtude de uma direcionalidade: “a de conter, em si, a auto-suficiência dos serviços de atenção primária, secundária e terciária. Por consequência, o distrito sanitário deve oferecer, organizadamente, serviços concernentes a esses três níveis de atenção” (MENDES, 1996, p. 266).

Este processo faz emergir o Sistema Estadual de Saúde, baseado na distritalização da saúde, num trabalho articulado entre secretarias estaduais e municipais emergindo, então, as microrregiões. O distrito sanitário justifica-se pela própria natureza organizacional dos serviços de saúde.

Como processo de hierarquização, entendido como fundamental neste processo, os serviços devem estar organizados conforme o nível de atenção, conforme suas densidades tecnológicas. Mendes (1996) utiliza o termo densidade tecnológica ao invés de complexidade tecnológica e justifica destacando que é preciso entender que a atenção primária não é de baixa complexidade, pois, exige “conhecimentos, habilidades e práticas de alta complexidade

porque estão inscritas em distintos campos da antropologia, da psicologia social, da sociologia, da economia, da medicina, comunicação social, educação” (p. 267).

Os níveis de atenção exigem diferentes composições tecnológicas em função de sua especificidade de atendimento e densidade, custo e viabilidade na solução do conjunto dos problemas de saúde. Os problemas menos freqüentes correspondem composições tecnológicas mais densas e, portanto, mais custosas (geralmente vinculadas ao atendimento secundário e mais especificamente no atendimento terciário).

Mendes (1996) propõe o encontro, no distrito sanitário entre a microrregionalização e a hierarquização, tendo que no território-distrito estar distribuídos, de maneira eficiente, os serviços de atenção primária, secundária e terciária.

A atenção primária deve ser prestada por cada município em seus territórios de abrangência. A população e demanda é hegemonicamente coletiva e sua base organizacional é a epidemiologia. Insere-se neste espaço o PSF.

Nos níveis secundário e terciário, em razão de economia de escala e de disponibilidade de recursos, ser relativamente centralizados, seu sujeito é hegemonicamente individual e sua base organizativa é a clínica. Centram-se nos consórcios de saúde. Nas palavras do autor o processo é assim descrito:

O distrito sanitário, instituído no território-processo de uma microrregião e sustentado, gerencialmente, por um processo permanente, a partir de uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, organiza-se mediante a articulação de duas estratégias básicas: a saúde da família como estratégia da atenção primária de saúde e o consórcio de saúde como estratégia de organização das atenções secundária e terciária (p. 269).

Embora a saúde da família seja identificada como um programa, para Mendes (1996) o mesmo se caracteriza por uma estratégia de organização da atenção primária que procura instituir, na prática social, o novo paradigma da produção social da saúde. Por conseqüência estará referida pela saúde e, não exclusivamente, pela medicina.

Castro e Westphal (2001), ao conceituarem distrito sanitário, resgataram a importância do mesmo evidenciando a necessidade da reconstrução do Sistema Nacional de Saúde, tendo como parâmetro os princípios e diretrizes destacadas no modelo constitucional de saúde por eles defendidos, ou seja, atualmente baseiam-se nos princípios e diretrizes do SUS, garantidas na CF/1988.

Chamam a atenção para os conceitos de processo, de território com suas especificidades de áreas e micro-áreas de risco, como pré-requisitos de planejamento e programação de saúde. Juntando-se a isso, os autores destacam a necessidade de trabalhar por problemas, a serem identificados, explicitados e priorizados através de uma metodologia fundamentada no referencial e conceitual teórico do Planejamento Estratégico Situacional.

O processo de Planejamento Estratégico Situacional se dá com participação de diferentes atores sociais e com a criação e implantação de um “sistema de informação de saúde local que subsidiará o processo de planejamento e programação das operações e ações que se fizerem necessárias ao enfrentamento dos problemas que foram priorizados” (p. 98).

Castro e Westphal (2001) ao fazerem esta discussão quanto ao distrito sanitário e as práticas sanitárias decorrentes, resgatam o conceito de vigilância, por eles denominados de Vigilância a Saúde que pressupõe:

O desenvolvimento de ações e operações de caráter integral de promoção, proteção e diagnóstico, cura e reabilitação, multissetorial, voltadas para o enfrentamento dos chamados problemas de caráter contínuo, que foram identificados e priorizados no território dos distritos, existentes no seu universo ou nas microáreas identificadas (p. 99).

Neste sentido, outra temática presente na discussão realizada pelos mesmos autores em relação à Vigilância a Saúde é ao PSF e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para eles, ambos programas integram a Vigilância a Saúde, porque estão vinculados a noção de integralidade e intersetorialidade das ações, com base municipal e regionalizado, “transcende em termos de necessidades a serem satisfeitas a disponibilidade instrumental,

tecnológica e de outros recursos de que a equipe ou a Unidade Básica de Saúde de Saúde da Família é portadora ou possuidora, por mais plena e completa que seja” (Ibidem, p. 100).

Portanto, para os autores, a “Vigilância a Saúde” deve ser entendida como potencializadora, catalisadoras e definidoras da ação intersetorial a ser articulada e desenvolvida na dimensão da promoção da saúde, na construção de um município saudável, no desenvolvimento da vigilância epidemiológica e na vigilância monitorada, na organização da demanda, conferindo melhor qualidade de vida e de saúde para a população, transcendendo o “locus estrito do aparelho do setor saúde, para outro locus, onde as políticas sociais de outra natureza deverão ser elaboradas e operadas” (Ibidem, p. 99).

Quando se recorre a Paim (1999a), o distrito sanitário é entendido como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, é definida a partir de alguns critérios como: geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos. É o espaço em que se localizam os recursos de saúde, públicos, privados, com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver maior quantidade possível de problemas de saúde (p. 482).

A proposta de distrito sanitário reforça também o caráter coletivo das necessidades de saúde e conseqüentemente sua determinação histórica e social. Os problemas de saúde não se reduzem apenas à necessidade de serviços médicos, requerendo no âmbito das práticas a “novas formas de apreensão desse objeto e outros modos de organização da assistência, já que teria a responsabilidade de operar modelos de atenção em nível de indivíduos, família, grupos sociais e meio ambiente, ou seja, progressivamente coletivos” (PAIM, 1995, p. 203).

O distrito sanitário, para o autor, visando à organização dos serviços de saúde em rede, tem objetivo também de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos

assistenciais alternativos ou de base epidemiológica como base no SUS, dando destaque para os procedimentos de referência e contra-referência.

Através destas ações, o autor entende que se concretiza a prática da demanda organizada que visa a “organizar serviços e estabelecimentos numa verdadeira rede, com mecanismos de comunicação e integração, destacando os procedimentos de referência e contra-referência e a instauração de modelos assistenciais alternativos ou de base epidemiológica” (Idem, 1999a, p. 482).

Para isso, o autor dá ênfase no princípio da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde que leva em conta as características epidemiológicas de cada localidade dando suporte a distribuição espacial dos equipamentos e estabelecimentos.

Há a necessidade de descentralizar os serviços mais simples e concentrando os mais complexos. A entrada para o sistema de saúde, neste sentido, é através dos serviços de primeira linha (clínica médica, pediatria, etc), também chamada de nível primário.

O nível secundário é caracterizado pelos consultórios especializados e de pequenos hospitais, com tecnologia intermediária. O nível terciário é caracterizado por grandes hospitais (gerais e especializados) com alta tecnologia, servindo de referência para os demais serviços.

Para Paim (1999a) ao modelo de Vigilância a Saúde, inclui-se o distrito sanitário que abrange os três níveis de atenção, que por sua vez, insere no âmbito da atenção primária o PSF, que no entendimento do autor, não está restrito na atenção primária de saúde. A saúde da família invade os níveis de atenção secundária a terciária na medida em que sua equipe, particularmente o médico e a enfermeira podem responsabilizar-se pelo paciente e pelo apoio a sua família, inclusive na assistência hospitalar. Haveria situações em que o médico de família, respeitados os preceitos éticos em relação aos seus colegas do hospital, discutiria

procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além de proceder a visitas hospitalares durante a internação do seu paciente (p. 485).

O PSF e o PACS - enquanto programas especiais do Ministério da Saúde, já se afiguram, presentemente, como um dos modelos de atenção hegemônicos voltados para necessidades de saúde e não apenas para a demanda espontânea ou para a oferta. No entanto, tais “programas poderão constituir uma das estratégias de reorientação do sistema de saúde, na medida em que venham a se aproximar dos processos de distritalização e, do modelo de intervenção da vigilância a saúde” (Ibidem, p. 486).

A discussão realizada em âmbito do modelo assistencial, da regionalização, territorialização, distritos sanitários, vigilância à saúde nas diversas perspectivas trazidas pelos autores mencionados, evidencia a discussão do PSF e do PACS, que atualmente possui relevância na discussão do modelo assistencial de saúde.

Neste capítulo, apenas se apresenta em linhas gerais, como são entendidos o PSF e PACS e como esta discussão se insere na discussão do modelo. As discussões mais aprofundadas sobre esta temática serão desenvolvidas nos próximos capítulos, ao se abordar as políticas de saúde no Brasil, a implantação destes programas com o Ministério da Saúde e a discussão das práticas profissionais no âmbito da atenção básica.

A discussão de modelos assistenciais de saúde fornece subsídios para o entendimento de que a construção de uma política, necessariamente vincula a necessidade e a defesa de uma concepção de saúde e doença que implica conseqüentemente num modelo assistencial de saúde, que se concretiza através da referida política, refletindo nas práticas profissionais.

CAPÍTULO 2

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 A Construção das Políticas de Saúde no Período de 1920 a 1989

No cenário das políticas sociais brasileiras, as ações que imprimiram e caracterizaram como voltadas para uma política de saúde⁶, só começam a se concretizar no início do século XX, pois anteriormente, não havia planejamento de uma política de saúde de fato, estruturada pelo Estado. O que se tinha eram apenas ações isoladas e emergenciais sem caráter coletivo, objetivando proteger a saúde da população brasileira. Ilustrando a situação “em 1904, o Rio de Janeiro já contava com 706 mil habitantes e tinha uma situação tão calamitosa (dengue, tuberculose, febre amarela, malária, varíola), com os mangues sem drenagem e recebendo todos os dejetos da cidade, com pouca água potável, sem esgoto e com sujeira pelas ruas [...]” (ROS, 2000, p. 85).

As demandas eram trabalhadas por ordens religiosas e instituições de caridade. As únicas ações do Estado nesse período foram “a urbanização de áreas portuárias atingidas por endemias e moléstias infecto-contagiosas que, pela sua gravidade, abalaram o processo agro-exportador brasileiro” (BORBA, 1998, p. 20).

A economia brasileira neste período se caracterizava pelo modelo agro-exportador, assentado na monocultura cafeeira, exigindo do sistema de saúde, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. O período é marcado pelo sanitarismo campanhista e tinha a concepção de saúde/doença, fundamentada na teoria dos germes (teoria

⁶ Entende-se, a partir de Paim (1999b), como política de saúde, as formas historicamente determinadas, de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (p. 489).

monocausal), segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro.

A partir de 1903 iniciam-se as primeiras ações que caracterizam a saúde pública no Brasil. Tem-se neste período, Oswaldo Cruz, do Instituto Pasteur, que inicia ações de “campanhas de saúde, como vacinas obrigatórias, operações mata-mosquito, limpeza urbana, que imediatamente reduzem as taxas de febre amarela, peste e varíola” (ROS, 2000, p. 85).

Na década de 1920, especificamente no ano de 1923, surge com a Lei Elói Chaves a Previdência Social no Brasil com a criação das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). A característica das CAP's é “que estas eram organizadas por empresas administrativas e financiadas por empresários e trabalhadores. A primeira CAP's foi do setor ferroviário sendo que até o ano de 1930, já existiam 47 CAP's” (MENDES, 1995, p. 21).

Posteriormente, na década de 1930, o momento foi caracterizado por um conjunto de transformações ocorridas no Estado brasileiro e nas formas de regulação social que a partir de então têm início. O contexto é marcado por uma crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil, através das políticas de substituição de importações. No ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, desligando-se da responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Em 1933, por falta de uma base atuarial⁷, no sistema das CAP's, iniciou-se sob a doutrina do seguro, a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com crescente centralização das ações de saúde em âmbito federal. Era de interesse do governo criar um sistema de seguro social que garantisse o novo foco de atenção das ações do governo: “o corpo do trabalhador. [...] com o crescimento da industrialização, desloca-se à necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do

⁷ Atuarial: Relativo a atuária. Parte da estatística que investiga problemas relacionados com a teoria e o cálculo de seguros numa coletividade (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª. Ed. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986, p. 199).

trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva” (OLIVEIRA e SOUZA, 1998, p. 25).

O modelo de saúde que caracterizava este período, segundo da Ros (2000) era “para os ricos, a prática médica privada e liberal; para os trabalhadores organizados, os IAPs; para os pobres e trabalhadores desorganizados, os hospitais de caridade e as ações de SBP” (**saúde pública**) (p.93, grifo nosso).

Os sistemas de proteção social, iniciados nas décadas de 1920 e 1930, ampliam-se no período de 1945 e 1964, tais como inovação legal-institucional na área da educação, saúde, assistência social e habitação, porém, este último com menor ênfase.

Em 1945, com o fim do Estado Novo e pela influência do modelo de seguridade europeu, instaurou-se no país um sistema de proteção social que imprimiu à sociedade, principalmente, às classes trabalhadoras, uma condição de “cidadania regulada para a qual o Estado brasileiro, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência” (MAGAJEWSKI, 1994, p. 50).

A concepção de saúde que envolve este período, ainda não deu conta de garantir a saúde como um direito universal. Tinha acesso aos serviços de saúde quem se encontrava no campo formal de trabalho e contribuísse. As práticas em saúde ainda não estavam vinculadas a ações que visassem à promoção da saúde e sim estreitamente vinculada à recuperação das doenças.

Nas décadas de 1960 e 1970, tem-se a efetivação dos sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), “não se mostrando tão fragmentada como nos períodos anteriores, mas, com certas tendências universalizantes com implementação de políticas de massa mesmo frente características de regimes autoritários e tecnocráticos”

(DRAIBE, 1988, p. 30-31). O modelo de seguro social não tinha caráter universalizante, pois só tinha direito de usufruir os benefícios quem contribuísse, incluindo a mesma lógica para o sistema de saúde.

O contexto que caracterizava este período era o poder burguês do pós-64, inaugurando o modelo burocrático-autoritário que significou para a realidade brasileira o aprofundamento dos grandes problemas estruturais já existentes. Destacou Netto (1996) que este processo imbricou e colidiu vetores econômicos, sociais, políticos, culturais e ideológicos, através de mecanismos basicamente coercitivos, no quadro de uma estratégia de classe implicando alianças e dissensões.

A ditadura expressou a derrota das forças democráticas, impossibilitando uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político via reformas democráticas e nacionais. Para Netto (1996), a ditadura militar expressou, “o resgate das piores tradições da sociedade brasileira: a heteronomia, a exclusão e as soluções pelo alto, com o reforçamento do papel do Estado, que privilegiando o grande capital, situa-se como o espaço preferencial para o trânsito e o confronto dos interesses sociais em enfrentamento” (p. 25).

O Estado neste contexto passou a ser visto como algo estranho, estrangeiro, inimigo e abrupto, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade civil sob controle e exploração. Retirou a representação das classes, em especial a dos operários urbanos e rurais e dos camponeses, de todas as esferas do aparelho estatal, representação conquistada nas décadas anteriores a 1964.

A idéia que predominou neste período é de uma sociedade civil incompetente, imatura, precisando ser controlada pelo Estado. O golpe de 64 foi o desfecho da crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil e aliada a esta discussão, Bravo (1996) resgatou este momento histórico destacando que é:

[...] gestada pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento, cuja base era a industrialização pesada, e as modalidades de intervenção, articulação e representação das classes e suas frações no sistema de poder político. O padrão de acumulação entrava em contradição com os anseios democráticos, nacionais e populares. A burguesia possuía duas alternativas: assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classe não-burguesas na luta pela direção da sociedade, ou garantir a hegemonia pela força, apelando para a antidemocracia e a dependência, solução adotada (p. 27).

A questão social que envolvia este período, em especial de 1964 até 1974, é do Estado utilizando para sua intervenção o binômio repressão-assistência. A política era assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal. Tais ações tinham a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, diminuir as tensões sociais, conseguir legitimidade para o regime e como mecanismo de acumulação do capital.

Assim, quando se analisa a política assistencial neste contexto, incluindo também a saúde, encontra-se o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966; o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente, o Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

Esses mecanismos tentaram resolver as contradições entre a tendência abrangente da “concessão de benefícios e a estreiteza do regime de capitalização, sendo uma importante fonte de captação de recursos para investimentos na área econômica” (BRAVO, 1996, p. 30).

A criação do INPS unificou os antigos IAPs, na busca da modernização da máquina estatal, com isso conduzindo o aumento do poder decisório e regulatório sobre a sociedade, bem como na desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista.

Quanto aos programas de saúde, se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado. As deficiências da saúde se caracterizavam pela ausência de planificação,

falta de capacidade gerencial e os problemas de saúde deveriam ser resolvidos através da privatização dos serviços.

Cabia neste contexto, ao Ministério da Saúde, a responsabilidade do atendimento das doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário.

É a partir deste contexto, desde a implantação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões até o Instituto Nacional de Previdência Social, numa crescente integração da Previdência Social que foi se gestando o modelo médico-assistencial privatista, que será institucionalizado a partir de 1975, como se verá adiante. Diante deste modelo, a medicalização no setor saúde foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social, pois o setor da saúde tinha que assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior.

Somou-se a isso o fato de reforçar com a medicalização no sistema de saúde o aumento de oferta e demanda por serviços médicos que vão se potencializando reciprocamente. Reforçou-se a concepção de que para obter saúde é necessária a eliminação das doenças que ocorre com o processo de medicalização. Mendes (1996) contribuiu com esta discussão quando afirmou que:

O processo de medicalização tem a ver com uma dupla tendência convergente: a complexificação da vida cotidiana com a ampliação do campo dos desvios e o desenvolvimento da profissionalização médica que reforça sua identidade e poder profissional legitimando e normalizando esses desvios. Daí resulta um processo de medicalização de todos os padecimentos, desumanizando-os, des-socializando-os e convertendo-os em patologias [...] (p. 23).

A partir de então, a saúde pública teve um declínio significativo, ao contrário, da medicina previdenciária que cresceu, após a reestruturação do setor em 1966. Isto significou uma dicotomia expressiva entre a saúde pública e a saúde curativa. Foi dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população.

Conseqüentemente, quando se reporta ao período de 1969 a 1974, na questão da saúde, não se pode falar de planejamento ou de planos de saúde, em sentido estrito, pois o que se vivenciou foi apenas à integração de programas setoriais de atenção médica a partir da Previdência Social, que regulou, organizou o financiamento e funcionamento desses programas. Quanto aos profissionais como:

Os médicos e demais profissionais que atuavam na saúde pública se viram como filhos deserdados. Os departamentos de medicina preventiva, crescentes em números e importância a partir de 1966, expressavam o discurso preventivista e as práticas dele decorrentes, mas tiveram que se subordinar às determinações políticas, de natureza assistencialista, na atenção médica (LUZ, 1979 apud BRAVO, 1996, p. 31).

Neste contexto, houve um novo padrão de organização de serviços médicos previdenciários. A prioridade estava inscrita na contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios da Previdência Social cabendo então, ao Estado propiciar o crescimento e a expansão da iniciativa privada. A partir disto, à prática médica se tornou altamente lucrativa. Para que esta estratégia fosse fortalecida, havia a necessidade de se tomar algumas medidas que foram o financiamento de hospitais privados e credenciados para a compra de serviços e convênios com empresas. Neste sentido:

A articulação da previdência com o setor privado se deu com a compra de serviços médicos, mediante o credenciamento pelo INPS dos serviços privados para atendimento de pacientes segurados. Foram iniciados, em 1964, os convênios do INPS com empresas da “medicina de grupo” ou “empresas médicas”. As empresas contratantes passavam a arcar com a responsabilidade da assistência médica a seus empregados, recebendo subsídios do INPS para a compra dos serviços de outra empresa (BRAVO, 1996, p. 33).

Após, dez anos de ditadura, o bloco do poder instalado no aparelho estatal não conseguiu consolidar sua hegemonia precisando, neste sentido, modificar, gradualmente sua relação com a sociedade civil, necessitando para tanto, estabelecer canais de mediação, que possibilitassem a dominação burguesa e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais.

Este contexto remonta para o processo de distensão política brasileira. Deu-se a partir da sucessão presidencial de 1973, quando o general Geisel assumiu o comando do país, propondo uma abertura política lenta e gradual. Esta distensão, entendida enquanto estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático foi, um processo contraditório, evidenciando “a dialética entre as demandas de democratização da sociedade civil e a necessidade de tomar constitucionalmente o aparelho montado durante o período da ditadura militar com a finalidade de garantir a continuidade do regime e do modelo econômico excludente” (Ibidem, p. 34).

O próprio processo de resistência democrática foi se ampliando, o que trouxe para o movimento novos atores e setores, que inclusive, anteriormente, estavam vinculados ao movimento golpista e por ele neutralizado. Isto exigiu do regime a necessidade de fazer concessões e negociar as vias de transição para outras formas de dominação.

Aliado a este cenário, tem-se a crise do milagre econômico brasileiro, que a partir de 1974 se tornou mais expressiva, ocasionando o reaparecimento no cenário político, dos movimentos e forças sociais que lutavam pela democratização do país. Cita-se entre algumas forças sociais os do sindicalismo operário, as categorias profissionais dos estratos médios, os trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja, entidades da sociedade civil, como a ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e os movimentos sociais urbanos.

Estes movimentos e atores sociais, na conjuntura de crise de legitimação do regime autoritário, contribuíram no processo de fortalecimento da sociedade civil e possibilitaram a ampliação do processo de negociação com o Estado, defendendo os direitos mínimos de cidadania. Então, o Estado se vê obrigado a alargar as políticas sociais, frente às demandas que se evidenciavam no momento e que se multiplicavam em virtude dos altos índices de pauperização das classes trabalhadoras.

O contexto da época é marcado pelo aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, recessão econômica, gerando com isso altos índices de desemprego, conseqüentemente, ampliando o processo de pauperização das classes trabalhadores. Outra identificação foi o alto índice de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas.

Este cenário e contexto trazido para a discussão da saúde remontam a realização de algumas modificações, por parte do governo. Estas modificações não significaram rupturas com o modelo posto desde o pós-1964, pois se continuou privilegiando os interesses empresariais, realizando compras de serviços do setor privado. Porém, identificou-se uma mudança em nível político, com a inclusão de diversos segmentos da sociedade que questionou a política de saúde adotada.

Neste período, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram retomadas, possibilitando, desta forma, espaço de debate para as prioridades da saúde, embora as participações nestas Conferências fossem reduzidas. Ao se analisar a V e a VI Conferência Nacional de Saúde identificou-se que:

A V CNS teve como tema o Sistema Nacional de Saúde, cuja lei no. 6.229 havia sido promulgada pelo Congresso em regime de urgência. Essa conferência consagrou as teses da medicina simplificada e da participação da população, para assegurar maior sucesso às ações integradas. A partir dessa conferência, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura em áreas rurais, além de programas tradicionais (imunizações, vigilância epidemiológica e materno-infantil) A VI CNS, em 1977, foi convocada para discutir as grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde (operacionalização da nova lei aprovada pelo governo federal) (BRAVO, 1996, p. 44).

A postura adotada pelo governo diante da situação econômica e política vivenciada foi à priorização da previdência social. Criou-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento que tinha por objetivo a implementação de uma política social que permitisse a redistribuição de renda. Porém, essa prioridade não saiu do plano retórico. Outras

medidas foram tomadas, como a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, no intuito de evidenciar a preocupação por parte do governo pela previdência social.

O referido ministério não conseguiu desenvolver um plano consistente de ação, constituindo-se numa junção de órgãos e fundações de caráter nacional, como a Legião da Boa Vontade (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar (FUNABEM), anteriormente vinculado à Presidência da República.

No mesmo ano, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) com o objetivo de assessorar o presidente da República na formulação “da política social e garantir a coordenação dos ministérios envolvidos com a implementação dessa política; mas não conseguiu desenvolver essa ação coordenadora” (BRAVO, 1996, p. 41-42). O que se identificou foi a permanência da saúde nos dois Ministérios: da Saúde e da Previdência Social. No entanto, não se via entre ambos, medidas efetivas para a articulação entre os mesmos, demonstrando a dicotomia entre a assistência médica e a saúde coletiva.

Outras medidas foram tomadas, a partir de 1974, como o Plano de Pronta Ação que objetivou “disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculada à previdência social, universalizando o atendimento de emergência” e a Lei do Sistema Nacional de Saúde implantado em 1975, objetivando “disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor saúde” (Idem, p. 43).

A primeira medida possibilitou a desburocratização do atendimento de emergências permitindo também a integração da prática previdenciária às instituições conveniadas. Em consequência, se tinha a incapacidade por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - que surgiu no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias - de controlar esses atendimentos o que possibilitou um número expressivo de fraudes apresentadas nas contas hospitalares.

A segunda medida criticava a postura governamental de estar atrelado a interesses liberais e vinculados aos interesses da iniciativa privada, propondo ações e formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal. Estavam presentes neste movimento, profissionais e representantes do pensamento médico-social e os do setor privado, gerando conflitos e tensões para a operacionalização deste projeto, o que ocasionou “sua alteração, adotando-se a solução pluralística para o sistema, não discriminando as regras mínimas de convivência da prática médica privada e empresarial” (BRAVO, 1996, p. 44).

Porém, no ano de 1975, baseado nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, que era composto por três subsistemas conceituados por Mendes (1996) como o:

Subsistema Estatal: representado pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Era destinado à cobertura nominal da população não integrada economicamente, através do exercício da medicina simplificada e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitarismo.

Subsistema Privado Contratado e Conveniado com a Previdência Social: cobria os beneficiários conveniados com a Previdência Social. Este subsistema cresceu induzido por políticas públicas de terceirização da atenção médica que criaram um mercado cativo na área da previdência social.

Subsistema de Atenção Médica Supletiva: buscava atrair a mão-de-obra qualificada das grandes empresas, mas não chegou a atingir uma massa significativa de beneficiários (1996, p. 60).

A partir de 1979, profissionais de saúde iniciam um movimento de entrada no aparelho do Estado, com o intuito de fortalecer o setor público, pois o modelo médico-assistencial privatista já dava sinais de esgotamento. Alguns destes representantes já se encontravam no Ministério da Saúde e na Previdência Social. No âmbito da Previdência

Social, esta inserção foi mais difícil em função do grupo majoritário que se encontrava neste espaço estar vinculado aos interesses do setor privado.

Porém, a inserção dos profissionais sanitários nos espaços do Ministério da Saúde, foi mais aberta em função de este ministério ser desprestigiado e subordinado a lógica previdenciária. Estes movimentos inseridos no espaço estatal bem como, a organização dos setores progressista de profissionais de saúde pública, foi posteriormente, denominado de MOVIMENTO SANITÁRIO que se inicia em meados da década de 1970.

Outro elemento importante para o movimento sanitário, foi o assalariamento dos profissionais médicos que estavam em maior número, desenvolvendo suas práticas nos espaços públicos. O Estado expandiu os espaços de atuação profissional, mas não ofereceu condições de trabalho. Com o ressurgimento do movimento sindical, apareceram ações profissionais reivindicando melhores condições de trabalho e melhor remuneração.

Bravo (1996) ao analisar o período de 1974 a 1979 no âmbito da política nacional de saúde e de sua elaboração, destacou que a mesma enfrentou permanente “tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas, entre os setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário” (p. 46).

Posteriormente, com o governo de Figueiredo tem-se como características no cenário brasileiro, o aprofundamento da crise econômica que se agravou a partir dos anos de 1980/81, caracterizada pelos altos índices de inflação, aumento do desemprego, crise da Previdência Social que levou o país a recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI).

Ao mesmo tempo, evidenciava-se a rearticulação partidária; o movimento operário, que se expressava com uma certa independência de qualquer fração burguesa, tornado-se um ator político importante na mobilização e organização da sociedade civil.

Quanto à política de saúde, a mesma passa por uma profunda crise. O Sistema Nacional de Saúde, não conseguiu dar respostas às questões vinculadas à unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde.

Quanto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, via INAMPS, permaneciam ações vinculadas a ações curativas com o padrão de medicina privativa. A questão saúde teve como principais características nesse período:

- O surgimento de propostas de políticas alternativas, emergentes no nível da sociedade civil, que apontavam na direção da reversão do modelo de privilegiamento do setor privado, com a canalização dos recursos para o setor público;
- A consolidação do movimento de organização dos profissionais de saúde, em especial dos médicos assalariados, denominados de Renovação Médica (REME), que realizou greves e assumiu os sindicatos e demais entidades da categoria;
- A ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate que, como decorrência, propiciou o posicionamento explícito dos grupos de interesses envolvidos e o seu reconhecimento como a questão nacional;
- O bloqueio, pelo, Estado das propostas mais radicais que viessem a penalizar os setores capitalistas mais diretamente relacionados. A política previdenciária de assistência médica teve ciclos que alteraram planos e programas num processo político de tensão permanente em que as bases da legitimidade não estavam consolidadas. Os setores capitalistas têm sua hegemonia ameaçada na definição da política de saúde. (TEIXEIRA apud OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 269-270).

Um evento importante, neste período, foi a VII Conferência Nacional de Saúde, que estava, a princípio, marcada para 1979 e que somente se realizou em 1980. A expectativa por parte dos profissionais progressistas era de que este espaço de discussão possibilitasse a recuperação da presença dos trabalhadores que foram excluídos da gestão da previdência e reprimidos nas suas associações sindicais no período pós-64.

Esta Conferência teve como resultado a proposta do governo apresentar um plano de ação, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVsaúde), objetivando a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em âmbitos nacional e universais da demanda, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação. O projeto tinha como objetivo: “a extensão máxima da cobertura para o que apresentava temáticas discursivas como

regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema” (MENDES, 1995, p. 34-35).

Neste sentido, a extensão da cobertura, seria viabilizada pela hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade. A porta de entrada do paciente/usuário no sistema seria através da atenção primária; dando ênfase a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas, diante da integração dos serviços existentes nos níveis de complexidade. O programa continha pressuposto que foram sugeridos pelos organismos internacionais como: a OMS e a Conferência de Alma-Ata e por intelectuais que se opunham à política de saúde do governo.

Com relação à Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, a mesma trouxe significativas discussões que refletiram sobre a política de saúde brasileira. As bases de sua defesa eram a saúde como direito a todos, responsabilidade do Estado na condução de suas políticas, compreender os espaços locais como locus importante de ação. Neste contexto, a Conferência de Alma-Ata ainda preconizava a:

Adoção dos cuidados básicos (ou primários de saúde), a utilização de recursos humanos de níveis elementar e médio e o incentivo ao desenvolvimento de tecnologias apropriadas à realidade local. Estabeleceu, também, metas de melhoria deste quadro através de um programa denominado Saúde Para Todos No Ano 2000 – SPT-2000. O SPT-2000 falava da saúde como um direito de todos e salientava as responsabilidades do Estado. Propunha formas organizativas tais como a descentralização, a regionalização e a constituição de sistemas de referência e contra-referência; acentuava a importância dos cuidados primários de saúde e a necessidade da existência dos níveis secundário e terciário de atenção (WERNECK, 1998, p. 250).

No ano de 1981, tem-se a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que teve por objetivo recomendar políticas com relação à assistência à saúde da previdência social. No ano seguinte, é apresentado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo

referido conselho que tinha como meta à adoção de medidas racionalizadoras, mais fáceis de serem absorvidas pela iniciativa privada. Era constituído de três partes: modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social, proposta de reorientação da assistência à saúde previdenciária e estratégias de implementação.

O referido plano foi executado em fins de 1982 e início de 1983 e sua estratégia básica foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam a reunir, em um “planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para a atenção a saúde, com gerência nos níveis central, regional e local” (BRAVO, 1996, p. 61).

As AIS embasaram os princípios de direito universal à assistência à saúde a toda população; priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção, descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à saúde. Sua operacionalização ficou fortalecida a partir de 1985, com a Nova República.

O início da Nova República foi marcado pela morte de um de seus mais expressivos representantes: o presidente Tancredo Neves, assumindo então, a presidência do país, José Sarney. A conjuntura que se apresentava, neste momento político, era de embates entre as forças políticas e sociais que lutavam para ampliar o processo de transição a democracia e as que queriam impor e preservar a antiga constitucionalidade.

A grande proposta levantada pela Nova República foi o estabelecimento do Pacto Social. Num primeiro momento, algumas conquistas foram alcançadas como a restauração da autonomia política nas capitais estaduais e municipais; legalização dos partidos comunistas; criação do Ministério da Reforma Agrária e o estabelecimento de novas relações com o movimento sindical.

Porém, para Fernandes (1986), a Nova República não combateu de frente a ditadura. “Contornou-a e prolongou-a. Procurou avançar em direção do mudancismo, mas as mudanças propostas envelheceram e se esvaziaram depois de mais de 20 anos de calamidade

ditatorial” (20-21). Destaca ainda que ao mesmo tempo em que buscava o apoio popular, desmobilizava a prática do movimento operário e sindical. Havia uma presente confusão entre cooptação com democracia. Houve ações que buscavam enfraquecer as empresas estatais e semi-estatais, como resposta aos interesses do grande capital.

Mas é neste período, frente às precárias condições de saúde, do descaso acumulado, da mercantilização do setor, que se mobilizou através de vários movimentos sociais, estudante, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores para a VIII Conferência Nacional de Saúde, que criticavam o sistema de assistência médico-hospitalar. Este foi um dos fatos marcantes para a política de saúde.

Em março de 1986, em Brasília, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde tendo como temática central à discussão da saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde atrelada aos princípios da integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estado, municípios e territórios) na prestação dos serviços de saúde; financiamento setorial. (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987).

Os avanços a partir desta Conferência foram significativas, evidenciando a necessidade efetiva de uma reforma na saúde que desse conta de entender a necessidade de reestruturação do setor com a criação de um Sistema de Saúde que fosse único, separando-o da previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária. A Conferência foi considerada como pré-constituente, definindo os aspectos fundamentais das modificações para este setor. Era preciso, entretanto, garantir as propostas e os conteúdos no texto constitucional. Neste sentido, se destaca que:

A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de

saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 382).

Após a Conferência, estabeleceu-se como estratégia de ação o fortalecimento das AIS, numa ação conjunta entre os níveis federal, estadual e municipal para a criação de condições técnico-administrativas e políticas que viabilizassem a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Este sistema teria que estar fundado na descentralização e universalização do atendimento, “reordenamento institucional estabelecido por instrumentos legais e o apoio político e mobilização social como base de sustentação de políticas e estratégias de organização de serviços de saúde” (BRAVO, 1996, p. 75).

Com a consolidação das AIS, era necessário a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), significando um passo importante para a descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal. Com a implantação do SUDS, inicia-se a reforma administrativa com a previdência social, deixando o INAMPS, em 1988, atuar como órgão direto e indireto pelas ações de saúde.

É neste período que se tem a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, que se deu através da emenda do Congresso Nacional, eleito em 15 de novembro de 1986, para elaborar a nova Constituição. A constituinte representou um momento importante no processo de transição e construção de uma nova política de saúde, pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e as relações entre o mesmo e a sociedade civil, levando a construção da legitimidade institucional-política do país.

No período da elaboração da Constituinte, o contexto social do país era marcado pelo agravamento das situações como o aprofundamento da inflação, arrocho salarial, volta do

FMI e crise política. Com relação às questões que envolviam a saúde teve avanços e recuos a partir da correlação de forças existentes, visto que as forças progressistas conseguiram algum poder. Alguns atores do movimento sanitário estavam presentes no alto escalão do governo, possibilitando uma maior articulação e garantir a saúde enquanto política social.

Diante destas tensões, os grupos privatizantes também se faziam presentes nos embates, com o objetivo de garantir a condução da política de saúde nos moldes como foram conduzidos. Neste sentido, Rodrigues Neto (1985) evidencia três projetos político-ideológicos que se faziam presentes naquele momento histórico:

- A proposta conservadora, que defendia basicamente a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social – proposta sustentada, principalmente, pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos;
- A proposta modernizante/privatiza: que apontava para uma modernização do setor com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados. Contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde a população urbana e inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado às ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial. Era defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde;
- A proposta racionalizadora supunha a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, e o setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessa direção foram ensaiadas e seus efeitos podem ser considerados expressivos e estimuladores, dependendo, para sua efetivação, de condições que só haveriam de ser oferecidas por um governo democrático, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços. Era defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como **REFORMA SANITÁRIA** (p. 11-13, grifo nosso).

O texto constitucional, em relação à saúde, atendeu em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, não atendendo aos interesses empresariais do setor hospitalar, porém, não alterava a situação da indústria farmacêutica. Para Teixeira (1989), os destaques e avanços conquistados com a Constituinte para a saúde foram:

- O direito a saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada à destinação de recursos públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- A proibição da comercialização de sangue e seus derivados (p. 51-52).

Com a promulgação da CF/1988, tem-se um período marcadamente significativo no campo das políticas sociais, e na construção de uma nova concepção de saúde e doença.

Neste sentido destaca-se que:

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 70 e início dos anos 80. Nesse sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, na busca de instauração de uma política de saúde inédita. Em outro sentido, o lema “saúde, direito de cidadania, dever do Estado” implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doenças (LUZ, 1995, p. 136).

Posteriormente, a Constituição que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, tem-se a instituição da Lei 8080 de 19/09/1990 e lei 8142 de 28/12/1990 do Sistema Único de Saúde (SUS). Instrumentos que vão dar direção à nova condução da política de saúde no Brasil.

A Seguridade Social no Brasil, compreendida pela saúde, previdência social e assistência social sinaliza uma nova perspectiva na proteção social brasileira a partir de 1988. Na política de saúde, tem-se assegurada à saúde como direito de todos e dever do Estado.

A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências nos vários níveis de governo. Entre alguns princípios que regem o SUS, destacam-se os de universalidade, equidade e integralidade. Tem-se, a partir

destas conquistas, a possibilidade concreta da construção de um modelo de atenção social à saúde, numa perspectiva ampliada e diferenciada do modelo médico-privatista que tem suas raízes calcadas no modelo flexneriano. Está institucionalizado e garantido também, no entendimento de Castro e Westphal (2001), um novo modelo institucional de saúde.

As diretrizes básicas para a operacionalização do SUS compreendem a descentralização, financiamento, participação social, fundo de saúde, conselhos de saúde, conferências, plano diretor, comissão de planos de cargos, carreiras e salários e relatórios de gestão. Enfim são mecanismos, princípios e diretrizes que efetivam o SUS no campo da política social da saúde.

A participação da sociedade organizada nos espaços de discussão e deliberação nos conselhos de saúde, proporcionando uma discussão voltada à realidade de cada contexto social é garantida e ampliada. A descentralização, apesar de seus entraves, ainda presentes, possibilitou uma atuação mais próxima às especificidades de cada estado e município, dando abertura no gerenciamento e condução da política de saúde.

As Conferências de Saúde, também, desempenham papel relevante na condução e garantia da política de saúde, possibilitando juntamente com outros mecanismos efetivar e consolidar o controle social, como componente fundamental para a universalidade da política.

Neste sentido, a partir de suas diretrizes e bases o SUS se organiza por um sistema plural de saúde, composto de três subsistemas que são: subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto. Mendes (1996) assim definiu cada subsistema:

Subsistema de desembolso direto: em que indivíduos e famílias pagam diretamente de seus bolsos os serviços, portanto, campo da medicina liberal; Subsistema de atenção médica supletiva: é um sistema privado, composto por cinco modalidades assistenciais e Subsistema público: ao qual compete atender a grande maioria da população

brasileira e que se compõe dos serviços estatais diretamente prestados por União, estados e municípios e dos privados que, de alguma forma, estão pactuados com o Estado, seja por convênios, contratos, recebendo recursos estatais e serviços privados pactuados com o Estado (p. 63).

O referido autor defende e, concorda-se com o mesmo, de que o SUS é um processo social em construção, efetivado a cada dia em seus desafios e possibilidades, pois envolve aspectos políticos, culturais e tecnológicos para a sua efetiva consolidação e destaca:

O SUS tem dimensão política dada que vai sendo construído em ambientes democráticos, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. [...] dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. [...] dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implantação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia (p. 58).

Entendendo-se que o SUS é um processo social e preconiza um novo modelo de saúde, conseqüentemente tem-se a possibilidade de construir uma nova concepção de saúde. Esta concepção vincula a saúde à defesa da universalidade de acesso e atendimento, na integralidade das ações, na reorientação das práticas em saúde que visem a garantir a promoção e proteção da mesma. Luz (1995) destaca que:

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais, etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias) (p. 136-137).

Neste sentido, o conceito de saúde não se restringe somente a ausência de doença, mas envolve entender os determinantes políticos, culturais, econômicos, ideológicos, sociais, entre outros que compõem as relações sociais na sociedade.

2.2 A Política de Saúde a Partir da Década de 1990

Mesmo frente a todos estes avanços obtidos no campo das políticas sociais e em especial a da saúde com o SUS, defronta-se com outro aspecto que vem em fins da década de 80 e início da década de 90, ganhando expressividade na agenda política, econômica e social da realidade brasileira que é a reforma do Estado e das políticas sociais sob o alicerce da política neoliberal. Este movimento de reforma do Estado vem interferir sobremaneira no campo das políticas sociais.

Este processo de crise inicia-se na década de 70 no cenário mundial, ancorada sob várias justificativas, principalmente as ligadas ao esgotamento do Estado na condução das políticas sociais que acabam por gerar sérios problemas tais como: “a expansão excessiva dos gastos sociais, responsáveis em última instância pela situação atual e revelando a intervenção intolerável, ineficiente e corrompedora do Estado sobre os mecanismos saneadores do mercado” (DRAIBE e HENRIQUE, 1988, p. 57).

Outras causas também são levantadas para justificar sua crise como: as políticas sociais proporcionando a eliminação dos riscos e conduzindo a igualdade irão ferir a ética do trabalho, comprometendo o mercado; os cidadãos se tornariam dependentes do Estado; cada vez mais se exigiria a ampliação das políticas sociais para satisfazer às necessidades novas dos indivíduos (o mercado com certeza responderia melhor a esta necessidade).

A crise é produzida pela centralização e burocratização excessiva. Deve-se à perda de eficácia social, é uma crise de legitimidade; deve-se ao colapso do pacto político do pós-guerra (2ª. Guerra Mundial) sobre o qual erigiu-se; deve-se a incapacidade de responder aos novos valores predominantes nas sociedades pós-industriais. Isto vem diretamente refletir na política de saúde, enfim, vem para dismantelar as políticas sociais e dar outro caráter às mesmas sob o enfoque de um Estado mínimo.

Convém assinalar que o processo de reestruturação não vem somente ocorrendo no cenário brasileiro, mas há todo um planejamento, inclusive em nível de América Latina para que a reforma do Estado aconteça, estruturando-se dentro da nova ordem marcada pela globalização, novas regras de mercado, ênfase na competitividade, reformulação das políticas sociais, ou seja, pela construção de uma nação econômica, política e socialmente caracterizada pelo neoliberalismo.

Neste processo, as Agências Multilaterais atuantes na América Latina, como o Banco Mundial, Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Banco Interamericano de Desenvolvimento (PNUB/BID), elencaram as metas imprescindíveis que necessitam ser efetivadas na América Latina para que também ela esteja enquadrada nos novos rumos que a sociedade global vem assumindo.

As três principais metas traçadas pelas agências multilaterais para a América Latina são: “- urgência de uma estratégia global de desenvolvimento, alicerçada na capacidade competitiva dinâmica das economias, - conciliar crescimento econômico com maior equidade social, - reestruturação dos serviços sociais visando aumentar a eficácia e melhorar sua capacidade”. (LOPES, 1994, p.31).

O Banco Mundial representa uma das agências que apresenta um plano de ação para a América Latina que segundo análises tem caráter mais neoliberal. Na década de 80, o Banco Mundial destacou que se fazia necessário à regulamentação e privatização dos mercados e privatização e desregulamentação do Estado. Estas propostas estão contempladas no Consenso de Washington.

No campo das políticas sociais, o destaque é para a focalização destas políticas, pois a justificativa dada é de que a focalização traria maior eficácia no desenvolvimento das mesmas, uma vez que as políticas sociais devem desempenhar um papel compensatório

atendendo somente à demanda dos mais necessitados. O desemprego é entendido como uma consequência deste processo de reestruturação e deve ser enfrentado com programas emergenciais.

A CEPAL, no começo dos anos 90 apresentou a proposta: “Transformação Produtiva com Equidade”, procurando articular três elementos: a transformação produtiva, as reformas nos programas sociais e a ampliação e o reforço da democracia, com vistas à redução da desigualdade.

Destacou que a América Latina necessita estar preparada e em condições de competir no mercado internacional, através do progresso técnico e a homogeneização das estruturas produtivas.

Trazendo esta discussão para o campo das políticas sociais, defendem que com a equidade, competitividade e crescimento, as políticas sociais passam a ter um caráter ativo, dinâmico e endógeno à estratégia global de transformação produtiva.

O Estado não sofre uma redução de suas responsabilidades, mas deve estar centrado na preocupação de sua eficiência e eficácia sobre o sistema econômico.

Neste sentido, destaca-se: “A estratégia de reforma dos programas sociais deve combinar medidas redistributivas ligadas às políticas econômicas, ao mercado e a estrutura da propriedade com aquelas de cunho redistributivo típicas das políticas sociais”. (LOPES, 1994, p.44). São necessárias reformas nos programas sociais, como na saúde, nutrição, habitação, previdência, educação, pois trarão maior equidade no gasto social, seletividade nos programas e nas populações a serem atingidas.

O Documento “Pobreza e Reforma Social”, organizada pelo PNUD/BID em 1993, vem ampliar as discussões da CEPAL sobre as reformas sociais e econômicas. Traz em sua discussão a redução da pobreza como uma condição essencial para a reforma social. Reforma social entendida como um conjunto de políticas e instrumentos específicos para

produzir eficientemente a incorporação de todos os setores da sociedade no processo de crescimento num contexto de aumento do bem-estar.

Na discussão acerca do Estado, destacaram que: “O Estado deve desenvolver uma idoneidade crescente para o desempenho e administração de políticas adequadas para conduzir o processo de reformas, adaptando-as as circunstâncias mutantes da economia mundial e as dos diversos países” (LOPES, 1994, p. 50).

A defesa é que exista a transferência de atividades não essencial do Estado para o setor privado, restringindo apenas ao Estado suas funções essenciais, possibilitando que os recursos que são escassos sejam utilizados de maneira mais eficiente e eficaz possibilitando o crescimento econômico e a busca da equidade.

Quanto às políticas sociais, será executado tanto pelo Estado como pelos segmentos da sociedade civil, numa cooperação entre entidades públicas e privadas. Então, as políticas sociais poderão ser prestadas ou pelo Estado diretamente, ou serão oferecidas pela sociedade civil (incluindo setor privado) com financiamento ou não do Estado.

O Brasil também vem assumindo as propostas da reforma, da desregulamentação das políticas sociais, da ênfase ao mercado. A agenda de reforma no Brasil se inicia de maneira mais expressiva com o presidente Collor de Mello (1989-92), promovendo a redução drástica do gasto social, realizando alterações e reformas de teor regressivo na Constituição recém-promulgada. Itamar Franco tratou o assunto com menor ênfase, porém foi em seu governo que se assistiu a sustentação e justificação do Plano Real.

Contudo, é com o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que se identifica o formato definitivo e conceitual da reforma do Estado. Tem como seu aliado o Ministro Bresser Pereira que em seu primeiro mandato implementou as reformas do Estado, através do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), extinto em seu segundo mandato.

Foi neste governo que se vivenciou e se concretizaram as propostas neoliberais caracterizadas pela sua política econômica de “altos juros, com repercussões na elevação da recessão e do desemprego e pela sua programática política que concedia destaque à abertura da economia aos capitais internacionais, à privatização do patrimônio público e à redução dos direitos sociais” (PORTO, 2001, p. 27).

A justificativa para a reforma do Estado está, segundo Pereira (1998) fundamentada na resolução de quatro problemas: “delimitação do estado, a redefinição do papel regulador do Estado, recuperação ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo, aumento da governabilidade ou capacidade política de governo de intermediar, garantir legitimidade e governar” (p. 49-50).

Pereira (1998) defendeu que o Estado do século XXI não é nem o Estado Social-Burocrático, nem o Estado Liberal, mas um Estado Social-Liberal e justifica:

Social porque continuará a proteger os direitos sociais e promover o desenvolvimento econômico, liberal porque fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará seus serviços sociais e científicos principalmente através de organizações públicas não estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (p. 59-60).

A partir desta definição, analisando as políticas sociais, percebe-se que não é só o Estado que se flexibiliza, mas também as questões que envolvem a política pública. A defesa de Pereira (1998) é bem clara quando coloca que muitos serviços e demandas anteriores exercidos pelo Estado seriam executados pelas organizações públicas não estatais.

Também dentro deste processo, a partir dos anos 90, diante do ajuste fiscal, o governo deixa, sob responsabilidade dos estados e municípios, boa parte da área de habitação, saúde, saneamento básico, educação e assistência social. É o processo de descentralização que traz boas perspectivas para a condução destas políticas sem, no entanto, esquecer que o

governo não tem dado respaldo, principalmente financeiro para a execução efetiva destas políticas. Esta questão é uma das grandes problemáticas encontradas na condução das políticas sociais.

Mais especificamente na área da saúde, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs), têm sido instrumentos importantes neste processo. Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro NOBs: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 e em 2001 a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que trata da regionalização da assistência a saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso

A descentralização amparada por estas NOBs apresentou resultados positivos com o expressivo aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal. Os estados e municípios puderam se fortalecer na gestão e na expansão da rede de serviços municipais de saúde.

Em 13 de setembro de 2000, teve-se a aprovação da Emenda Constitucional nº. 29, que obriga a União, os Estados e os Municípios a ampliarem o investimento em saúde. Nogueira (2001) destaca que “os recursos investidos na saúde, pelos três níveis de governo, de R\$ 33 bilhões aplicados em 1999 para R\$ 40 bilhões em 2004. Entretanto esta ampliação poderá se tornar inócua se, efetivamente, não forem mantidos os critérios de financiamento, obedecendo ao artigo 35 da Lei no. 8080 e a determinação da NOB 96” (p. 101).

Por outro lado, a descentralização evidenciou problemas que devem ser enfrentados. Diversos estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção.

Com relação ao financiamento, mesmo apresentando avanços, ainda permanece vinculada à lógica da oferta de serviços, mantendo os recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidade da população. Neste sentido:

O dispositivo incluído nas disposições transitórias na NOB 96 no processo de negociação da proposta para viabilizar sua aprovação -, que delega as CIBs a competência para definir partilhas de gestão diferentes do propugnado comando único sobre os prestadores, possibilitou o estabelecimento de pactos de gestão entre estados e municípios pouco adequados, gerando situações de competição predatória, em detrimento da integração do papeis desempenhados por cada gestor, fragilizando o comando efetivamente público sobre o sistema e a subordinação dos prestadores às necessidades de saúde identificadas pelos gestores. (SOUZA, 2001, p. 56).

Laurell (1997), diante da constatação dos aspectos neoliberais que a descentralização tem tomado, evidencia no campo da política de saúde que “a descentralização não tem se revelado um meio de se conseguir maior equidade ou participação democrática no sistema de saúde. O que alguns governos têm feito é utilizar o ideário da descentralização para reduzir a responsabilidade pública e o gasto social, primeiro passo para se implementar a mercantilização do setor” (p. 07).

Seguindo a lógica do pensamento neoliberal, ao tratar das questões que envolvem os mecanismos de controle sob este enfoque, há o destaque para três tipos de controle: o Estado, o mercado e a sociedade civil.

O Estado com seu controle é sistema jurídico ou legal. O mercado é o sistema econômico no qual o controle se dá pela competição. A sociedade civil, com os grupos que a compõe tendem a se organizar tanto para interesses corporativos ou de interesse público, mas que são mecanismo essencial de controle, visto que estão entre elas as ONGs, Organizações Públicas Não-Estatais (OPNES) e o trabalho voluntário.

Neste sentido, Cavalcanti (2001) ilustra como se caracterizam as políticas sociais sob o enfoque da responsabilização da sociedade civil e do trabalho voluntário na condução das políticas sociais.

Esses programas sociais trazem, em muitos casos, essencialmente, características compensatórias e de grande perfil seletivo e focalizado em detrimento dos benefícios universais garantidos pela Constituição de 1988. A idéia que perpassa é de que a pobreza é um dado inevitável retornando, assim, a ajuda mútua, a caridade e a filantropia (p. 49).

Retomando a discussão para o campo da política de saúde, ou seja, o SUS, o mesmo não fica imune a este processo de reestruturação do Estado e das políticas sociais. Vários são os problemas enfrentados para que o SUS mantenha seu caráter de política universal.

Há a difusão de um discurso habilidoso por parte dos dirigentes e defensores do neoliberalismo que a CF/1988 vem impedindo a efetivação das reformas necessárias do Estado. Este é o discurso que se encontra para justificar a ausência de investimentos e garantias das políticas sociais.

O Estado deve ser reduzido, eficiente e eficaz, ter governabilidade e governança e isto implica, segundo os defensores da reforma do Estado que se modifiquem as principais políticas sociais garantidas pela Constituição. Isto não implica somente a política de saúde, mas também a de assistência social, previdência social, educação, entre outros. Este processo tem conseqüências diretas na política de saúde a destacar:

Isto trouxe, como conseqüência, um processo de universalização excludente, pois a inclusão de vários setores sociais não foi acompanhada por investimentos no setor, mas ao contrário, com racionamento de gastos, piorando a qualidade dos serviços, afastando do setor público a classe média da sociedade, que migrou para os planos de saúde privados. Do ponto de vista social, ocorre um reordenamento do setor saúde, com segmentação da clientela, retraduzindo uma velha fórmula de cidadania regulada (GIOVANELLA, 1996 apud CAMILO, 1999, p. 155).

Como resultado desta dinâmica, a partir da década de 80/90, há a modificação do sistema de atenção à saúde. Este sistema pode ser configurado de forma piramidal, composta de três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema privado autônomo de assistência médica supletiva e o subsistema público.

O subsistema de alta tecnologia está no topo da pirâmide, é um serviço de alta tecnologia, demandando procedimentos de grande custo, destinados em sua maioria a uma

pequena parcela da população, contando com prestadores do setor privado e do setor público (principalmente pelos hospitais-escola).

O subsistema privado caracteriza-se pelos planos e seguros de saúde e pelas cooperativas médicas. Está voltada para as classes médias da sociedade que vêm aderindo a este subsistema, diante da falta de melhor acesso e qualidade de atendimento pelo SUS.

Na base piramidal, encontra-se o subsistema público, sob responsabilidade do Estado. Atende à população de baixa renda, compreendendo os serviços estatais próprios e os privados contratados (filantrópicos e lucrativos).

É neste contexto de conflitos e ambigüidades, na condução da política de saúde brasileira, que surge primeiramente o PACS e posteriormente, a proposta do PSF, na década de 90, vinculada às indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde.

Destaca-se então que:

O Banco Mundial centra-se, como proposta para a reforma do setor de saúde, na redução do papel do Estado nesta área, principalmente através: da responsabilização da família, que deve tratar suas enfermidades comprando os serviços médicos necessários no mercado; da transferência de funções governamentais às Organizações Não-Governamentais – ONG's, visando atender a população de baixa renda que não pode recorrer ao mercado para resolver seus problemas de saúde e da transferência de serviços públicos de saúde para o setor privado (DAL PRÁ, 2003, p. 28).

A partir desta perspectiva o PSF viria atrelado como um programa no âmbito da atenção primária com objetivos de desenvolver ações focalizadas para grupos humanos considerados de extrema pobreza, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos.

Mas a proposta que se tem procurado construir, com relação ao PSF, é no sentido de entendê-lo, não como programa, mas estratégia para o fortalecimento do modelo assistencial, baseado no SUS, a partir da reestruturação da atenção básica, proposta e defendida por Mendes (1996) que será melhor debatida no próximo item.

Neste sentido, a implantação do PSF é uma possibilidade de fortalecimento do modelo assistencial vigente, através da atenção básica corroborando com os princípios e diretrizes que regem o SUS, tendo um olhar arrojado, técnico e político no sentido de oferecer um serviço que atenda às reais necessidades da população.

Mas esta estratégia terá que enfrentar alguns fatores problemáticos presentes na condução da política do SUS, como os aspectos de qualidade de atendimento, universalidade, ampliação e acesso aos serviços. A crescente baixa de investimento na saúde tem levado a serviços cada vez mais insuficientes para a demanda.

Está presente, neste sucateamento da saúde, o discurso da ineficiência do público, criando assim uma imagem que no mercado, ou seja, nas cooperativas médicas e planos de saúde, o atendimento, o acesso e a qualidade dos mesmos serão melhores que no setor público. Ocorre que o SUS não foi criado para servir como sistema de saúde dos pobres e indigentes. Ele foi criado para ser o sistema de saúde de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático para todos os brasileiros.

Convém lembrar que muitas das cooperativas médicas e planos de saúde têm apresentado um serviço ineficiente. O acesso à cobertura está vinculado a várias exigências. A qualidade de atendimento e o próprio acesso rápido e eficaz, tem se mostrado problemático. Outro fator é “que os planos de saúde prestam apenas assistência individual, não realizam ações de caráter coletivo, excluem da atenção uma série de doenças crônicas e endêmicas e não oferecem serviços qualificados para o atendimento de grandes emergências. Atendimento que tem sido suprida pelos serviços públicos” (GIOVANELLA e FLEURY, 1996, p. 187-188).

Batista (1999) evidencia e exemplifica como no governo de FHC o corte orçamentário foi realizado na área da saúde, refletindo diretamente na questão do acesso e garantias aos serviços públicos e destaca:

Na área da saúde, em 1995, a lei orçamentária previu o valor de R\$ 15.026,5 milhões, porém, após os vetos, somados aos créditos adicionais, deduzidos os remanejamentos, o valor reduziu-se para R\$ 13.975,1 milhões. Em 1998, os valores aprovados pela lei orçamentária foram inferiores ao de 1995, isto é, o Congresso aprovou, enquanto previsão orçamentária, apenas R\$ 14.976,9 milhões. Depois de realizados os mesmos procedimentos de 1995, os gastos em 1998 chegaram em R\$ 13.959,6 milhões (p. 81-82).

Esta realidade mostra a grande divergência de interesses do interior da política de saúde, reforçando uma universalização excludente, na qual os cidadãos tornam-se apenas consumidores de benefícios estratificados, perdendo o caráter universalizante que estas políticas devem assumir.

Um dos problemas também vigentes na política do SUS, diz respeito aos princípios e diretrizes que são conduzidos pela ótica neoliberal. Neste sentido, Barata (1997) esclarece que vem identificando uma leitura e prática focalizada quanto à universalização do direito a saúde:

Não só das medidas e dos programas assistenciais, como também das medidas de prevenção e dos programas de promoção. A população é segmentada de acordo com sua inserção social e conseqüente capacidade de se apresentar no mercado competindo por bens e serviços, muitas vezes de qualidade duvidosa. Por esta visão, ao Estado caberia identificar e classificar os mais carentes e apenas a eles dirigir suas políticas, obtendo por meio da focalização a maximização dos resultados (p. 03).

Mesmo frente às novas configurações e desmantelamentos enfrentados no âmbito da política de saúde brasileira, Nogueira (2001), quando analisa as políticas de assistência social, previdência e saúde, destaca que a saúde foi a menos afetada com o movimento da reforma estrutural, mantendo princípios da reforma sanitária. Os Conselhos de Saúde, em suas várias esferas, têm propiciado a construção de uma política mais efetiva, destacando que os “serviços de saúde continuam a ser uma atividade de relevância pública, o que têm viabilizado, em locais no qual existe o Ministério Público atuante, a garantia universal do acesso à integralidade do atendimento, à democratização e o controle social efetivo” (p. 100).

Deve-se ter evidente na ação política, profissional e de cidadão que a construção e efetivação do SUS é um processo, pois implica uma nova concepção de saúde, renovação de

novos valores e conceitos de política de saúde. Mendes (1996) distingue dois modelos de reforma do Estado o que implicará diretamente na condução da política de saúde. Um de caráter neoliberal, em que o Estado é mínimo com privatizações e incentivo a mecanismos de regulação mercadológica. O outro modelo de reconstrução do Estado deve “enfrentar o desafio do déficit público, implementar reformas econômicas orientadas para o mercado, mudar as políticas sociais para melhorar sua qualidade e modernizar o aparelho do Estado para aumentar sua capacidade de implementar as políticas públicas” (p. 65). É no espaço da saúde que o Estado brasileiro tem realizado as reformas mais conseqüentes.

A partir das considerações, não se pode perder o objetivo de que a defesa da política de saúde/SUS requer um posicionamento político, embasado por valores que façam a defesa da universalização, descentralização e qualidade no atendimento de saúde. Isto implica em se ter claro qual posicionamento se assumirá frente às mudanças que estão ocorrendo tanto nas políticas de saúde quanto do papel do Estado.

2.2.1. O Programa Saúde da Família

É neste contexto, destacado acima, que vem se implantando, desde dezembro de 1993, o PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, como necessidade de reorientação da operacionalização no âmbito da atenção básica e resposta a uma demanda dos municípios que solicitavam ao Ministério da Saúde tais mudanças.

Neste sentido, entende-se que a discussão do PSF remete conseqüentemente ao debate da atenção básica, pois o programa se concretiza neste nível de atenção. Para tanto, é importante que se compreenda o que é a atenção básica, sendo que para o Ministério da Saúde refere-se a:

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, reconhecendo que a ampliação desse conceito se

torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente (BRASIL, 1998b, p. 11).

A discussão da atenção básica como doutrina veio concretizar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob coordenação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e OMS. As experiências acumuladas no âmbito da atenção básica em diversos países permitem constatar a coexistência de várias interpretações do seu significado.

Estas interpretações se refletem sobremaneira na condução das práticas no âmbito da atenção primária, revelando inclusive em que modelos de atenção em saúde estão vinculados. Mendes (1996) contribui com esta discussão, destacando que as interpretações mais comuns para a atenção primária são:

- A atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população e que este sistema supõe servir;
- A atenção primária como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;
- A atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde (p. 271).

A primeira interpretação entende a atenção primária como estratégia de reorganização de todo o sistema de saúde. Pretende organizar todos os níveis de atenção, alcançar todos os recursos do sistema, incluir todas as instituições estatais e privadas e atingir toda a população dos sistemas.

A segunda interpretação que tem a atenção primária entendida como um programa, está vinculada à idéia de programas focais, “com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas. Entende que o Estado na saúde deve desenvolver políticas compensatórias” (p. 271). A terceira interpretação entende a atenção primária como o primeiro do sistema de saúde e:

Alicerça-se na possibilidade de satisfazer os problemas de saúde de dada população, organizando os níveis de atenção de forma a minimizar os custos econômicos e social, da satisfação do conjunto de suas necessidades com base, contudo, numa clara estratégia de operacionalização da atenção primária de saúde (p. 272).

A questão da interpretação que se tem da atenção primária é fundamental na discussão do modelo de saúde, das ações que são implantadas neste âmbito e principalmente, quando discutido o PSF, revelando em que perspectivas e bases é efetivado tal estratégia. Neste sentido, concorda-se com a posição de Mendes (1996) que entende que o PSF é uma estratégia, de fortalecimento e organização da atenção básica.

O referido autor defende a atenção primária como nível de atenção e estratégia, pois não dá conta de reordenar todo o sistema de saúde e neste sentido, “que por meio da saúde da família, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário, mediante estratégias complementar, o consórcio de saúde” (p. 273).

A partir destas considerações a respeito da atenção primária, pode-se questionar em que bases são pensadas o PSF e estão atreladas a que interesses? E, sob que perspectiva de ação ele se desenvolverá? São questões que refletirão diretamente na condução que envolve a prática direta dos profissionais que compõe os PSF.

Consta a partir de Nogueira (2002) que o PSF enquanto programa ministerial foi definido a partir de uma reunião com representantes do Ministério da Saúde, com participação de especialistas do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e PNUD.

As razões indicadas para o desenvolvimento do PSF no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, foram a experiência do Programa Médico da Família em outros países como Reino Unido, Suécia, Cuba e Canadá e a implantação do Programa Comunidade Solidária escolhendo o PACS e PSF como instrumentos de consecução das suas estratégias (279-280).

O sucesso do PACS, que antecede e dá origem ao PSF, está vinculado ao desenvolvimento inicial de frentes de trabalho no Estado do Ceará, em 1987, em uma

conjuntura de seca. O programa era mantido por recursos financeiros dos fundos especiais de emergência, destinados pelo governo federal. Foram realizadas ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Em 1991, O Ministério da Saúde, propôs a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), estimulada pela experiência bem sucedida no Ceará. O Programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), foi implantado, inicialmente, nas Regiões Nordeste e Norte, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna (BRASIL, 2002b, p. 13). Além destes objetivos é destinado ao PACS:

Incorporar ao Sistema Único de Saúde agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção da doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde (BRASIL, s/d apud PAIM, 1999b, p. 496).

No ano de 1992, o PACS foi implementado através de um convênio entre FUNASA, Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, que garantia repasse de recursos para custeio do programa e pagamento, sob forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos agentes comunitários de saúde (ACS).

Os programas PACS e PSF, inicialmente, estavam institucionalmente vinculados à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde. No ano de 1994, foi estabelecido um convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios com o “mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios”. Era exigência para os municípios o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde para o repasse de recursos a tais programas (BRASIL, 2002b, p. 14).

Neste período, o PSF não se concretizava como uma proposta de substituição ao PACS e sua implantação privilegiava áreas de risco social – “inicialmente população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e posteriormente, municípios inseridos no programa Comunidade Solidária, ou no programa de redução da Mortalidade Infantil” (p. 14).

No ano de 1995, PACS e PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência Social até 1999, quando passaram a estar vinculados a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.

A partir do ano seguinte, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), mas de forma diferenciada. A consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do SUS.

O Ministério de Saúde, em seu Plano de Metas de 1997, estabeleceu, a partir de portaria ministerial, prioridade para o PACS e PSF, aprovando normas e diretrizes dos programas. No ano seguinte, com a implantação da NOB – SUS/1996, que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB), os programas ganharam novo impulso no sentido em que:

O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência de forma regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilização do dirigente municipal com o atendimento a saúde dos municípios. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica entre os quais a saúde da família (farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento as carências nutricionais, agentes comunitários de saúde e saúde da família) (BRASIL, 2002b, p.15).

Embora houvesse incentivo por parte do Ministério da Saúde, na implantação de equipes de PSF, averiguou-se nos anos de 1999 que as equipes não asseguravam uma cobertura de suas populações, preocupando com o risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem garantir a incorporação ao sistema como estratégia substitutiva e mantendo baixos índices de impacto nos indicadores municipais.

Neste sentido, o Ministério da Saúde reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos do PAB variável referente ao PSF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das equipes de PSF, visto que:

Em maio de 2000, os municípios com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população, haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo ano o PSF existia em 3.090 municípios e estavam construídas 10.473 ESF com uma cobertura de 22% da população brasileira e 145.299 agentes comunitários de saúde atuavam em 4.610 municípios envolvendo cerca de 51% da população do País (SOUZA et al., 2000, p. 11 apud BRASIL, 2002b, p. 16).

O PSF tem como objetivo, poder contribuir, a partir da atenção básica, na reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com definição de responsabilidades entre os seus serviços e a população (BRASIL, 1998a, p.10). Quanto aos objetivos específicos que embasam o PSF, destacam-se:

- Prestar, na unidade de Saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (p. 10).

Algumas diretrizes são colocadas, segundo o Ministério da Saúde (1998a), para o desenvolvimento do PSF, respeitando-se as diferenças loco-regionais como:

- **Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização:** A unidade de Saúde da Família é uma unidade pública destinada a realizar atenção contínua nas

especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço municipal de saúde, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema.

- **A descrição da clientela:** A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade.

- **Cadastramento:** As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias, através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição.

- **Unidades de Saúde da Família** sua instalação poderá acontecer nos postos já existentes ou construídos para tal finalidade obedecendo aos princípios básicos de dispor de capacidade instalada da unidade, quantitativo populacional a ser assistido, enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, integralidade da atenção e possibilidades locais.

- A **composição das equipes** deve contemplar, minimamente, de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e ACS. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas em função das demandas e possibilidades locais, sendo responsáveis por uma população adscrita e devendo residir no município, com regime de trabalho de dedicação integral. Os ACSs devem residir na área de abrangência de seu trabalho (p. 11-13).

- A **atribuição das equipes** envolve atividades a serem constantemente avaliadas através do acompanhamento dos indicadores de saúde da área de atuação, devendo as equipes estarem preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;

- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1998a, p. 14).

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de:

- visita domiciliar - com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção;
- internação domiciliar - não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe;
- participação em grupos comunitários - a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades (BRASIL, 1998a, p.14-15).

Na concretização de uma proposta de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, nos anos de 1997 e 1998, o PSF foi apresentado como possibilidade para a referida reorientação, tendo que estar em conformidade com os princípios do SUS, afirmando-se que o PSF possui caráter de modelo substitutivo da rede básica tradicional.

Retoma-se então, a discussão das concepções e interpretações da atenção primária. Se a proposta do PSF é reorientar a atenção básica, conseqüentemente influenciando no modelo assistencial de saúde, deve ficar evidente a proposta que se defenderá e se concretizará no âmbito da atenção primária.

Neste sentido, chama-se a atenção de que se o PSF estiver vinculado e inserido na atenção primária, entendida como um programa, conseqüentemente, terá o mesmo caráter, ou seja, estará atrelado a ações focais e reducionistas, evidenciando, claramente, um modelo de

atenção em saúde vinculada à proposta político-ideológica da atenção primária seletiva de saúde, entendida como prática complementar à medicina flexneriana.

A operacionalização desta concepção de atenção primária, quanto às ações desenvolvidas são dirigidas a populações pobres, “oferecendo tecnologias simples de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências aos níveis secundário e terciário e incluindo a retórica da participação comunitária” (MENDES, 1996, p. 272).

A concepção do processo saúde/doença, como já enfatizado, fica vinculada à idéia de saúde como ausência de doença, não a compreendendo em seus diversos determinantes, tornando-se essencial o saber e o fazer especializados.

Diferentemente desta perspectiva, se o PSF é entendido como estratégia de organização da atenção primária, irá corroborar com a criação no primeiro nível do sistema de centros de saúde dispendo de equipe de saúde da família, inseridos em território de abrangência definido, “desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade” (MENDES, 1996, p. 275). Além de possibilitar baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde.

Tem-se a partir desta perspectiva diretrizes vinculadas a valores que evitam reduzir as necessidades de saúde a processos fisiológicos; revaloriza a busca por “assistência progressiva totalizadora do cuidado; institui a dimensão subjetiva das práticas de saúde; leva em consideração o impacto na saúde da população; baseia-se por orientação por problemas”; a ênfase na intersectorialidade; planejamento e programação local; hierarquização; o primeiro contato (porta de entrada); longitudinalidade; integralidade; adstrição; co-responsabilidade; humanização; heterogeneidade e realidade (MENDES, 1996, p. 276-280).

Os conceitos do processo saúde/doença são amplos, ao considerar que a saúde envolve entender os diversos determinantes que compõem o viver em sociedade, resgatando a importância do social sob este aspecto. No campo das políticas sociais, o processo de construção da saúde é entendido como direito, universal e não é dirigido a grupos específicos, ou pobres da sociedade, mas a toda população que dela precisar.

Estas considerações remetem à discussão anteriormente realizada no âmbito do modelo de atenção à saúde, entendida como um processo social em construção e produção social da saúde, sendo que o PSF está inserido no modelo de Vigilância da Saúde.

A partir deste entendimento, o PACS e o PSF, podem se afigurar como modelos de atenção voltados para necessidades de saúde. No entanto, para Paim (1999a), “tais programas poderão constituir uma das estratégias de reorientação do sistema de saúde na medida em que venham a se aproximar dos processos de distritalização e do modelo de intervenção da vigilância à saúde” (p. 486).

No entender de Paim (1999b), quando discute o PSF e a atenção básica, destaca que estes espaços tendem a ser um espaço social em que se disputam diferentes projetos de conservação e mudança das práticas de saúde. Além de ser, também, espaço de discussão, “experimentação e reprodução ampliada de modelos assistenciais que possibilitem a emergência de contradições a serem enfrentadas pela prática política dos trabalhadores de saúde e seus aliados históricos” (p. 501).

O PSF necessita estar embasado pelos mesmos princípios que regem a lei do SUS. As diretrizes e bases devem estar em conformação com a mesma proposta para que ambos possam caminhar na mesma direção na construção de uma política de saúde de fato efetiva e universal, traduzindo-se como um direito de cidadania a todos.

Diante destas considerações, o PSF, poderá romper com a visão centrada somente em práticas médicas ou somente na recuperação da doença, evidenciando desta forma, a construção também de um conceito ampliado de saúde.

Porém, se atenta para o fato de não se desconsiderar algumas preocupações e desafios que são postos para o PSF, garantindo, desta forma, uma estratégia eficiente e vinculada à política de saúde atual. Existe dificuldade de uma sistematização do atendimento da demanda espontânea; a necessidade da desburocratização do acesso aos serviços, os atendimentos de urgência têm tomado uma contingência muito expressiva nos atendimentos de saúde e não enfrentar esta problemática conduz, a baixa efetividade dos serviços e falta de credibilidade dos usuários frente aos serviços oferecidos.

Neste contexto, Silveira (2000), ao analisar a implantação do PSF, no município de Joinville, aponta algumas questões importantes para a consolidação do PSF enquanto política. A autora destaca que embora o PSF contemple objetivos e diretrizes que conduzam a novas concepções e prática, o que ocorre na realidade cotidiana é:

[...] a sobrecarga das equipes, que são obrigadas a permanecer nos Postos de Saúde fazendo atendimento à demanda e respondendo a uma cobrança institucional por produtividade. Esta prática implica negar os próprios princípios do Programa, uma vez que as equipes deixam de conhecer seu território de atuação, dificultando a atenção domiciliar, a identificação dos problemas a serem enfrentados e a formação de uma relação de parceria com a comunidade. Ou seja, prevalece a velha fórmula assistencial de produzir saúde (p. 75).

Franco e Merhy (2003) apontam as mesmas preocupações destacando que a figura central do médico ainda é muito presente. Há uma preocupação maior na estruturação do programa em si, do que na estruturação de novas práticas, ou seja, dos micro-processos de trabalho em saúde. Os autores apontam como contradição interna do PSF o fato de que:

[...] se de um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância a Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao

atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais que realizam um trabalho medicocentrado (FRANCO e MERHY, 2003).

Nogueira (2002), analisando as discussões realizadas por Franco e Merhy diz que os autores notam uma preocupação mais acentuada com a organização estrutural do programa e nesse aspecto consideram difícil que “as equipes consigam estruturar e organizar a demanda das unidades básicas a partir dos usuários referenciados unicamente pelas mesmas, eliminando a demanda espontânea” (p. 285).

Enfatiza-se que os objetivos e princípios elencados para o PSF devem estar atrelados a uma política universal, que não esteja vinculada à construção de um modelo paralelo que desmonte o caráter de política social e de direito a todos. A partir desta preocupação, os profissionais da área da saúde têm papel relevante na construção ou não de uma nova concepção de saúde e doença⁸.

Ao destacar a importância dos profissionais na construção da representação da saúde e doença, aliada a sua prática profissional, os mesmos devem se atentar a uma prática que extrapole suas atribuições comuns e, sim, busque uma mobilização mais integrada com vários setores da administração pública, principalmente, numa prática em PSF, tendo “uma análise ampliada do processo saúde/doença, devendo atuar como catalizadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação e segurança são algumas das áreas que devem estar interligadas às ações do PSF” (BRASIL, 1996b, p. 09).

Inserida nesta discussão, Silveira (2000) destaca algumas condições que se mostram necessárias para a formação de novos conhecimentos, construção de novas práticas e

⁸ Para que haja uma nova concepção de saúde, ressalta-se que a construção não se dará somente através do profissional médico, mas sim, por todos profissionais de saúde, inclusive o profissional de Serviço Social. Aliado a esta postura há a necessidade de se efetivar e legitimar políticas públicas que visem todos os segmentos da sociedade, com a participação efetiva da sociedade civil.

concepções em saúde. Estas condições são técnicas, materiais e financeiras e a troca de experiências entre diferentes equipes, criando canais de comunicação e democratizando o conhecimento favorecendo a formação crítica. Mas para que isto ocorra “os salários dos profissionais que compõem estas equipes, e que cumprem uma carga horária de 40 horas semanais, precisam ser compatíveis com os do mercado. É preciso tempo e condições técnicas, materiais e financeiras, para produzir conhecimento novo e mudar concepções arraigadas” (p. 73).

Os desafios que se colocam ao PSF, principalmente aos profissionais que dela fazem parte é a integração contínua com a comunidade a qual pertencem, estabelecendo uma comunicação eficiente, tendo na comunidade um aliado nas práticas e questões que envolvem a saúde. Este é um dos processos que se entendem como fundamentais para a concretização de uma prática voltada aos reais necessidades da comunidade. Neste sentido Silveira (2000) destaca que:

As equipes de PSF, para exercer sua prática de forma resolutiva, exigem o respeito por uma relação numérica entre equipe e população da área de abrangência. O respeito por essa relação é que possibilita às equipes o reconhecimento e apropriação do território-processo e a formação de vínculo com a comunidade na busca de soluções conjuntas para os problemas encontrados (p. 73).

Além das condições técnicas e profissionais, os mecanismos importantes de que se dispõe na concretização da saúde, sob uma perspectiva de política universalizante, são os conselhos de saúde e as conferências de saúde, como parte fundamental do papel do controle social que se deve instituir. São espaços democráticos de participação popular, espaço de interlocução de idéias, ideais, propostas e desafios.

Outro fator fundamental para os profissionais que compõe o PSF é estar atento ao social que é expresso nas diversas determinações que compõem as relações sociais e na sociedade como um todo. O social no contexto da saúde está presente, nas concepções que envolvem o processo saúde/doença, dos modelos assistenciais de saúde, na concretização da

política, e nas práticas profissionais em saúde, além de estar presente em cada história relatada do usuário que procura os serviços de saúde, refletindo em que condição este social é visto, trabalhado e compreendido.

Por isso saúde não pode ser visto somente como ausência de doença. Saúde é uma categoria que extrapola o campo do corpo ou da área de atenção médica, ela reflete a dimensão e a continuidade de uma história de vida social que compõe cada cidadão. Entender este processo inserido no PSF se faz essencial, uma vez que é a partir destas posturas que o processo de mudança da atenção básica se torna uma possibilidade concreta nas práticas profissionais que envolvem a construção de um novo agir e pensar em saúde.

As discussões realizadas no que se refere à construção dos conceitos do processo saúde/doença, dos modelos assistenciais de atenção à saúde, à política de saúde e ao PSF, subsidiarão, a partir deste momento, o debate em torno da importância do social como uma categoria de análise na área da saúde. Isto é que se propõe a apresentar no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO: O SOCIAL

3.1 O Desafio da Definição do Social⁹

O estudo do social tem uma expressiva importância em vários campos do conhecimento e o aprofundamento desta categoria conduz a necessidade de identificar como o social pode ser definido e como é debatido. A discussão do social está presente no âmbito das políticas sociais, na análise de conjuntura e de sociedade, nas diversas especificidades profissionais o que evidencia a relevância do tema.

Conceituar o social conduz inicialmente a pensar que ele é algo constitutivo da própria sociedade que perpassa as relações sociais¹⁰ estabelecidas na sociedade, pois é através das relações que o mesmo é efetivado e construído. No Dicionário de Ciências Sociais (1986), encontram-se várias definições para o social, das quais se destaca:

A. No uso mais amplo, aplicado às criaturas humanas, o termo social se refere a qualquer tipo de comportamento ou atividade, influenciado (direta ou indiretamente) pela experiência passada ou presente do comportamento de outras pessoas, ou orientado (consciente e inconscientemente) para outras pessoas. Em geral, o termo é moralmente neutro. B4. Algumas vezes adquire conotação moral, implicando ação dirigida em algum sentido para o bem-estar dos outros – geralmente para o bem-estar de uma sociedade inteira ou de seus membros menos privilegiados. B5. É freqüentemente usado, sem ter necessariamente conotação moral, para indicar uma consciência dos sentimentos e das atitudes dos outros, e o comportamento influenciado por essa consciência. Aqui, a ênfase é na sensibilidade, sem levar em consideração como chega a existir ou como é mantida (p. 5213).

⁹ De acordo com o Novo Dicionário Aurélio (1986), a palavra social vem do latim “sociale”. “É da sociedade, ou relativo a ela: fenômeno social, mudança social. Sociável. Que interessa à sociedade. Próprio dos sócios de uma sociedade, comunidade ou agremiação: quadro social” (p. 1602).

¹⁰ Entende-se por relações sociais todas as relações estabelecidas entre os homens inseridos na sociedade. Simionatto (1989), destaca que as relações sociais estão sempre sendo criadas e recriadas, pois as próprias relações são movimentos históricos.

O social é uma questão consensual e validado por todos, independente das posições e orientações filosóficas e político-ideológicas. Pode ser conceituado como uma preocupação de larga tradição histórica, em vários campos do conhecimento e particularmente nas ciências sociais, “causa espécie que nestes últimos anos o tema ressurgiu com tintas fortes no debate entre acadêmicos e personalidades de distintos setores sociais, ou ponto central na agenda de governantes e tomadores de decisões” (WANDERLEY, 2000, p.164).

A realidade tem mostrado que o social pode assumir várias configurações, dependendo com que objetivos e metas é pensado e efetivado. O social pode adquirir caráter de justiça, igualdade e universalidade. O social pode ser identificado como desenvolvimento social, políticas sociais, economia solidária e resgate das dívidas sociais. Muitas vezes, o uso do social tem a conotação de recursos destinados nos orçamentos sociais de governos e empresas, setores sociais atendidos pelas igrejas e por fundações e “órgãos específicos que têm por natureza atribuições nas chamadas áreas sociais, tais como conselhos de assistência social e conselhos tutelares; indivíduos – os denominados excluídos sociais” (WANDERLEY, 2000, p. 171).

Na discussão do social, o que mais tem se destacado, é uma fratura, uma ruptura de seu conceito e entendimento que remete a algumas considerações. O social, embora adquira vários conceitos e perspectivas, o que tem se evidenciado é a sua visão limitada e desvinculada da sociedade. Está também relacionado com a carência, pobreza, miséria, ineficiência, ao econômico apenas, enfim vários conceitos que o limitam em sua dimensão, não só conceitual como na prática.

Historicamente, o conceito do social é identificado de forma restrita, tendo no econômico o seu contrário, representando o eficiente, o enfoque a ser dado na solução para uma sociedade forte. Esta concepção remete ao entendimento de que o social está desvinculado da sociedade, pois não é eficiente, vinculando-se à idéia da carência.

Ribeiro (2000) explicita que o social e a sociedade são duas categorias que se encontram atualmente separadas uma da outra e destaca que nestes últimos anos, no discurso dos governantes e dos economistas, a sociedade veio designar o "conjunto dos que detêm o poder econômico, ao passo que o social remete, na fala dos mesmos governantes ou dos publicistas, a uma política que procura minorar a miséria". Assim, a sociedade é ativa: ela manda, sabe o que quer – e quer funcionar por si mesma, sem tutela do Estado (p. 19).

Para o mesmo autor, o social, na realidade brasileira está diretamente associado à pobreza e à miséria. Relaciona-se com a carência e a caridade, evidenciando um conceito restrito do que seja o social. Identifica-se que a cisão entre social e sociedade é evidente sob esta perspectiva, pois a sociedade corresponde aos interesses de mercado e o social aos relativos à pobreza. Sob esta perspectiva, "a economia é séria e moderna; o social, perdulário e arcaico [...]. O problema, porém, é que entre a sociedade e o social se trava uma luta sem tréguas, por que não, de classes" (Idem, 2000, p. 21). E o autor ainda acrescenta que:

Isso porque o social e a sociedade não se referem aos mesmos meios sociais, às mesmas pessoas, à mesma integração que tenham no processo produtivo, no acesso aos bens, ao mercado, ao mundo dos direitos. O social diz respeito ao carente; a sociedade, ao eficiente. Por isso a distância entre os dois se mostra intransponível. Não se trata apenas de passar do adjetivo ao substantivo, ou do passivo ao ativo. Simplesmente, não é possível ao objeto da ação social tornar-se membro integrante e eficaz da sociedade. A razão disso é que a diferença entre o social e a sociedade não é somente de perspectiva ou atitude: o social é aquilo que não pode tornar-se sociedade (Idem, 2000, p. 21-22).

Esta visão restrita do social tem se mostrado expressivamente nos marcos do Estado Ajustador que ao longo dos anos vem insistindo em configurar como intervenção no social sob a ótica da política macroeconômica de estabilização.

Então o que se presencia é a desgastada concepção do social subordinado ao econômico, do "social decorrente". Logo, o governo não reconhece o social como campo estratégico de ação do Estado que tem uma "racionalidade própria a exigir uma atuação em

nível direto, no âmbito de uma política de desenvolvimento social que trabalhe, efetivamente, a questão social como ação estratégica do Estado” (CARVALHO, 2002, p. 57).

Destaca-se que sob esta perspectiva, a própria noção de políticas sociais se torna restrita, por entender que estas só visam aos objetivos de atuar sobre as carências e não entendê-las como processo de emancipação humana e construção de uma sociedade justa e de direito.

Diante desta perspectiva, o social está implicado na discussão das políticas sociais, no sentido em que estas políticas são entendidas como mecanismo para minorar mesmo que ineficientemente a pobreza, miséria, carência e o ineficiente. A sociedade, porém, relacionado ao mercado, é significado do eficiente. Este pensamento dicotomizante entre a sociedade e o social vem tendo uma expressão cada vez mais acentuada pelo discurso e implementação das bases neoliberais no cenário brasileiro.

Seguindo a discussão, acerca da concepção restrita sobre o social, Wanderley (2000) traz indicações e destaca as diversas configurações que o social pode adquirir sob esta ótica. A tendência é recair na existência de três perspectivas para a conceituação do social que são:

- Ênfase no econômico e o social seu efeito: diante desta perspectiva o que ganha evidência e importância é o investimento, aumento de empresas, geração de mais empregos, maior renda, salários. Neste sentido, se o econômico vai bem, conseqüentemente o social também vai. O social é uma conseqüência direta do econômico, se torna a sombra do econômico, principalmente nos circuitos do ajuste da nova ordem do capital.

Constata-se que a relação econômica e social não é assim tão simplista. A realidade conjuntural evidencia que as relações estabelecidas são muito mais complexas e um dos grandes limites nesta perspectiva é a supervalorização da produção de bens e materiais sem cuidar da vida humana em sua totalidade.

- O social como sendo uma parte do todo da sociedade, ou seja, mantém um caráter setorial: conceito de base positivista que traz a idéia de que as partes devem compor o todo, então a sociedade é formada pelos seus aspectos políticos, econômicos, cultural e social. Traduz-se em setores específicos da realidade, num dado contexto social, como: saúde, educação, assistência social, habitação, entre outros. Esta perspectiva acaba se vinculando à primeira porque também está atrelada a questões econômicas. Se a economia vai bem os outros setores da sociedade também vão. Se uma parte do todo não estiver bem o restante também não está.

- Social entendido como questões de pobreza e desigualdades sociais, que não podem ser resolvidas, não dependem dos governos, pois levam muito tempo para a sua solução: tem em seu discurso a grande dificuldade da resolução das questões que envolvem a pobreza e as desigualdades sociais. Sob esta ótica, estas problemáticas são históricas, por isso de difícil resolução. A saída para a problemática está construída no equacionamento e resolução dos problemas econômicos, financeiros e políticos. Caracteriza-se pela adoção de políticas compensatórias como as cestas básicas, leite, remédios, ticket alimentação, entre outros.

Diante destas considerações, a atitude governamental, vinculada ao social está fundada no campo da carência, da “caridade solidária, da solidariedade, da não-política. Nesta perspectiva, assume, então, um novo paradigma para os mais carentes, transferindo responsabilidades de atuação social para uma teórica comunidade” (CARVALHO, 2002, p. 58).

Na prática e realidade vivenciadas no campo político, econômico, social, governamental ou não, as três perspectivas estão vinculadas uma a outra, na construção das relações na sociedade. Assim, se por um lado o social é atribuído à idéia de carência, por outro

lado, o social pode ser construído na perspectiva do direito, ultrapassando, dessa forma, as visões focalistas típicas da idéia de carência.

A discussão do social na perspectiva do direito¹¹, atualmente vem ganhando um novo olhar sobre a própria noção de direitos, incluindo principalmente os sociais. Primeiramente o direito era entendido numa perspectiva formalista, a-histórica, para se firmar em bases mais concretas entendidas nas condições reais de existência, “que se situa como uma instância de lutas coletivas, tendo como palavra de ordem, o direito a ter direitos” (NOGUEIRA, 2002, p. 73).

A partir desta postura, o direito não é a-histórico, mas produto do desenvolvimento histórico da sociedade, marcado pelas desigualdades e contradições entre os continentes, países e no interior de cada país, em seus aspectos regionais e locais, ou seja, reflexo das inter-relações dos problemas entre direito e sociedade. Esta questão é primordial para o entendimento do social sob a perspectiva do direito.

Partindo-se da compreensão de que a constituição do direito é resultado dos produtos sociais, esta se relaciona também com a noção de que o direito se configura e está vinculado a idéias de valores, evidenciando que a própria sociedade se modifica e constrói novas relações, concepções e valores, “portanto está sempre recriando o mundo social privilegiando alguns valores e interesses e excluindo outros” (CORTIZO, 2000, p. 34).

Como destaca Bobbio (1992), a grande discussão que perpassa a questão dos direitos também é a de sua fundamentação, mas muito mais a de sua proteção. Então se destaca, segundo o autor, que “[...] o problema grave de nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não era mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los. [...] Com efeito, o

¹¹ O direito é um sistema de normas que regulamenta o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes se emprega o direito em seu sentido axiológico, como sinônimo de justiça, e muitas outras em sentido subjetivo (DALLARI e FORTES, 1997, p. 188).

Cortizo (2000) entende como uma atividade de produção material específica, cuja especialidade consiste em produzir normas jurídicas gerais (leis propriamente ditas) e normas jurídicas particulares (resoluções jurisdicionais) (p. 23).

problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político” (p. 25).

A incorporação constitucional dos direitos no cenário brasileiro foi um processo muito lento sem referência constitucional até a primeira república que ignorou completamente qualquer direito social. “A ampliação dos direitos sociais garantidos Constitucionalmente, apenas se efetiva a partir da Constituição de 1988” (DALLARI, 1995, p. 23), ampliando também a noção de direito das políticas sociais, como base para o desenvolvimento de ações na perspectiva do direito.

O direito é concretizado em leis, visto que a Constituição Federal¹² é o documento que orienta princípios, deveres e direitos de uma nação. Portanto, se faz necessário o claro entendimento dos conceitos jurídicos que regem uma nação, possibilitando uma condução eficiente do direito além da necessidade constante de entender que:

O Estado contemporâneo não é apenas o controlador da sociedade. A essa função, tradicionalmente desempenhada por meio da legislação e da atividade de polícia, veio juntar-se a implementação de políticas públicas, função característica do Estado do século vinte. Entretanto, seja para justificar seu papel normatizador, seja para legalizar sua atuação implementando políticas públicas, é indispensável à exata compreensão do significado dos conceitos jurídicos, cuja finalidade é, precisamente, possibilitar a aplicação das normas jurídicas (DALLARI, 1995, p. 25).

Com relação à Constituição, diante de seu papel de regulador de princípios, deveres e direitos e resultante dos processos sociais e de lutas de uma sociedade deve estar atento, dando conseqüência ao caráter político das Constituições, ao reconhecimento da “importância dos princípios que, ainda que não explicitados, conformam o documento, porque refletem os valores que caracterizam uma dada sociedade, derivados de seu contexto político e social” (DALLARI, 1995, p. 26).

¹² É um documento político que transforma em lei os objetivos da sociedade, inclusive organizando-a para alcança-los (DALLARI, 1995, p. 26).

Neste sentido, o social deve estar atrelado à perspectiva do direito, na defesa de uma sociedade construída na garantia da universalidade dos direitos sociais, na cidadania, na emancipação humana e no enfrentamento das desigualdades sociais, reforçando que o social não pode ser pensado fora das relações sociais que se estabelecem, seja na vida cotidiana individual, grupal e de sociedade.

Frente a estas considerações e sem pretensões de fechar um conceito, se destaca que a discussão do social deve transpor a noção de carência e de ações focais que possam caracterizá-lo.

Concorda-se que o social deve ser concretizado numa perspectiva ampliada, ou seja, remetido ao entendimento enquanto processo histórico construído nas relações sociais, na discussão de sua noção de direito e como integrante do conjunto dos determinantes que compõem a sociedade, ou seja, as relações pessoais e interpessoais e que o econômico, político, cultural, social, ideológico se entrecruzam na constituição da sociedade.

Para Wanderley (2000), o social vincula-se então, ao público que é por natureza universal. Isto leva a entender que o social compreende um “conjunto de ações e relações, [...] que se estabelecem entre indivíduos, grupos, associações, instituições, nações, em todos os campos societários” (p. 201).

Tal entendimento trabalha os vínculos que tecem o tecido de uma sociedade. Aceita e identifica que a construção do social se dá pelos conflitos, tensões e contradições que possibilitam e que geram rupturas. Estes vínculos “comparecem, em todas as sociedades, para atender essencialmente a três necessidades: as materiais, as de relacionamento interpessoal e as espirituais (arte, subjetividade, cultura, etc). Em todos eles estão necessariamente presentes gente, povo, população, pessoas” (Idem, 2000, p. 201).

Ao se entender que o social não está vinculado à carência, à pobreza, mas que o mesmo deve retratar as questões em sua dimensão de direito, de universalidade e de

emancipação humana, as considerações realizadas até o presente momento, iluminam a discussão da questão social e das políticas sociais como temáticas importantes na construção de uma nova perspectiva para o social.

3.1.1 O Social Inserido no Debate da Questão Social

A discussão da questão social foi explicitada, pela primeira vez, por volta de 1830, caracterizada pelos primórdios da industrialização, marcada por grandes contingentes de populações e miseráveis. Eram pessoas que haviam saído de suas áreas rurais para trabalhar nas indústrias e não estavam integrados à dinâmica da industrialização ameaçando a ordem social.

Após um conjunto de processos, caracterizado pelas diversas conquistas sociais efetivadas ao longo da história, permitiu que os primeiros proletariados passassem a ser uma classe operária relativamente integrada.

Porém, estas conquistas sociais foram garantidas nos embates antagônicos travados no interior da própria sociedade. Em épocas de crise, a questão social se torna mais evidente, como desafio e urgência, passando os mais diversos setores da sociedade a interessar-se pelo “desenvolvimento social, o descompasso entre as conquistas sociais e as econômicas, os riscos de explosão do descontentamento popular, as lutas pela conquista dos direitos, a construção de uma sociedade mais justa, o pacto social” (IANNI, 1991, p. 02).

A questão social tem sido objeto de várias interpretações, evidenciando que esta categoria está na base dos movimentos da sociedade, pondo em causa as relações entre o poder estatal e, amplos segmentos da sociedade civil. Neste sentido, a questão social “passou a ser um elemento essencial das formas e movimentos da sociedade nacional. As várias modalidades do poder estatal, compreendendo autoritarismo e democracia, defrontam-se com ela” (IANNI, 1991, p. 03).

Uma das interpretações considera a questão social como algo “disfuncional, anacrônico, retrasado, em face do que é a modernização alcançada em outras esferas da sociedade, como na economia e organização do poder estatal”. Outros a entendem como “ameaça a ordem vigente” (harmonia entre capital/trabalho), vinculado à idéia de questão social como caso de polícia. Há os que entendem a questão social como “produto e condição da sociedade de mercado, da ordem social burguesa. Fala-se de desigualdades, antagonismos e lutas sociais” (IANNI, 1991, p. 02).

Mas o que vem a ser propriamente uma questão social? Inicia-se com Yamamoto (2002) que destaca que a questão social é indissociável do modelo de sociedade capitalista que gera as desigualdades sociais no interior do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social e, destaca que:

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos. [...] A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (p. 26).

A mesma autora destaca que é preciso estar atento para o entendimento de que se a “questão social é uma velha questão social, inscrita na própria natureza das relações sociais capitalistas, ela também apresenta novas roupagens e expressões em decorrência dos processos históricos que a redimensionam na atualidade, aprofundando suas contradições” (Idem, 2002, p. 28).

A discussão que se trava no âmbito da questão social é o constante e sempre renovado combate entre o capital, seus interesses e sobrevivência enquanto sistema de sociedade e o trabalho, representado pelos trabalhadores. A sociedade se apresenta como um amplo campo das desigualdades e antagonismos em que a prosperidade da economia e o

fortalecimento do aparelho estatal “parecem em descompasso com o desenvolvimento social, isto é, a situação social de amplos contingentes de trabalhadores, fabrica-se precisamente com os negócios, a reprodução do capital” (IANNI, 1991, p. 04).

Filho (1982) também constrói um conceito para a questão social referindo que no sentido universal do termo, significa o “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim a questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (p. 21).

Pereira (2001), ao analisar a questão social como embate entre o capital e trabalho, amplia sua discussão destacando que para ela a questão social não é “sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção – que geram desigualdades, pobreza, desemprego e necessidades sociais – mas, de embate político, determinado por essas contradições” (p. 54).

Neste sentido, a autora destaca que a palavra questão pode adquirir conotação de pergunta, interrogação, problema, conflito, mas se acrescida da palavra social, adquire outro significado que é:

[...] a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses opostos ou antagônicos – dada a sua desigual posição na estrutura social – na qual os atores dominados conseguem impor-se como forças políticas estratégicas e problematizar efetivamente necessidades e demandas, obtendo ganhos sociais relativos (p. 59).

Numa perspectiva diferenciada de autores como Iamamoto (2002), Filho (1982), Ribeiro (2000), Pereira (2001) se encontra Castel (1998) que também discute a questão social e assim o conceitua:

É uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura. Ela é um desafio que interroga, põe em questão a capacidade de uma sociedade (o que em termos políticos se chama uma nação) de existir como um conjunto ligado por relações de interdependência (p. 30).

O mesmo autor ainda destaca que a questão social hoje é justamente o questionamento da função integradora do trabalho na sociedade. Encontra-se uma desmontagem desse “sistema de proteções e garantias que foram vinculadas ao emprego e uma desestabilização, primeiramente da ordem do trabalho, que repercute como uma espécie de choque em diferentes setores da vida social, para além do mundo do trabalho propriamente dito” (Idem, 1998, p. 239-240).

A questão social no Brasil se evidencia cada vez mais complexa e desafiante nos marcos do processo de reestruturação da sociedade capitalista que busca a prosperidade econômica, mas que conseqüentemente produz as desigualdades sociais que constituem a questão social.

Vivencia-se a globalização caracterizada pela mundialização da economia, a ênfase no mercado como capaz de auto-regular a sociedade, acirramento da competitividade e concorrência e a reestruturação do papel do Estado, reduzindo suas atribuições e competências, transferindo para o mercado tal responsabilidade.

Isto implica diretamente em mudanças estruturais na sociedade que trazem como conseqüência uma série de fatores diretamente ligados à vida cotidiana e no estabelecimento de novas relações sociais. Vivenciam-se altos índices de desemprego, a focalização e não universalização das políticas sociais em função do papel reduzido do Estado. A economia e o mercado ditam as regras a serem adotadas e sobrevivem, nesta sociedade, quem dela puderem fazer parte. Aos demais, restam ações e políticas fragmentárias e focalizadas sem perspectiva de direito.

O discurso é fortemente marcado pela defesa de que o mercado será o grande provedor e o princípio regulador da sociedade e da política, devendo a sociedade ajustar-se a novas regras. Ao se desvencilhar das proteções sociais, está livre para competir no mercado e desenvolver suas potencialidades. Nesta linha de discussão, Carvalho (2002) destaca que:

[...] o Estado Brasileiro nesse processo de ajuste na década de 90/2000, declara-se incapaz de enfrentar a complexidade da “Nova Questão Social”, manifestando um verdadeiro descaso com o drama social brasileiro. A rigor, este Estado assume, em maior ou menor grau, a postura de abdicar de sua responsabilidade social, enveredando por políticas focalistas, marcadas pela seletividade, sem nenhuma perspectiva de uma real política de inclusão social (p. 53).

Neste sentido, deve-se estar atento às novas configurações que vêm conformando o contexto social brasileiro. Esta preocupação tem destaque para Pereira (2001) que acrescenta que uma das conseqüências vivenciadas nos atuais moldes da sociedade mundial e brasileira é o “desmonte dos direitos sociais, edificados há mais de um século com a decisiva participação dos movimentos progressistas e democráticos” (p. 53).

Telles (1996) também explicita o desmonte das conquistas sociais adquiridas ao longo da história, destacando que este processo “também significa a erosão das mediações políticas entre o mundo do trabalho e as esferas públicas e que estas, por isso mesmo, se descaracterizam como esferas de explicitação de conflitos e dissensos, de representação e negociação [...]” (p. 85).

A partir destas considerações e do debate dos direitos sociais, entende-se que a política social é resultado das tensões e conflitos sociais travados no interior da sociedade capitalista. A política social é fruto da conquista de segmentos da sociedade que buscam efetivar e construir uma sociedade não amparada pelos interesses de uma classe do capital, mas para uma sociedade justa e igualitária e de acesso aos direitos sociais.

Especificamente, no cenário brasileiro, as questões que envolvem os direitos sociais por muito tempo foram identificadas como “configurações assumidas pela questão social [...] em seus traços de clientelismo, em que os trabalhadores foram historicamente tratados como súditos, receptores de benefícios e favores e não cidadãos, portadores de direitos” (IAMAMOTO, 2002, p. 31).

Esta postura ainda pode ser identificada quando se constata que o Estado vem se eximindo da responsabilidade com as políticas e direitos sociais a ele vinculadas, reforçando práticas individuais, solidárias, focais, perdendo assim o seu caráter universalizador.

Depara-se também com a concepção de que a política social está atrelada às questões econômicas, ou seja, o econômico é o grande mentor de sustentabilidade da sociedade capitalista e tudo está e gira ao seu redor estando os direitos sociais atrelados à lógica orçamentária. A partir desta concepção, observa-se uma inversão e uma subversão:

Ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos. São as definições orçamentárias - vistas como um dado não passível de questionamento – que se tornam parâmetros para a implementação dos direitos sociais, justificando as prioridades governamentais (IAMAMOTO, 2002, p. 33-34).

O Estado, então, dentro de seu novo perfil, caracteriza-se pela sua ação de desmonte do social não apresentando uma política de atuação, “capaz de enfrentar o agravamento e a complexificação da questão social, não investindo no social como prioridade, tendo em vista a própria gravidade do quadro social no Brasil do Ajuste” (CARVALHO, 2002, p. 57).

Conseqüentemente, tem-se a concepção de que a superação da pobreza e da exclusão está ligada diretamente por uma questão de responsabilidade individual, fortalecendo a tendência de naturalizar as múltiplas desigualdades que condensam as relações sociais dessa sociedade. Neste sentido:

Este passa a ser considerado da alçada dos cidadãos, retirando a responsabilidade fundamental do Estado quanto aos direitos sociais – e só o Estado pode atribuir universalidade a esses direitos. As seqüelas da questão social passam a ser objeto de ações eventuais, fragmentárias, transferidas a organismos e entidades privadas e cidadãos solidários, ou objeto de pontuais iniciativas governamentais movidas por interesses clientelistas e eleitorais, impulsionando o desmonte dos direitos sociais universais. Apóia-se na autonomização das múltiplas expressões da questão social – as várias “questões sociais”, - em detrimento da perspectiva de unidade (IAMAMOTO, 2002, p. 27-28).

Então, o desafio a ser enfrentado no campo das políticas sociais, é a superação da noção da carência e exclusão como uma dificuldade individual. As políticas sociais, sob esta perspectiva, perdem seu caráter de direito, de conquista e acabam tendo sua direção focalizada para os segmentos populacionais incapazes de sobreviver às regras do mercado, ou seja, sob as bases da política neoliberal.

A direção para superar estas perspectivas, deve estar centrada na defesa dos direitos no âmbito da reafirmação do papel do Estado que tem nas suas atribuições fundamentais a condução das políticas sociais sob forma de política universal e que esta seja conduzida por preceitos de descentralização e democratização atendendo as necessidades das maiorias.

Neste sentido, Yamamoto (2002) chama a atenção para a questão social que não pode ser entendida em sua totalidade se não se estiver atento “quando suas múltiplas e diferenciadas expressões são desconectadas de sua gênese comum, desconsiderando os processos sociais contraditórios, na sua dimensão de totalidade, que as criam e as transformam” (pg. 27).

Concretizam-se, então a partir deste contexto, dois movimentos antagônicos na efetivação das políticas e direitos sociais. De um lado, as políticas sociais adquirem a perspectiva da universalização, da noção de direito. De outro, as políticas sociais são entendidas como ações focalistas e sob a perspectiva do suprimento de carências, apresentando entre ambas objetivos e práticas divergentes, convergendo para políticas totalmente diversas entre si. Aliada a esta discussão, Carvalho (2002) destaca que:

Efetivam-se, contraditoriamente, duas agendas: a agenda de reforma social da democratização, sustentada na lógica da cidadania e que garante, no plano jurídico-institucional, a ampliação dos direitos sociais; a agenda de reformas do ajuste estrutural brasileiro, fundada na lógica da carência e da solidariedade, desmontando as políticas sociais como garantia de direitos sociais e enveredando por políticas focalistas e pela conclamação da benemerência (CARVALHO, 2002 p. 61).

Remetendo-se esta discussão para o social, este pode adquirir conceito restrito quando identificado com a noção de carências e focalização dos direitos e políticas sociais ou ao conceito ampliado quando o social está vinculado à noção de políticas e direitos sociais na perspectiva da universalização e do direito.

Trazendo esta discussão para o âmbito da saúde, Nogueira (2002) destaca que os direitos sociais e o direito à saúde¹³ são pensados no “interior das políticas sociais, os quais são apreendidos, como as políticas econômicas, como estritamente vinculadas aos processos de acumulação capitalista, em seu estágio monopolista” (p. 87).

No movimento da própria sociedade, caracterizada pelos ajustes estruturais econômicos e políticos das economias nacionais e internacionais, vão determinando em certa medida o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e “os mecanismos acionados para sua garantia, tornando-se a análise dos direitos sociais um exercício contínuo de articulação global e local” (NOGUEIRA, 2002, p. 92). Acrescenta-se ainda com as palavras da autora que:

Portanto, o direito a saúde, longe de ser entendido como uma decorrência de abstratos ideais humanitários, de solidariedade universal, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada a sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprio do sistema capitalista em seu estágio atual (p. 92).

No que se refere à conceituação jurídica da saúde, identificam-se alguns problemas que devem fundamentar a aplicação das leis que regulam as atividades particulares com implicações sanitárias. Neste sentido, no âmbito do Estado de igual modo existem dificuldades no entendimento do mesmo conceito jurídico de saúde que “orienta a atuação do Estado, quer como regulador, quer como prestador de ações e serviços sanitários” (DALLARI, 1995, p. 26).

¹³ O direito a saúde é termo empregado em seu sentido subjetivo. Todavia, a referência a regras de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade (DALLARI e FORTES, 1997, p. 188).

Como proposta à superação destes problemas é a busca da compreensão dos valores sociais que foram garantidos na Constituição, examinando e reconhecendo a importância dos princípios que estão e ainda não foram explicitados, conforme já destacado anteriormente porque:

Uma vez interpretados os princípios que tornam legal a determinação do conteúdo do conceito de saúde, deve-se examinar as diretrizes que, com igual consequência, orientarão a busca de uma definição operacional. Nessa esfera, procurando determinar os objetivos do sistema de seguridade social – construído na Constituição para assegurar o direito à saúde – a afirmação da universalidade da cobertura e do atendimento [...] e [...] do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade (CF., art 194, § ún., I e VII), vincula o aplicador do conceito ao alcance de tais objetivos sob pena de ilegalidade (DALLARI e FORTES, 1997, p. 31).

Diante destas discussões no âmbito das políticas sociais, do direito, da carência, o modelo de saúde com o SUS se estrutura, mesmo frente a mobilizações contrárias ao seu princípio que entende que saúde não deve ser um direito universal, mas vinculado à noção de transformar saúde em um objeto de consumo de âmbito individual, refletindo na noção e no conceito de saúde enquanto direito. Neste sentido, sob a perspectiva do direito muito tem a se caminhar.

Esta caminhada em busca da concretização de um modelo comprometido com a saúde, com o direito, com o social, com a universalidade e desenvolvimento de política pública que esteja embasada por estes mesmos princípios, não se efetiva sem se considerar a importância das práticas profissionais no âmbito da saúde e identificar estas práticas e sua relação com o social é uma meta a ser construída para avaliar que tipo de modelo de saúde se efetiva na realidade brasileira.

3.2 Os Desafios do Trabalho com o Social

Ao se discutir o social remetido em seu âmbito prático, ou seja, no campo das ações, remete igualmente ao desafio de sua conceituação, pois envolve considerar outras dimensões que não se restringem apenas a sua noção conceitual.

A análise do social, trazida para o âmbito da saúde, se torna central ao se considerar a perspectiva do paradigma sanitário presente numa determinada política social e das práticas profissionais exercidas no campo da saúde.

Remetendo esta discussão para a realidade da política de saúde brasileira com o SUS, identifica-se que mesmo frente às dificuldades e a movimentos antagônicos, busca-se concretizar princípios e diretrizes com maior vinculação e preocupação com o social.

A construção de novos sistemas de valores também é um indicativo para evitar concepções que reduzam as necessidades de saúde a processos fisiológicos.

Nesta discussão Costa e Maeda (2001) destacam que a consolidação do SUS só se efetivará na medida em que possibilitar a emergência dos sujeitos sociais, tanto dos trabalhadores quanto usuários, exigindo se repensar o papel das ações e práticas em saúde que, devem estar respaldadas na “reorganização do processo de trabalho com o surgimento de sujeitos dos quais será demandada participação, conscientização no processo, tendo como sine qua non o acesso à informação” (p. 28).

Torna-se prioridade a problematização da prática profissional com base no processo saúde/doença e as respostas sociais organizadas, traduzidas em ações de saúde e intersetoriais. Essa problematização deve considerar as transformações necessárias na organização dos serviços de saúde, “operando com base em um modelo de atenção coletiva, com a integração de ações curativas e preventivas, de descentralização dos serviços e universalização da atenção” (SOBRINHO e SOUSA, 2002, p. 161). Isto exigirá do profissional:

Realizar ações de vigilância de forma integrada as práticas dos serviços, considerando o contexto socioeconômico e cultural de sua área de atuação; fornecer atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade a população adstrita, no nível domiciliar e ambulatorial; diagnosticar os problemas de saúde da população assistida, utilizando o instrumental da clínica e da epidemiologia, solicitando e interpretando exames laboratoriais básicos e assegurando resolubilidade adequada a atenção primária à saúde (Idem, 2002, p. 162).

Neste sentido, entende-se que a saúde é uma questão social? Acredita-se que sim, na medida em que existem inseridos na saúde dois paradigmas em constante embate, ou seja, a presença do paradigma/modelo flexneriano e o paradigma/modelo da produção social da saúde.

Para tal afirmação, reporta-se a Pereira (2001) que destaca que a questão social envolve a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses antagônicos. Isto reporta à discussão já realizada dos modelos de saúde, que implicam numa relação conflituosa para determinar o paradigma sanitário.

Então, torna-se necessário que a questão social seja explicitada, a ponto de existir correlações de forças estratégicas para “abalarem a hegemonia da ordem dominante e permitirem a imposição de um projeto contra-hegemônico” (p. 53).

Concretamente, com o SUS, identifica-se que os defensores de sua proposta conseguiram incorporar forças políticas estratégicas que o problematizaram, tornado-se uma necessidade a ser enfrentada, obtendo com isto ganhos sociais. Porém, isto não exclui de maneira alguma a presença de interesses antagônicos, dentro do próprio SUS.

Pereira (2001) ainda contribui com esta discussão quando evidencia importância dos atores sociais no enfrentamento da questão social, que se remete para a discussão da saúde, evidencia a importância dos profissionais na construção de um paradigma sanitário e destaca:

A questão social constitui um estágio mais avançado, conflituoso e consciente do movimento de reação das classes subalternas à dominação social capitalista, e o que mais claramente exige definições políticas dos atores em presença. Pois é perante a esse tipo de questão que atores sociais, incluindo as profissões, vão se posicionar a

favor ou contra o seu mérito e participar da formulação e do controle das respostas políticas que serão dadas a ela nas arenas decisórias, gestoras e executivas (p. 60).

A partir destas considerações, tem-se evidente que na luta constante entre os paradigmas sanitários antagônicos, a prática dos profissionais é um elemento importante, que conseqüentemente remete à discussão da inclusão do social em suas ações.

Sousa (2002), ao realizar a discussão das práticas profissionais, evidencia algumas preocupações inseridas num contexto de modelo de saúde flexneriano, em que a valorização do complexo hospitalar com incorporação crescente e utilização irracional de recursos tecnológicos é uma realidade no Brasil. Neste sentido, a rede básica de saúde tem baixa prioridade, constituindo-se em uma rede de serviços de pouca qualificação, baixa capacidade de resolver os reais problemas da população, e destaca:

Como conseqüência temos: uma incorporação crescente de custos que lamentavelmente não repercutem em melhor situação de saúde e vida da população; os profissionais de saúde submetidos a este modelo, pressionados pelas causas, perdem a oportunidade de exercer com qualidade seu trabalho, vivendo o drama da perda de vínculo com as famílias/comunidades, e estas, insatisfeitas, sentem e vivem a ausência de respostas efetivas aos seus problemas e humanização na forma de serem atendidos (p. 106).

A rede básica tem respondido insatisfatoriamente as demandas e as necessidades da população, desenvolvendo ações voltadas para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas, gerando baixo impacto nos níveis de saúde. Esta situação é agravada pela qualidade dos serviços prestados e pela insuficiência qualitativa e quantitativa de trabalhadores em saúde em “relação à demanda e ao contexto sanitário, as condições de trabalho e especialmente a forma de organização e produção dos serviços de saúde, ou seja, ao modelo assistencial” (COSTA e MAEDA, 2001, p. 21).

Entende-se que uma questão chave e primordial para o reordenamento das práticas profissionais, no sentido de superar ações focalistas e parceladas, devam estar

atreladas à idéia de saúde como direito universal de cidadania, exigindo políticas sociais eficientes, capacidade operacional para implementar um novo modo de produzir saúde.

Além disto, Merhy (2002) entende que o objeto no campo da saúde, não é a cura, a promoção e proteção, mas a produção do cuidado por meio do qual se atinge a cura e a saúde, que são de fato o objetivo a que se quer chegar. Porém, foram se constituindo práticas cuidadoras socialmente determinadas pelo modelo médico de agir, que se tornou hegemônico e o autor sugere que:

[...] para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constitui-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas (p. 39).

Estas práticas não se vinculam apenas a um profissional em específico, pois toda prática é social, e esta discussão no âmbito da saúde é amparada na discussão do modelo assistencial de saúde que também implica um modelo de sociedade. Então fica o questionamento de como as práticas profissionais no âmbito da saúde, em especial na atenção básica, têm se direcionado para o campo do social.

Esta discussão remete à compreensão de que a construção de um novo modelo de saúde ou sua efetiva concretização, não se dá apenas no âmbito das reformas macro-estruturais, ou seja, o fato de estar garantida constitucionalmente, de estar amparada por diretrizes e princípios, de construir outras bases organizativas, se o modo de desenvolver o trabalho no interior dos serviços de saúde não se modificarem igualmente, num esforço coletivo dos trabalhadores de saúde.

Este entendimento remete explicitar a importância da formação profissional e dos modos de gerenciar o trabalho que não limitem o desenvolvimento e criatividade das práticas profissionais comprometidas com cuidado.

Nesta direção, as práticas profissionais desenvolvidas refletem um modo de agir vinculado aos interesses e diretrizes de uma dada política e modelo assistencial de saúde. Conseqüentemente, a formação profissional está vinculada a uma determinada “estrutura das práticas de saúde, ou seja, pela organização dos serviços de saúde e pela influência sobre o mercado de trabalho do setor, ambos condicionados pelas práticas de saúde do Estado” (PIANCASTELLI et al, 2000, p. 48).

Piancastelli et al (2000) identifica que a formação de profissionais com um novo perfil, que atendam práticas vinculadas à realidade social e a necessidade de um novo modelo de saúde tem acontecido, tanto na academia quanto no âmbito dos serviços, num esforço de superar dicotomias no processo de trabalho e de ensino em saúde tais como: “teoria x prática, fragmentação x integralidade, individual x coletivo, preventivo x curativo, saúde x doença, etc” presentes nas práticas profissionais” (Idem, 2000, p. 48).

Porém, apesar da busca de uma formação e proposta mais integradora já introduzida no universo acadêmico, o modelo hegemônico flexneriano continua sendo reproduzido nos espaços de formação e de trabalho tradicionais. Os médicos e outros profissionais de saúde, de modo geral, têm isolado os aspectos sociais e emocionais, dedicando-se somente ao biológico que fragmentam em subáreas, conhecidas como especialidades médicas (pneumologia, oftamologia, etc).

Estes entendimentos, tanto da complexidade do objeto saúde, como da sua inequívoca vinculação ao bio-psico-social, não têm sido suficientes para garantir que a prática profissional seja exercida com base nessa compreensão. “É na prática que se verifica a determinação sócio-econômica (a atuação do complexo médico-industrial), que com sua sobredeterminação pedagógica (o ensino dentro do modelo flexneriano) sobrepuja a elaboração teórica” (ROS, 2000, p. 09-10).

Como consequência, às mudanças das práticas profissionais de saúde deverão estar embasadas em novas habilidades, atitudes e valores éticos que superem a concepção da prática apenas como assistência individual e uniprofissional no enfrentamento das questões vinculadas ao processo saúde/doença. Isto pressupõe a existência de um modelo assistencial de saúde que defenda tanto técnica e competência, quanto integralidade e resolutividade, equidade e relevância social.

Aliada a estas mudanças, inclui-se a instituição da dimensão subjetiva das práticas em saúde, revalorizando para a população e para os demais profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões de saúde. Isto contrapõe à visão predominante de uma separação entre o que é “técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão, quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços” (MENDES, 1996, p. 276).

Esta compreensão permite entender o profissional de saúde como um trabalhador social, cuja intervenção é comprometida com os usuários que atendem, criando e estabelecendo vínculos com a comunidade em seu “cotidiano em que se forma a consciência sanitária em cada tempo, formação social, política e cultural” (SILVA, 1994, p. 36).

Muitas vezes, o trabalhador é alguém que não teve uma formação específica para a área da saúde, como por exemplo: os vigias, os atendentes e os agentes de saúde, mas que desenvolvem no trabalho a sua história, aquilo que pensavam e pensam sobre o “trabalho, a saúde, a relação com os outros, a morte, a dor, a vida, enfim ... o trabalhador de saúde pode atualizar e rever sua história e sua concepção de mundo do trabalho” (FORTUNA et al, 2002, p. 273).

Então, além da formação profissional, outro fator importante e desafiante no desenvolvimento das práticas profissionais é a construção de modos de gerenciar que não

limitem a criatividade dos trabalhadores, numa relação de autonomia profissional com responsabilidade. Campos (1997), realizando esta discussão, entende que “autonomia pressupõe liberdade, mas, para que o trabalho autônomo seja capaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros” (p. 229).

Merhy (1997), também, discute o papel da autonomia profissional que ocorre dentro dos espaços de atuação profissional e que devem ser potencializadas, pois a criatividade permanente do trabalhador em ação, seja no âmbito “público ou coletivo, pode ser explorada para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas” (p. 61).

O trabalho em saúde, em sua maioria, é um trabalho institucionalizado. É um ato assistencial, resultado de um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e não específicos da saúde. As características deste trabalho ainda se mostram dentro de uma prática fragmentada, parcelada, mas questionamentos quanto ao modelo assistencial hegemônico tem trazido “algumas iniciativas no sentido de romper com a excessiva fragmentação do trabalho e buscando colocar as necessidades do cliente no foco da assistência” (PIRES, 1998 apud MERHY, 2002, p. 23).

Por mais que se tenha uma rotina estabelecida, o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, mas quando se trabalha com sujeitos, não se está falando em trabalho matemático ou de engenharia, por exemplo. Por isso o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá “sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública” (CAMPOS, 1997, p. 230).

Porém, é fato, nos locais de trabalho, que muitos profissionais desenvolvem práticas sem comprometimento e, muito mais agravante, a falta de comprometimento com os usuários que procuram o serviço que muitas vezes é a ação do próprio profissional. Esta

relação entre usuário e profissional envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Merhy (1997) esclarece esta relação destacando que:

[...] o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com o trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao carregar a representação de um dado problema como problema de saúde/necessidade de saúde procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha com base a sinceridade, a responsabilização e a confiança na intervenção, como uma possível solução; o outro, também está procurando nesta relação alguma coisa, também tem necessidades, mas nesta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (p. 76-77).

Campos (1997) ilustra destacando que, tanto na área privada como na pública a ganância financeira, a “burocratização, as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial do trabalho no setor estatal tem diminuído em muito a capacidade dos serviços de saúde produzirem qualidade de vida” (p. 230).

A defesa da vida é um princípio fundamental que assegura o valor de uso ao trabalho em saúde e, portanto, a ética dos profissionais de saúde não poderia estar fundada em outro princípio que não fosse este. Depois em jogo, estariam os interesses econômicos, as conveniências políticas e as normas burocráticas, etc.

Do ponto de vista do usuário, os serviços de saúde, públicos ou privados, com algumas exceções, não são adequadas para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual como no coletivo. O usuário não reclama da falta de conhecimentos tecnológicos no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilidade dos diferentes serviços em torno do seu problema, gerando sentimentos de insegurança, desinformação, desproteção e desrespeitados.

Merhy (1997) destaca que há a necessidade de se construir processos de intervenção institucional que tenham como referência o interesse dos usuários dos serviços, representando enquanto “necessidades de saúde e o desafio à produção de uma reforma

publicizante do sistema de direção destes serviços que impliquem em uma coletivização da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente” (p. 72).

Portanto, é difícil operar um sistema de saúde sem um certo grau de controle institucional. Um dos instrumentos utilizados, como forma de controle das ações desenvolvidas pelos profissionais, é o pagamento por produção. Porém, constata-se segundo Campos (1997), que estudos nesta área tem comprovado que se por um lado o “pagamento por produção costuma aumentar a produtividade, por outro, quase nunca logra articular o trabalho a ser executado com compromissos sólidos como a cura e a recuperação dos doentes” (p. 231).

Qual seria a saída para este embate?

Assim sendo, a organização mais livre do trabalho, fundaria instituições com esquemas mais horizontais de distribuição de poder. A delegação de responsabilidades corresponderia a momentos de verticalização das linhas de mando. [...] e a necessidade de se descobrir múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade atribuída aos profissionais (CAMPOS, 1997, p. 232).

Na verdade, não há receita pronta. É preciso que se busque, em cada realidade, arranjos singulares que assegurem o cumprimento de pelo menos três critérios: a capacidade de produzir saúde do serviço ou da equipe em questão, isto é, se um “certo contrato de trabalho está assegurando os objetivos de um programa de saúde, não haveria por que criticá-lo”; viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados; e considerar a “realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde”. Nesta direção, os serviços devem se constituir em espaços em que os trabalhadores possam reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência (CAMPOS, 1997, p. 233).

Mesmo se utilizando destes critérios, não se elimina o antagonismo entre autonomia e responsabilidade porque se verificam conflitos, ou seja, a viabilidade, o interesse dos clientes e os trabalhadores nem sempre caminham no mesmo sentido. O desafio na prática é combinar estes critérios assegurando a realização de cada um destes, tomados e analisados

de forma conjunta, garantindo o “máximo de eficácia, de qualidade e de produção de saúde; o máximo de produtividade, de eficiência e de viabilidade possíveis; e o máximo de satisfação profissional” (p. 234).

Conseqüentemente, o profissional se sentirá sujeito ativo no processo de reabilitação, na trajetória de invenção de programas e na solução de um problema sanitário de maneira mais coletiva, não perdendo contato com elementos estimuladores de sua criatividade. Caso contrário, “tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade” (CAMPOS, 1997, p. 234).

Neste sentido, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, havendo algumas práticas que possam caminhar nesta direção como “tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes”. Isto possibilitaria o processo de autonomia profissional aliada a responsabilização pela sua ação profissional (Idem, 1997, p. 235).

3.2.1 A Dimensão Cuidadora: uma proposta de prática profissional

A partir destas considerações, Merhy (1997, 2002) tem caminhado, em suas discussões, a respeito das práticas profissionais, debatendo sobre a micropolítica e cartografia do trabalho vivo¹⁴, as tecnologias em saúde, construindo algumas categorias de análise, destacando que o serviço de saúde é um lugar de produção (em duplo sentido), tanto de relações quanto de bens/produtos.

¹⁴ Para o aprofundamento da discussão da Cartografia do Trabalho Vivo, das Tecnologias em Saúde e da Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde, recomenda-se a leitura das obras: MERHY, Emerson Elias. *Praxis en Salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997 e MERHY, Emerson Elias. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Para entender esta relação de produção, tanto de relações quanto de bens e serviços, é necessário compreender o conceito de tecnologia que remete à temática do trabalho, entendido como “ação intencional sobre o mundo na busca da produção de coisas (bens/produtos) – que funcionam como objetos”. Estes objetos não se referem necessariamente a materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos que satisfaçam necessidades (MERHY et al, 1997, p. 119).

Remetendo esta discussão para o trabalho em saúde, o mesmo é primordialmente centrado no trabalho vivo em ato, pois não é capturado pela lógica do trabalho morto. O seu objeto não é plenamente estruturado e suas “tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades para além dos saberes tecnológicos estruturados” (Idem, 1997, p. 120-121). Neste sentido, destaca-se que:

A ação intencional do trabalho realiza-se em um processo no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumentos para a ação, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos (as coisas/objetos); [...] e no qual o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato e os instrumentos de trabalho, bem como as organizações do processo, como trabalho morto. A rigor, a própria matéria-prima é trabalho morto, pois ela não é um dado bruto da natureza, mas é um produto de um trabalho vivo anterior que a produziu como natureza modificada (MERHY et al, 1997, p. 118).

Inserese neste sentido, a discussão das tecnologias leve, leve-dura e dura e como se dá esta relação no interior das práticas de saúde que determinam de que maneira e características se processam o fazer profissional.

A Tecnologia Leve refere-se às tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Através desta tecnologia compreendem-se os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, partindo do eixo analítico do processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras.

Quanto a Tecnologia Leve-Dura refere-se aos saberes bem estruturados que operam no processo em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e a Tecnologia Dura são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 2002, p. 49).

A partir destas tecnologias, no trabalho de saúde, não cabe julgar se as mesmas são boas ou ruins, mas com que intencionalidade e qual razão instrumental as estão constituindo, cabendo perguntar sobre que “modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades, como intenção, ocupa na rede de relações que a constitui” (MERHY et al, 1997, p. 121).

Existe, neste processo, entre usuário e trabalhador de saúde, uma relação interseçora, pois em um trabalho de serviço, o ato da produção do produto e de seu consumo ocorre ao mesmo tempo e o modo como o consumidor valoriza a utilidade do produto para si está sempre presente na relação imediata de produção e consumo.

Este espaço interseçor só ocorre nos encontros e em ato. Entender este espaço interseçor é importante na análise dos processos de trabalho, principalmente se há um espaço interseçor compartilhado que se realiza imediatamente atos de assistência com o usuário. “O processo interseçor que se efetiva no cotidiano dos encontros pode evidenciar a maneira como os agentes se põem como portadores/elaboradores de necessidades nesse processo de interseção partilhada” (MERHY, 2002, p. 59).

Para o mesmo autor, a questão central para mudar os processos de reestruturação produtiva no setor saúde é a tecnologia leve. Neste espaço se centra a possibilidade de mudanças e revela de que modelo de saúde está se falando e construindo. Contrapondo-se à perspectiva da medicina tecnológica que, também se utiliza da tecnologia leve, destaca que há um empobrecimento desta tecnologia, “dando ênfase principalmente para as tecnologias leve-

duras e as duras, conduzindo a práticas profissionais focais e reduzido a produção de procedimentos” (Idem, 2002, p. 99).

Para superar práticas centradas na medicina tecnológica, propõe-se a adoção da dimensão cuidadora que está presente em qualquer prática de saúde e não pertence a um recorte profissional específico. A dimensão cuidadora visa a produzir: processos de falas e escutas; relações interseçoras com o mundo subjetivo do usuário como ele construir suas necessidades de saúde; relações de acolhimento, vínculo; posicionamento ético; articulação de saberes, etc (Idem, 2002, p. 103).

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado está comprometida efetivamente com a cura e a promoção. No campo da saúde, o objeto não é a “cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio da qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar” (Idem, 2002, p. 117).

Nos últimos tempos, o campo da saúde foi se constituindo no campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modelo médico de agir foi se tornando hegemônico.

No processo de produção de saúde, há um conjunto de atos que produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos que podem conformar num modelo de atenção à saúde. Estes atos podem ser “ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática de saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores” (Idem, 2002, p. 118). Atualmente, se vivencia algumas tensões nos processos de produção da saúde que são:

A lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura; e a lógica

da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e presas às competências específicas de cada profissão como: ações de saúde enfermeiro-centradas, médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde (MERHY, 2002, p. 119).

Quando se fala na dimensão cuidadora, é preciso ter claro que todo profissional de saúde, independente de seu papel como produtor de saúde, é um operador do cuidado mesmo com suas competências específicas, desde o médico, até o vigia da porta de estabelecimento de saúde. O modelo médico hegemônico acaba por reduzir a dimensão do cuidado. Há que se garantir a capacitação dos profissionais de saúde para atuar, no mínimo, no campo das tecnologias leves, nos modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo.

Neste sentido, uma possibilidade de ultrapassar práticas restritas ao modelo médico hegemônico é saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que constituem o conjunto das ações de saúde. Esta questão é um desafio dos modelos de atenção comprometidos com a vida.

Um profissional de saúde quando atua mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir (saber específico) diante do problema, sobre o qual se “põe em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação”. Mas ambos, tanto o problema como o saber e agir profissional estão “cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional” (MERHY, 2002, p. 124). O autor ilustra esta relação exemplificando:

Diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar, o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da Assistente Social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leve-duras. Mas, seja qual for a interseção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseções com os usuários (p. 124-125).

Neste exemplo levantado, identifica-se, na análise do autor, que o território tecnológico (leve, leve-dura e dura) são nos serviços concretos, produto de disputas entre os vários profissionais interessados neste lócus de ação social, refletindo na “organização dos serviços a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico, qual subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar” (Idem, 2002, p. 125).

A ênfase na dimensão cuidadora favorece a diminuição das relações de poder que se estabelecem entre os vários profissionais como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. Porém, não há como desconsiderar os modos específicos de produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que é preciso alcançar é a possibilidade de “explorar melhor este território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do mundo específico de ação” (Idem, 2002, p. 130).

O desafio que se coloca nos processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é alcançar uma combinação entre eficiência das ações e a produção de resultados usuário-centrados, resultando neste processo o cuidado em saúde, que assegura a cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Isto exige uma relação otimizada entre a capacidade de produzir procedimentos e a de produzir o cuidado.

Merhy (2002) destaca que todo o processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem de primeiro produzir atos de saúde, mas isso pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente cuidador, e esta relação em si é tensa. Neste sentido, o conjunto das ações de saúde que opera em um espaço de base tensional é constituído de pelo menos três campos tendo como efeito nos agires em saúde a:

Polarização entre ser ou uma produção centrada em procedimentos, ou uma centrada no usuário; de outro expressando o mesmo terreno tensional, também cria polaridade entre o exercício privado do ato produtor do cuidado de saúde e a

possibilidade de sua captura por processos mais publicizantes; e ainda de outro, está assentado na ocupação das arenas institucionais por múltiplos agentes concretos que portam distintas intenções, no dia-a-dia dos serviços, e disputam permanentemente a direcionalidade das ações de saúde (p. 166).

Este é o terreno das práticas de saúde e não há como não estar inseridos nestes campos tensionais e seu reconhecimento abre caminhos para a discussão de novas possibilidades no agir em saúde, na busca do verdadeiro sentido do cuidado, centrado no usuário. Então, alguns desafios são colocados frente a estas questões, não como respostas prontas, mas como indicativos e serem pensados e fortalecidos para a construção de novas práticas em saúde. Reporta-se novamente a Merhy (2002) que contribui com esta discussão destacando os desafios que, segundo ele, se fazem primordiais na discussão das práticas profissionais.

Primeiramente, o desafio nos processos de construção da legitimação de uma certa política que deve estar inserido num campo altamente partilhado e disputado; no desenvolvimento de mecanismos de captura dos autogovernos nas organizações, que não podem ser eliminados.

Com relação as práticas que procuram ordenar a produção de atos de saúde, estes são sempre trabalho vivo em ato centrada, marcada pelas caixas de ferramentas que estão presentes na intervenção do dia-a-dia do fabricar modelos de atenção usuário-centrados que aumentam a capacidade de:

Governar arenas institucionais, atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões; publicizar o exercício privado do agir, sem eliminá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde, e no reconhecimento da conformação multirreferenciada do campo da saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir do mundo dos interesses dos usuários; não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, porém não substituindo a racionalidade principal deste agir – que é a cuidadora – por outra econômico-centrada; operar a gestão cotidiana de modo partilhado, por problemas, como dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos públicos; construir uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de

qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas (MERHY, 2002, p. 176-177).

Portanto, tem-se aqui, alguns questionamentos, desafios e propostas no âmbito da discussão e efetivação de novas práticas profissionais em saúde. Esta discussão possibilita identificar sua relação com o social, seja sob a perspectiva ampliada ou restrita.

A construção de novas práticas de saúde deve estar pautada na sua relação com o social ampliado, ou seja, na perspectiva do direito. Isto, na prática profissional, vai refletir no desenvolvimento e ampliação da utilização das tecnologias leves, no sentido de resgatar o acolhimento, o vínculo e responsabilização e que sejam práticas aliadas com a perspectiva de identificar no usuário as demandas que são trazidas para dentro dos espaços de saúde, devendo ser um dos focos centrais de ação.

O resgate da dimensão cuidadora evidencia o objeto da prática profissional e seu conseqüente resultado que é a promoção, prevenção e garantia da saúde. Enfim, são alguns indicativos de novas práticas, em contraposição ao modelo médico hegemônico, ou como também é denominado, neste estudo, de flexneriano, que está em construção há muito tempo e que dentro das novas necessidades de saúde não estão dando conta de responder as reais necessidades do usuário, da política de saúde que busca a construção de um novo modelo de atenção em saúde, entendido como processo social da mesma.

3.2.2 Controle Social: a discussão nas práticas profissionais

Na discussão do desafio de se trabalhar com o social no âmbito das práticas profissionais, além da questão da formação profissional, da gestão dos serviços e do cuidado, acrescenta-se o controle social como um elemento importante porque envolve a participação popular nas políticas públicas.

Historicamente o controle social era entendido como controle do Estado ou do empresariado sobre a população numa perspectiva restrita, em seu sentido coercitivo. Por

outro lado, o exercício do controle social correspondeu à “dimensão das lutas das classes trabalhadoras em seu conjunto, numa perspectiva emancipatória em que o processo de democratização das relações Estado/sociedade coloca-se como uma das principais mediações” (ABREU, 2002, p. 127).

Este fator não deixa de estar vinculado à realidade brasileira que na CF/1988 amplia o conceito de controle social “entendida a partir da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais” (BRAVO e SOUZA, 2002, p. 66).

Nogueira (2002), inserida nesta discussão, destaca que o controle social sofreu alteração semântica porque primeiro era marcado por processos de influências do coletivo sobre o indivíduo e posteriormente “transformou-se em controle da sociedade sobre o Estado, não mais visto esse último como o gestor do bem comum, mas como comprometido com interesses particulares” (p. 162).

Neste sentido, o debate do controle social é importante porque envolve a participação da comunidade no controle e na formulação da execução da política pública, aqui especificamente da saúde. Esta participação está garantida na Lei 8142/90 e se concretiza nos espaços dos conselhos e conferências de saúde, em cada esfera de governo.

As conferências de saúde são eventos que devem ocorrer periodicamente com o objetivo de discutir a política de saúde em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências “devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, portanto, visam influenciar as discussões travadas no conselho de saúde” (BRAVO, 2001, p. 48).

Com relação aos conselhos, a discussão remete ao debate da constituição de espaços públicos que não visam a minorar o papel do Estado, mas incorporar a sociedade civil na formulação, implementação e gestão da política. Igualmente importante é a participação

ampliando a possibilidade da “democracia social, econômica e política” estabelecendo novas bases de relação entre o Estado e sociedade civil com a introdução de novos sujeitos políticos (BRAVO e SOUZA, 2002, p. 62).

Neste sentido, a estruturação dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo representa uma possibilidade concreta de uma nova “institucionalidade nas práticas sociais de distintos sujeitos da sociedade civil e do Estado” (RAICHELIS, 1998, p. 82).

A composição do conselho de saúde é paritário, garantindo a representação dos usuários em 50%, em relação ao conjunto dos demais segmentos, que são os representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da área da saúde, compreendendo os outros 50%. Neste sentido:

Através dos conselhos a comunidade e seus representantes indicam onde e como serão utilizados os recursos de saúde disponíveis para a solução dos problemas da população, participando do estabelecimento das políticas de saúde e controlando a execução dessas políticas, discutindo as prioridades e fiscalizando a utilização dos recursos públicos (DAL PRÁ, 2003, p. 25).

Bravo (2001), discutindo o controle social na saúde, entende que o mesmo não se vincula, somente, a uma luta legal por um direito adquirido, mas à “potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano como deve ser uma política pública de saúde e quais as falhas atuais dos serviços de saúde” (p. 49).

Os conselhos precisam estar embasados na concepção de participação social com base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania. Por outro lado, os conselhos também refletem espaços contraditórios e tensos em que existem vários interesses em jogo, muitas vezes não se caminhando numa mesma direção. Neste sentido destaca-se que:

Sob diferentes ângulos, é possível reconhecer a importância desse fenômeno, o que não quer dizer que se desenvolva isento de ambigüidades e contradições. Ao contrário, a polêmica a respeito do significado político dos conselhos e das conseqüências da sua institucionalização vem despertando questionamentos quanto

à participação da sociedade civil nesses espaços. A presença dessas questões reforça a relevância do exame mais circunstanciado das experiências em andamento (RAICHELIS, 1998, p. 83).

Porém, algumas problemáticas se apresentam no espaço concreto dos conselhos quando se estabelece uma burocratização das ações, inviabilização efetiva da participação dos representantes, fraca articulação dos conselheiros com sua base de representação, boicote do poder público perante as deliberações do conselho, pouco entendimento dos conselheiros de sua atribuição enquanto tal, entre outros.

Para superar estas problemáticas a participação da comunidade através dos conselhos como eixo organizador do Sistema Único de Saúde é um ponto que merece destaque porque efetiva a “construção de uma esfera pública para o setor, e às possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismos, levando em consideração a frágil cultura política do país e o forte atrativo que as ações de saúde despertam nos usuários e nos prestadores de serviços” (NOGUEIRA, 2002, p. 160).

Outro aspecto importante é a ampliação da discussão da própria temática do controle social, aliada à garantia de capacitações e assessorias que congregue dimensões políticas, técnicas e administrativas de um conselho.

Estas questões gerais levantadas quanto ao debate do controle social buscam evidenciar que no âmbito das práticas profissionais esta categoria também se faz presente rebatendo igualmente sobre o social.

Nesta direção, é essencial que haja uma articulação entre representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde para que ambos possam estar caminhando na direção de interesses comuns presentes na luta pela construção de uma política de saúde pública e maior vinculação com o social.

A tendência frente a desarticulação entre usuários e profissionais de saúde é recair em ações focais e fragmentadas, num jogo constante de interesses antagônicos

restringindo a ação do conselho a espaços poucos “propositivos caracterizando-se como fóruns de denúncias e de reivindicações” buscando apenas minorar as carências (BRAVO, 2002, p. 81).

Com estas discussões, no âmbito das práticas profissionais e do controle social, se vinculam ao social ampliado à medida que se comprometem com a realidade social da comunidade na qual o profissional está inserido. Pressupõe, também, a construção e entendimento de uma política de saúde eficiente que a defende como valor universal na integralidade das ações, efetivando de fato um novo modelo de saúde comprometido também com o social.

Esta é a discussão trazida ao estudo, a importância das práticas profissionais na relação com o social, buscando identificar a relação na construção de um efetivo modelo social de saúde.

A seguir, será relatado o processo metodológico de construção deste estudo, para que se possa analisar a realidade das práticas profissionais que revelam em seu cotidiano a discussão aqui realizada.

CAPÍTULO 4

O CONTEXTO DA PESQUISA

4.1 O Tipo de Estudo

O estudo do social em sua definição, e mais especificamente nesta pesquisa¹⁵, no âmbito das práticas profissionais na saúde, requer que o uso da metodologia de pesquisa contemple na identificação desse processo concretizando resultados que possam ser analisados e discutidos ampliando esta discussão.

Existe a preocupação em não se privilegiar apenas resultados por si mesmos, mas evidenciar a compreensão dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão. Então, se entende que a pesquisa qualitativa é a que melhor se configura para o desenvolvimento do estudo e para a construção do recurso metodológico que é o caminho e o “instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada a teoria” (MINAYO, 1996, p. 22).

A pesquisa qualitativa, neste sentido, possibilita atitudes mais abertas, flexíveis e maior capacidade de observação e de interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. “Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação” (Ibidem, p. 101).

Porém, é importante ter o cuidado de não ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realizá-la para não correr o risco de “romper os vínculos com o esforço

¹⁵ Pesquisa entendida como atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 1996, p. 23).

teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento” (Ibidem, p. 101).

O objetivo que pauta todo o processo da realização da pesquisa qualitativa é o entendimento de que este estudo não deve partir somente da leitura aparente do fenômeno, mas captar sua essência, “buscar, porém, as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforçar por intuir as conseqüências que terão para a vida humana” (TRIVIÑOS, 1990, p. 129).

Partindo da compreensão que a história e a realidade são construídas socialmente e em constante transformação é importante entender que o conhecimento não é algo rígido, mas igualmente em processo de modificação, necessariamente levando a considerar que o objeto de estudo, que é pautado a partir de uma realidade social, se transforma diariamente. Neste sentido, Minayo (1996) evidencia questões importantes no desenvolvimento da pesquisa em saúde e destaca que se deve estar atento ao fato de que:

Nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, [...] tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos. Em conseqüência podemos classificar as elaborações sobre o social, grosso modo, dentro de alguma corrente de pensamento filosófica ou sociológica, mesmo que essa filiação, para seus autores, seja algo inconsciente. Por outro lado, podemos dizer que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão total e completa sobre a realidade. A ela nos acedemos sempre por aproximações [...] (p. 37).

A partir destas considerações, o presente estudo tem como objetivo central, identificar e analisar como se articula a categoria social no contexto das práticas dos profissionais do Programa Saúde da Família - PSF, no município de Blumenau. Para alcançar este objetivo tem como específicos, observar no cotidiano da prática da equipe do PSF as demandas da população atendida; identificar que demandas são caracterizadas como sociais neste cotidiano; elencar quais os encaminhamentos dados às demandas reconhecidas como sociais pelos profissionais; analisar as leituras que os profissionais fazem das demandas

reconhecidas como sociais e identificar qual, ou quais profissionais se ocupam das demandas identificadas como sociais.

Neste sentido, a identificação das categorias que nortearão o estudo, mostram-se fundamentais para a construção da pesquisa, entendendo que categoria “se refere a um conceito que abrange elementos e aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. [...] trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (MINAYO, 1996, p. 70).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, utilizou-se como instrumental metodológico, a **observação participante**, que permite ao pesquisador uma relação mais aberta e interativa com o objeto de pesquisa e “combine o afazer de confirmar ou infirmar hipóteses com as vantagens de uma abordagem não estruturada” (Ibidem, p. 96).

Este instrumental também possibilita que as interrogações sejam discutidas durante todo o processo de trabalho de campo, eliminando “questões irrelevantes, dá ênfase a determinados aspectos que surgem empiricamente e reformula hipóteses iniciais e provisórias” (Ibidem, p. 96).

O **observar** assume uma postura central, pois entre outras características, obtém-se um contato direto com o fenômeno observado, recolhendo as ações dos atores em seu contexto social, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista e ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

A observação participante caracteriza-se por uma inter-relação entre o pesquisador e sujeitos pesquisados, a partir da postura de **participante-como-observador**, que deixa claro para o grupo e para si que sua relação é meramente de campo. A participação, “tende a ser mais profunda possível através da observação informal, da vivência juntos de acontecimentos julgados importantes pelos entrevistados e no acompanhamento das rotinas cotidianas” (Ibidem, p. 142).

Neste sentido, Oliveira (1996) destaca que o “pesquisador assume um papel perfeitamente dirigível pela sociedade observada, a ponto de viabilizar uma aceitação senão ótima pelos membros daquela sociedade, pelo menos afável, de modo a não impedir a necessária interação” (p. 21).

Minayo (1996) destaca que na observação participante, alguns postulados devem ser obedecidos, a fim de se obter rigor metodológico na coleta de dados, não perdendo a cientificidade da pesquisa. Neste sentido, destaca-se que:

Para se conseguir avançar o conhecimento, através da observação participante, recomenda ao pesquisador que formule o mais claramente possível o que busca conhecer, ou seja, se quer explorar alguma proposição teórica, se quer testar hipóteses específicas ou fazer uma investigação exploratória sobre determinado tema ainda nebuloso (MINAYO, 1996, p. 147).

Recorrendo-se à mesma autora, uma das atenções que se deve ter ao realizar a observação participante, principalmente, quando da análise dos resultados, é informar sobre o processo de trabalho na íntegra, possibilitando a compreensão do todo. Cada ato, fato, percepção que se tenha do objeto de estudo, indicará as significações das ações que contemplem aquilo que se quer alcançar, no campo da pesquisa. Neste sentido é importante:

[...] tornar explícitas as fontes de informações sobre o problema a ser pesquisado, o “campo” no qual a pesquisa se deu e a situação na qual a pesquisa foi desenvolvida tanto do ponto de vista institucional, de relação entre os pesquisadores, da especificidade dos informantes, e tudo isso considerado com dados da própria pesquisa (Ibidem, p. 147).

A partir da utilização da observação como instrumento de coleta de dados, convencionou-se utilizar o **Diário de Campo** que em seu sentido abrangente, pode ser entendido “como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, ela compreenderia descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo” (TRIVIÑOS, 1990, p. 154).

MINAYO (1996) contribui com esta discussão evidenciando que o diário de campo é um instrumento fundamental na realização da pesquisa e destaca que “desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa” (p. 100).

Destaca-se, então, que o diário de campo também possibilita espaço aberto ao registro de impressões e subjetividades que possam ter aflorado no ato da observação. As angústias, as indignações, conhecimentos novos, as frustrações estão expressas.

Outro instrumental relevante no estudo é a **entrevista**, como construção de um efetivo “diálogo”, entre pesquisador e o sujeito da pesquisa, conduzindo não a um confronto entre ambos, mas “criando um espaço semântico partilhado por ambos os interlocutores, graças ao qual pode ocorrer aquela fusão de horizontes” (OLIVEIRA, 1996, p. 21).

O autor ainda chama a atenção para o fato de que o pesquisador tenha habilidade de ouvir o informante e por ele ser igualmente ouvido, construindo um diálogo de iguais, sem contaminar o discurso do sujeito da pesquisa com elementos do discurso do pesquisador.

Minayo (1996) destaca a importância da entrevista como instrumento de coleta de dados, como possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo “ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (p. 110).

Neste sentido, a entrevista não é apenas um trabalho de coleta de dados, mas uma situação de interação, na qual as informações obtidas pelos sujeitos da pesquisa podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Minayo (1996) quando discute os aspectos do intercâmbio pesquisador/pesquisado, evidencia que há dois entendimentos para esta questão. De um lado,

há teorias que enfatizam a situação de desigualdade em que a entrevista se processa. De outro lado, estão os que ressaltam do ponto de vista cultural que a interação como algo intrinsecamente conflitivo. “Porém, confere autoria do produto ao pesquisador e aos pesquisados, reconhecendo a possibilidade de uns e outros marcarem a qualidade do desvendamento do social” (p. 114).

Utilizou-se, dentre alguns tipos de entrevistas, a **não estruturada** que tem como objetivo “manter a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível, e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto [...]” (Idem, 1996, p. 122), possibilitando que o pesquisador não esteja preso a formulações pré-fixadas, para introduzir perguntas ou intervenções que objetivam a abrir o campo de explanação do sujeito da pesquisa ou aprofundar o nível de informações, ou opiniões. Neste sentido:

A ordem dos assuntos abordados não obedece a uma seqüência rígida e, sim, é determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão aos assuntos em pauta. A quantidade de material produzida tende a ser maior e com um grau de profundidade incomparável em relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões a simples pergunta e resposta (MINAYO, 1996, p. 122).

A partir destes instrumentais utilizados, ampliou-se a possibilidade de coletar os dados de pesquisa dentro da proposta de identificar o social, trazendo amplo material de análise. A seguir, relatar-se-ão as atividades e o contexto observado auxiliando na compreensão da análise posteriormente.

4.2 Atividades Observadas como Material para o Eixo Analítico

Partindo do espaço do PSF para a obtenção dos dados que embasam o estudo na identificação dos profissionais que estão trabalhando com o social no cotidiano de suas ações

no município de Blumenau, desenvolveram-se os procedimentos metodológicos que possibilitaram identificar as categorias do estudo.

Todo o processo de observação foi realizado não apenas nos momentos das atividades que serão relatadas a seguir, mas durante toda a permanência no PSF, evidenciando outros aspectos e não só as atividades em si, mas posturas profissionais, falas, valores, as relações com os usuários¹⁶ e com os próprios profissionais entre si.

O aprofundamento teórico e bibliográfico foi um processo constante, evidenciando objetivamente as categorias de estudo, possibilitando assim uma maior propriedade do estudo em questão.

Quanto à escolha do campo de pesquisa, alguns fatores contribuíram para que a pesquisa fosse realizada no município de Blumenau. Um destes foi o fato de já ter desenvolvido trabalho como Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde do município. Isto levou a considerar como um ponto positivo para a pesquisa, pois se conheciam alguns dados e realidade das questões ligadas à política de saúde¹⁷. Houve, neste período, também, acompanhamento de algumas equipes de PSF contribuindo para maior inserção, enquanto pesquisadora nestes mesmos espaços, facilitando o contato inicial com os profissionais.

Neste sentido, foi mantido contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) através do setor de Recursos Humanos desta mesma Secretaria que intermediou, juntamente com a Gerência Regional da Velha e com os profissionais dos PSF, a possibilidade da realização da pesquisa, nestes espaços.

¹⁶ Será utilizado o termo usuário e não paciente, amparada na Resolução no. 240 do CNS de 05 de junho de 1997, que define usuário como uma interpretação ampla, contemplando coletividades múltiplas, que se beneficiam do trabalho desenvolvido pela instituição. [...] usuários devem necessariamente pertencer à população-alvo da unidade ou a grupo organizado que defenda seus direitos. Neste sentido, entende-se que o sujeito que procura um serviço de saúde não é um paciente, ele é sujeito de ação.

¹⁷ Primeiramente, cogitou-se a possibilidade de desenvolver a pesquisa no município de Florianópolis, mas não houve retorno da solicitação feita por parte da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Ética do Município.

A partir deste contato, ficou estabelecido pela SEMUS que a pesquisa seria desenvolvida em duas equipes de PSF, no bairro da Velha, havendo autorização por parte da Gerência Regional e das equipes na realização desta pesquisa, em seus locais de trabalho. Os locais estabelecidos para a pesquisa foram o PSF Afonso Balsini – Velha Pequena e PSF Arão Rebello – Velha Grande.

Ao se definir a pesquisa como qualitativa, entendeu-se que estes fatores seriam relevantes. O estudo foi desenvolvido em 30 dias, no período de 22 de abril a 23 de maio, do corrente ano, acompanhando em todos os dias de trabalho (de 2^a. a 6^a. feira), meio período em cada equipe. No período da manhã (8:00 às 12:00) permanecia-se com uma equipe e no período da tarde (13:00 às 17:00) com outra equipe. Após duas semanas, trocaram-se os períodos de permanência em cada PSF, possibilitando observar a dinâmica integral desenvolvida pelas equipes.

Em todo o processo de coleta de dados, teve-se o cuidado de obter a partir da observação, os fatos vivenciados, restringindo apenas a esta ação, não desenvolvendo qualquer atividade profissional mesmo frente à insistência de alguns profissionais em sugerir que a presença da pesquisadora pressupunha a intervenção profissional, sempre vinculada as demandas sociais que surgiam no posto. Neste sentido a postura foi de **participante – como – observador**.

Inicialmente, preparada a observar duas equipes de PSF, constatou-se no decorrer da pesquisa que o PSF Arão Rebello era composta de duas equipes, localizadas no mesmo espaço físico e com atividades semelhantes. A única diferença nas atividades dos profissionais era a consulta médica, na qual as pessoas eram atendidas pelo médico correspondente da área de abrangência.

Diante do fato, estabeleceu-se que não havia como apenas pesquisar uma das duas equipes e sim que se estaria pesquisando ambas equipes, totalizando, neste sentido, três equipes de PSF a serem observadas.

A escolha da amostragem de três equipes de PSF dentre as vinte e cinco existentes se deve à vinculação da pesquisa qualitativa que não tem como critério a amostragem numérica, mas com o “aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 1996, p. 102).

A prática da observação do cotidiano geral dos PSFs, sua dinâmica de funcionamento e demandas, possibilitou identificar o público que atende, as atividades que os profissionais desenvolvem e como se constituem estas práticas no dia-a-dia, as formas de encaminhamento dado para as situações vivenciadas e se a dimensão social dos problemas trazidos pelos usuários/pacientes é trabalhada pela equipe.

A observação não se valeu de uma prática padronizada, ocorreu livremente dentro da própria dinâmica de trabalho dos profissionais e das atividades desenvolvidas, possibilitando dar relevância aos sujeitos envolvidos e a sua prática, bem como a “ausência total ou parcial, de estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenômeno que se observa” (TRIVIÑOS, 1990, p. 153-154).

A dinâmica de funcionamento de cada PSF é muito similar, diferenciando-se em alguns aspectos, principalmente, na maneira de conduzir as práticas profissionais e concepções que envolvem este processo. Mais especificamente, as peculiaridades de cada PSF, serão analisadas no próximo capítulo que tratará de analisar as práticas profissionais e sua relação com o social.

Em todos os PSF observados, a dinâmica de funcionamento, era constituída de atendimento de demanda espontânea e, consultas médicas agendadas no período matutino. No

período vespertino, foram realizados grupos temáticos no posto e na comunidade, visitas domiciliares, reuniões de equipe e consultas médicas agendadas para população definida.

As principais atividades observadas no decorrer da coleta de dados foram às demandas trazidas na triagem/acolhimento, reuniões de equipe, visitas domiciliares com profissionais de saúde e ACS, grupos na comunidade, reuniões com o Conselho Local de Saúde e atividades desenvolvidas pela Assistente Social residente.

Além destas atividades, em específico, toda vivência na equipe, a dinâmica do dia, as conversas mantidas com os profissionais, foi material para a observação, trazendo elementos importantes para o estudo. Esta dinâmica forneceu momentos de entrevista com os profissionais nas conversas informais no desenvolvimento de uma atividade, no interesse dos profissionais em informar o que pensavam e como agiam frente às situações vivenciadas no local de trabalho, no objetivo do entendimento da dinâmica de funcionamento das equipes por parte da pesquisadora.

Em nenhum momento se manteve frente ao profissional com um questionário pré-elaborado, com o objetivo de obter informações e sim durante todo o processo de observação e de permanência com os profissionais em suas atividades cotidianas, num diálogo constante e de troca, traduzindo-se em momentos de **entrevista não estruturada**¹⁸.

Ao final de cada dia, as anotações eram realizadas no **diário de campo** objetivando não perder os dados e vivências adquiridas durante o processo de permanência com a equipe, em suas atividades cotidianas, captando a dinamicidade de estar inserido no cotidiano das práticas dos profissionais do PSF.

Neste sentido, inicialmente foi observada a **triagem**. Para algumas equipes, é denominada de acolhimento, mas a esta conceituação e prática serão analisadas posteriormente. A triagem é a porta de entrada para os serviços de saúde no PSF. Todos os

¹⁸ A proposta inicial era retornar as equipes de PSF e realizar a entrevista semi-estruturada, pois entende-se que este instrumental daria maior aporte para todo o material coletado através da observação e da entrevista não estruturada. Diante da impossibilidade de retornar as equipes, este processo não se efetivou.

usuários que necessitam de consulta médica passam pela triagem são atendidos e recebem algum tipo de encaminhamento que pode ser a consulta médica do dia, consulta médica agendada, ou orientações. É averiguada a queixa que trouxe o usuário até o posto e retirado seu prontuário e averiguado o peso, medida a pressão arterial e temperatura quando há queixa de febre (quando adulto). Em caso de criança, são averiguados peso, altura e temperatura, esta última, quando há queixa de febre.

A prática da triagem se diferencia entre os PSF Afonso Balsini e PSF Arão Rebello. No primeiro, os profissionais que fazem atendimento são a enfermeira e as auxiliares de enfermagem e é denominado de triagem, pela equipe. São realizados alguns encaminhamentos pela enfermagem diretamente com o usuário como nos casos de diarreia, micose e conjuntivite, entre outros, não necessitando passar pela consulta médica e tal prática é de comum acordo com o profissional médico. No segundo, o atendimento inicial é realizado pelas auxiliares de enfermagem e médico e o denominam de acolhimento. Nesta situação, o médico identifica a queixa e já fornece os encaminhamentos necessários que podem ser indicação de medicação, orientação para consultas médicas agendadas, orientações e retorno com consulta médica agendada, encaminhamento a outros serviços de saúde ou políticas sociais.

As **reuniões de equipe** acontecem a cada quinze dias, no período vespertino e não há atendimento externo. Esta atividade é intercalada com reuniões e capacitações na SEMUS, ou seja, uma semana é reunião de equipe no posto e na outra semana na SEMUS. Esta sistemática acontece em todos os vinte e cinco PSF de Blumenau, por uma determinação da Secretaria. São discutidos assuntos referentes à dinâmica e processo de trabalho dos profissionais do PSF. É abordada e elencada a programação das atividades e serem desenvolvidas interna (posto) e externamente (na comunidade). É um momento de repasse de informações para que todos estejam cientes dos fatos que cercam o PSF. Também é

considerado como espaço para troca de experiências, situações abordadas e atendidas pela equipe de profissionais, experiências, angústias e resolução de problemas.

Com relação às **visitas domiciliares**, acompanhou-se, tanto as realizadas pelos profissionais de saúde, quanto com os ACS. Cada equipe de PSF possui um carro a disposição uma vez por semana para realizar visitas domiciliares em locais mais distantes do PSF. Estas visitas domiciliares, quando realizadas por auxiliar de enfermagem, enfermeira e médico, estão relacionados ao acompanhamento de pessoas e famílias, consideradas pelos profissionais como problemas de saúde tais como: acamados, pessoas que necessitam medir a pressão arterial com frequência, etc. Os ACS sempre se fazem presentes com a equipe nestas visitas domiciliares. São estes profissionais que acompanham as famílias e informam a equipe da necessidade das visitas domiciliares com os profissionais de saúde.

Em dias em que o PSF não dispõe de carro, também são realizadas visitas domiciliares conforme a necessidade, mas são sempre residências e famílias próximas ao posto. Em tais situações, também não há atendimento de consultas médicas, mas o posto fica aberto para realizar vacinas, medir pressão arterial, marcar consultas médicas, curativos, nebulizações, etc.

Os ACS estão em contato constante com a comunidade e família da qual são responsáveis. Existe a necessidade de visitarem no mínimo uma vez ao mês cada família de sua micro-área. Além desta demanda, também realizam visitas domiciliares em situações em que são chamadas a irem à casa de uma família ou se existe alguma demanda que exija que se volte mais vezes, geralmente, vinculadas a situações de doenças como: pessoas acamadas, pessoas com pressão arterial alta, como também por demandas sociais, e de relacionamento. Quanto a este aspecto, ele será aprofundado no próximo capítulo.

Os **grupos temáticos** são realizados na comunidade no próprio espaço do PSF. São abordados temas relacionados com a necessidade de uma população específica. Como

exemplo, tem-se: grupo de gestantes, grupo de hipertensos a diabéticos, grupo de precoce (preventivo do câncer de colo uterino), grupos de puericultura. A periodicidade destes grupos é: semanais, quinzenais e mensais.

Os grupos são realizados com a comunidade, possibilitando que as pessoas participem desta atividade sem necessitar se locomover até o posto. Também é uma estratégia para fortalecer e conhecer de perto a comunidade com a qual se trabalha. São grupos com as mesmas temáticas destacadas acima. Há o Grupo Saúde na Comunidade, desenvolvida apenas em uma equipe de PSF, que são abordados entre os assuntos já destacados outros temas definidos pela comunidade. Sua periodicidade é quinzenal abrangendo cada duas micro-áreas.

Neste processo de observação, acompanhou-se reunião do **Conselho Local de Saúde (CLS)**. Cada PSF possui um CLS formado por representantes de usuários e profissionais de saúde. O CLS é resultado de um processo que já vem sendo construindo no município de Blumenau desde 1998, com a criação dos Conselhos Regionais de Saúde (CRS), que atualmente, têm representação no Conselho Municipal de Saúde (CMS). De igual maneira o CLS está representado no CRS. O PSF Arão Rebello já dispõe de regimento Interno e o PSF Afonso Balsini está em processo de construção do mesmo.

O CLS tem como objetivo a construção de um espaço de discussão e decisão para os assuntos relacionados à comunidade e as políticas sociais e públicas que envolvem a comunidade, incluindo a saúde.

Das três equipes de PSF há uma que dispõe de residentes da Residência em Saúde da Família e pode-se acompanhar algumas **atividades desenvolvidas pela Assistente Social** que são em sua maioria vinculadas com os demais profissionais do PSF e residentes, como as visitas domiciliares, reuniões de equipe, grupos temáticos e na comunidade e situações de atendimento individual.

Em todo o processo de observação, desde a chegada e permanência da pesquisadora foi receptiva. Naturalmente, a receptividade ia crescendo na medida em que se permanecia mais tempo com os profissionais, o entendimento do objetivo do trabalho, no entendimento de que não se estava ali para julgar ações e concepções. Como já destacado anteriormente, o fato de alguns profissionais já conhecerem a pesquisadora facilitou o processo de receptividade na equipe.

Ao final do período de observação e coleta de dados, houve depoimentos de profissionais que consideravam mais um profissional inserido na equipe, lamentando a ausência da pesquisadora e profissional da qual tinham referência.

A partir de todo o processo de observação participante e diante de todo o material de pesquisa obtido com os instrumentais destacados, possibilita que a análise seja realizada no intuito de atingir os objetivos propostos na pesquisa.

4.3 A Importância da Análise no Processo de Pesquisa

Atualmente um dilema presente no campo da análise de dados na pesquisa qualitativa é a de superar os esquemas interpretativos formais ou funcionalistas em busca de uma teoria capaz de conter os conteúdos intrinsecamente conflitivos e antagônicos da realidade social.

A análise do material coletado é uma etapa importante, e para atingir os objetivos, deve-se evitar algumas problemáticas relacionadas ao perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador, mesmo entendendo que possui uma familiaridade com o objeto.

Igualmente importante é manter a fidedignidade às significações contidas no material coletado e a dificuldade de se conseguir aliar teorias e conceitos mais abstratos com

os dados recolhidos no campo de pesquisa. Neste sentido, a análise contempla atingir os objetivos de:

(a) a primeira é heurística. Isto é, insere-se no contexto de descobertas das pesquisas. Propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado; (b) a segunda é de administração de provas. Parte de hipóteses provisórias, informas ou as confirma e levanta outras; (c) a terceira é a de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 1996, p. 198).

No processo de conhecimento identifica-se que não há consensos e nem tampouco ponto de chegada, mas um processo constante, não estático e dialético. Esta questão também evidencia que há o limite da capacidade de “objetivação e a certeza de que a ciência se faz numa relação dinâmica entre a razão e experiência e não admite a redução de um termo a outro” (Idem, 1996, p. 228).

Neste sentido, entende-se que a **hermenêutica-dialética** fornece suporte de análise para o material coletado que se “apresenta como um caminho do pensamento, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia” e pela capacidade de “realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis” (MINAYO, 1996, p. 218-219). Destaca-se ainda que:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o interprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais (MINAYO, 1996, p. 227-228).

A hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento que busca a “compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: ser que pode ser compreendido é linguagem”. Essa interpretação pode ser: literal ou de averiguação do sentido das expressões usadas por meio de uma análise lingüística; temática, na qual

importa, mais que a expressão verbal, a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada (GADAMER, 1987 apud MINAYO, 1996, p. 220).

A postura dialética reconhece os fenômenos sociais como resultados e feitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, a centralidade de sua análise está focada na prática social, na ação humana, como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis (Ibidem, p. 232).

Diante desta relação entre hermenêutica e dialética, a interpretação exige elaboração de categorias analíticas capazes de desvendar as relações essenciais, bem como as categorias empíricas e operacionais capazes de captar as contradições do nível empírico em questão.

Então, ao pesquisador se exige que volte para a base e fundamento teórico, para uma reflexão sobre os conceitos iniciais, para colocação em dúvida das idéias evidentes. Neste processo, constrói-se uma nova aproximação do objeto: “o pensamento antigo que é negado, mas não excluído, encontra outros limites na elaboração presente. O novo contém o antigo incluindo-o numa nova perspectiva” (MINAYO, 1996, p. 234).

Neste sentido, como operacionalizar este momento da gênese e desafio da análise? Minayo (1996), ao responder esta indagação recorre à hermenêutica com Bakhtin destacando que é necessário:

(1) não separar a ideologia da realidade material do signo; (2) não dissociar o signo das formas concretas de comunicação (entendendo-se que o signo faz parte de um sistema de comunicação social organizado); (3) não dissociar a comunicação e suas formas de sua base material (infra-estrutura) (MINAYO, 1996, p. 234).

Neste sentido, entende-se que a interpretação, buscando superar a dicotomia objetividade x subjetividade, exterioridade x interioridade, análise e síntese, “revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador, desvendando os segredos de

seus próprios condicionantes” (MINAYO, 1996, p. 237). A partir destas considerações, a autora propõe alguns passos de operacionalização no processo de análise que são:

Ordenação dos Dados que nesta etapa já possibilita ao pesquisador uma visão horizontal de suas descobertas no campo. Inclui transcrição de fitas, releitura do material, organização dos relatos em determinadas ordens, organização dos dados de observação.

Classificação dos Dados que é realizado a partir do material recolhido e inclui as seguintes etapas: a) leitura exaustiva de textos que auxilia o pesquisador a estabelecer categorias empíricas confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando relações dialéticas entre ambas; b) constituição de um corpus ou vários corpus de comunicações se o conjunto das informações não é homogêneo.

Neste sentido, na primeira etapa da classificação dos dados, retomou-se todas as informações contidas no diário de campo que foram num momento analisadas de maneira indutiva buscando, a partir deste material, a “descoberta da pesquisa, administrando provas, comprovando-as, refutando-as, ou levantando novas provas; ampliando os contextos culturais e ultrapassando o nível das mensagens” (MINAYO, 1996, p. 189).

No segundo momento, ou seja, na constituição de um corpus, a partir das atividades específicas observadas, buscou-se identificar respostas a quatro eixos de análise para responder ao objeto de pesquisa que são: como é definido o social para os profissionais, que demandas e ações são consideradas como sociais, que profissional assume as ações entendidas como social e que tipo de encaminhamento é dado frente às demandas e ações consideradas como social.

A partir destas categorias, buscou-se elencar, dentro do material existente, responder a estas questões. Isto pressupõe organizar todo o material coletado, criando um esquema visível de identificação destas categorias (Anexo A), na totalidade das observações,

das ações, falas, e encaminhamento dados aos profissionais no que tange ao objeto desta pesquisa.

Diante deste processo definido, tem-se condições de analisar de fato o material coletado, relacionando com o aporte teórico construído para responder as perguntas da pesquisa, construindo um novo saber, não acabado, sobre a temática desenvolvida, auxiliando na compreensão da realidade vivida pelos profissionais no âmbito da saúde e sua relação com o social.

Quanto a **Análise Final**, este processo em qualquer investigação deve estar vinculado estrategicamente com a realidade. Há que se entender também que todo produto final é sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado. Mas a sua compreensão não é contemplativa. Ela inclui num mesmo projeto o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador (p. 234-237).

Esta trajetória metodológica aqui evidenciada permite, neste momento, contextualizar o campo de pesquisa, como espaço rico das interlocuções realizadas.

4.4. Contextualizando o Campo de Pesquisa

4.4.1 O Município de Blumenau¹⁹ e o Bairro da Velha

A fundação da Colônia de Blumenau foi realizada pelo Dr. Hermann Bruno Otto Blumenau, farmacêutico e cientista alemão, em 1850, juntamente com dezessete imigrantes alemães, obtendo do governo Provincial uma área de terras de duas léguas, em quadro, para nela estabelecer uma colônia agrícola.

A 02 de setembro daquele ano, chegaram ao local onde hoje se ergue a cidade de Blumenau, os primeiros colonos, em número de 17 (dezessete). Esta data é consagrada como

¹⁹ Os dados históricos, políticos, econômicos e sociais do município de Blumenau foram adquiridas no site: <http://www.blumenau.sc.gov.br/historia/default.htm>. Acesso em 20 abril 2003.

a fundação da cidade. A esses imigrantes seguiram-se outras levas que, anualmente, atravessavam o Atlântico em veleiros de Companhias particulares, e vinham aumentar o número de agricultores, povoados e cultivadores dos lotes medidos e demarcados ao longo do curso dos rios e ribeirões que banham o território da concessão.

Mesmo antes da fundação da Colônia Blumenau, já havia colonos estabelecidos na região de Belchior, à margem do ribeirão Garcia e margem esquerda do Rio Itajaí-açu.

A princípio, a Colônia manteve-se como propriedade particular do fundador. Este, entrando em dificuldades financeiras, conseguiu que, em 1860, o Governo Imperial encampasse o empreendimento. O Dr. Blumenau foi conservado na direção da empresa e nela se manteve até quando a colônia foi elevada à categoria de Município, em 1880.

Dotado de grande energia e tenacidade, o Dr. Blumenau conseguiu, em poucos anos, fazer da colônia um dos maiores empreendimentos colonizadores da América do Sul, criando um centro agrícola e industrial de significativa importância e fontes de produção de ponderável influência na vida econômica do país.

Quando veio a emancipação, o núcleo inicial, fundado às margens do Garcia, havia se expandido por quase todo o território da Bacia do Itajaí, compreendendo uma área de cerca de 20 mil km², com uma população de 15.000 pessoas.

Herança dessa história, por uma característica única de colonização, a microrregião de Blumenau possui costumes e tradições semelhantes. Inicialmente, colonizada por alemães, seguido de italianos e poloneses, com uma corrente recente de habitantes do Vale do Rio Tijucas (descendentes de portugueses) as cidades da microrregião incorporaram principalmente a cultura alemã e italiana.

Em 07 de maio de 1859, a colônia foi elevada a distrito de paz. Em 31 de julho de 1873, foi elevada a freguesia, instalada em 02 de junho de 1878.

A Lei nº 860, de 04 de fevereiro de 1880, elevou a colônia à categoria de Município. Entretanto, sobreveio, em outubro, uma grande enchente, que causou sérios prejuízos à população e à administração pública, com a destruição de pontes e estradas. Com isso, a instalação do Município só foi possível em 1883, a 10 de janeiro, quando assumiu o exercício a Câmara Municipal eleita no ano anterior. Em 1886, o município foi elevado a Comarca e, em 1928, sua sede passou à categoria de cidade. Em 1934, começaram os desmembramentos do território municipal, com a criação sucessiva de novos municípios.

O antigo território do Município de Blumenau, que em 1934 compreendia uma área de 10.610km², está hoje reduzido a 531km² numa altitude de 21 metros acima do mar. Desses desmembramentos resultaram nada menos que 31 novos Municípios.

O município de Blumenau localiza-se a 140 Km de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Situa-se na Região do Médio Vale do Itajaí-açu e faz parte da Associação de Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI) composta por 14 municípios (Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó). Por sua localização, população, equipamentos, serviços e economia, Blumenau é a principal Cidade da Região, exercendo sua influência nos Vales do Rio Itajaí-açu e do Rio Itajaí-mirim.

Atualmente, Blumenau possui uma área urbana de 192.0 km e 313.8 km de área rural com uma população total de 261.868²⁰ habitantes. Deste total 241.987 residem na área urbana e 19.881 habitantes residem na área rural. Blumenau possui uma população em idade ativa de 167.999 habitantes e população economicamente ativa de 145.127 pessoas.

As principais atividades econômicas estão no setor da indústria, comércio e turismo. Na indústria, são 2.712 estabelecimentos empregando 38.463 trabalhadores, destacando o setor têxtil, alimentício e metalúrgico. No setor de comércio, há 7.507

²⁰ Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano de Blumenau – IPPUB. Censo Demográfico, Blumenau, 2002.

estabelecimentos empregando 39.062 pessoas. No setor de serviços são 8.267 estabelecimentos, empregando 57.681 trabalhadores. Os trabalhadores autônomos representam 11.501 pessoas e na agricultura são 2.350 proprietários, empregando 6.600 trabalhadores. O Produto Interno Bruto (PIB) Per Capta de Blumenau fica em torno de R\$ 13.619.00 e a Renda per Capta de US\$ 7.000.00.

A expectativa de vida para os blumenauenses é de 72 anos e o índice de taxa de natalidade em torno de 19.25 % por cada 1000 habitantes. O índice da taxa de mortalidade (crianças até 01 ano de idade) para cada 1000 habitantes é de 11.26%. Segundo dados da Prefeitura de Blumenau, 79.7% de habitantes estão acima da linha da pobreza.

O número de eleitores no município, segundo dados de 2002, fica em torno 184.847 votantes. Blumenau apresenta forte presença da cultura germânica, percebida na arquitetura centenária, obedecendo às linhas européias (estilo enxaimel), na gastronomia e nos eventos como a Oktoberfest, festa que acontece todos os anos, considerada, atualmente, a segunda maior festa do “chopp” do Brasil. A cidade é conhecida pelo seu comércio de artigos em cristais, malhas e brinquedos musicais.

O bairro da Velha, localizado à margem direita do rio Itajaí-açu, com uma extensão de 21.9 km² na região oeste de Blumenau (Anexo B), foi criado através da Lei n^o. 717, de 28/04/1956. A região ficou conhecida por Velha, cujo nome remonta a 1838, por existir uma Senhora que todos denominavam de velha, por ter uma idade avançada, morando às margens do ribeirão que também recebeu o nome de Velha. Alguns historiadores também apresentam a versão de que existia uma família de cognome Velha, antes da criação da Colônia Dr. Blumenau.

Em terras de Silva Guimarães, adquiridas em 1844, às margens do Ribeirão da Velha, os primeiros imigrantes, de forma provisória, alojaram-se em ranchos. Posteriormente, estas terras foram compradas pelo Dr. Blumenau. O Ribeirão da Velha já constava no mapa

da Colônia em 1864. As terras foram compradas pelo Dr. Blumenau que posteriormente as vendeu em 1979, data que iniciou a ocupação do bairro.

Por possuir grande extensão de terras, o bairro é conhecido com nomes diferentes, segundo as regiões existentes, que são elas: Região da Velha Central, Velha Grande, Velha Pequena, Água Verde e Água Branca.

Até o ano de 1960, considerava-se o bairro, essencialmente, residencial e com base econômica na agropecuária. A partir desta década, muitas indústrias, se instalaram e vários loteamentos residências foram criados, desenvolvendo o comércio e a prestação de serviços. De forma bastante visível, este crescimento foi notado, principalmente, após as enchentes de 1983 e 1984, por se localizar em área fora do perigo de enchentes.

Atualmente, o bairro da Velha conta com uma população de 40.254 mil habitantes. Está entre os bairros mais extensos de Blumenau, apresentando boa infra-estrutura urbana, possui características físicas ideais para o desenvolvimento de diversas atividades econômicas. Na área urbana, ainda encontra-se a existência de pequenas hortas de fundo de quintal e uma pecuária pouco significativa, ambos para consumo próprio das famílias. Na área rural do bairro, encontra-se uma região agrícola muito rica, com plantações de banana, milho, aipim, mandioca e outras culturas. A pecuária é formada por criação de bovinos, suínos e gado de leite.

As atividades industriais do bairro se caracterizam pelo setor de vestuário, acompanhadas pelas indústrias da construção civil, gráficas, metal, mecânicas, plásticos, papelão, alimentos, extrativa, moveleira, beneficiamento, sabão, entre outros.

No setor de comércio, destaca-se o de alimentos, comércio de material de construção, produtos farmacêuticos, agropecuárias, combustíveis, papelarias, floriculturas, entre outros.

O setor de atividades autônomas também tem crescido consideravelmente, desenvolvida por profissionais liberais de diversas áreas da economia.

4.4.2 A Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau

O entendimento da funcionalidade e organicidade da SEMUS se evidencia como um passo importante no detalhamento da pesquisa, pois se identifica e se compreende como estão planejadas as ações, mais especificamente com relação ao PSF.

A SEMUS, como parte integrante de toda funcionalidade de uma Prefeitura, deve estar vinculada às bases e diretrizes da LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU (1990). Neste sentido, recorrendo-se à referida Lei em suas Diretrizes Econômicas e Sociais, o Município preconiza em seu Título VI – Capítulo II as Diretrizes da Saúde, Assistência e Previdência Social, destacando-se alguns artigos relevantes para o entendimento da condução da política de saúde.

Art. 108 – A saúde é direito de todos os municípios e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 109 – O Município integra, com a união e o Estado, com recursos da Seguridade Social e de seu orçamento próprio, o Sistema Único de Saúde, cujas ações e serviços públicos, na sua circunscrição territorial, urbana e rural, são por ele dirigidos, com as seguintes diretrizes:

I – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - esforços na promoção:

a) Da formação de consciência sanitária individual desde a infância, bem como em ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

b) De serviços de assistência à maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;

c) De combate às moléstias específicas, contagiosas e infecto-contagiosas;

d) De serviços hospitalares e ambulatoriais, cooperando com a União, o Estado e as iniciativas particulares e filantrópicas;

X – garantia de acesso dos interessados à informação de todos os aspectos inerentes a Saúde Pública;

XI – implantação de sistema de unidades ambulatoriais móveis ou permanentes integrado a sistemas educacionais, culturais, assistenciais e de lazer;

XIII – estimulação a formação de recursos humanos na área da saúde e da assistência social;

XV – prioridade dos recursos humanos e econômicos destinados a Odontologia Pública, para ações, métodos, sistemas ou tratamento preventivo e educativo, concentrando-se no combate a causa da doença cárie dental e da gengival;

XVI – igualdade a assistência de saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
(LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU, 1990, p. 43-44).

A implantação do SUS, no município de Blumenau, se efetivou a partir da regulamentação da Lei 8080/90, que dispõe sobre o papel das esferas de governo e os princípios e diretrizes básicas deste Sistema. A SEMUS vinculada à Lei Orgânica do Município e às diretrizes e bases do SUS tem como competências, segundo a Lei Complementar nº. 160 de 1997 de:

Art. 17. Compete a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau:

- I - Planejar e formular as políticas municipais de saúde, em consonância com as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde;
- II - Organizar, avaliar, controlar, fiscalizar e regulamentar as ações dos serviços e dos diferentes recursos de saúde, sejam eles de prestação direta ou indireta, público ou privado;
- III - A gestão e execução de seus serviços públicos de saúde, com vistas à universalidade, a equidade e a integralidade do atendimento a saúde;
- IV - A articulação da esfera municipal as esferas estadual e federal de gestão do Sistema Único de Saúde;
- V - Contribuir ao controle social e a participação da comunidade na gestão do sistema local de saúde, através da garantia de acesso as informações e comunicação em saúde;
- VI - A gestão do Fundo Municipal de Saúde.

Outro documento importante a ser destacado demonstrando em bases e diretrizes a política de saúde do município de Blumenau é constituída está presente na Lei Orgânica de Saúde que no seu artigo 7º. dispõe sobre as ações, sobre os serviços públicos de saúde e sobre os serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o SUS. Neste sentido destaca-se a partir deste documento:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa saúde sua integralidade física e moral;
- IV - Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- V – Direito à informação as pessoas assistidas sobre sua saúde;
- VI – Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – Participação da Comunidade;
- IX – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo;
- a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- XI – Conjunção dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios, na geração de serviços de assistência a saúde da população;
- XII – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, 1990, 115-116).

O Município de Blumenau está credenciado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, desde 1998, ou seja, o município é o responsável pela gestão de todas as ações e serviços de saúde atendendo as demandas da população e das exigências sanitárias ambientais. O município ainda é referência para a Região da AMMVI, atendendo os municípios que congregam esta Região no atendimento Secundário e Terciário aos usuários. Todo município credenciado na Gestão Plena do Sistema de Saúde assume responsabilidades que estão contempladas na NOB de 1996 que são:

- Elaboração da programação contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada;
- Gerência das unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;
- Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado ou da União, salvo deliberação em contrário da CIT²¹ ou CIB²²;
- Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais e privadas);
- Cadastramento de usuários do SUS dentro da perspectiva de numeração nacional;
- Prestação dos serviços em seu território, inclusive serviços de referência aos não residentes e demais serviços prestados aos seus municípios quando referenciados conforme PPI²³;
- Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares;
- Operação (...) do SIA/SUS;
- Manutenção de cadastro atualizado das UPS²⁴ sob sua gestão;
- Avaliação permanente de impacto das ações sobre a saúde e o meio ambiente;
- Execução de ações de epidemiologia, controle de doenças e causas externas. (NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS, 1996).

²¹ CIT: Comissão Intergestores Tripartite.

²² CIB: Comissão Intergestores Bipartite.

²³ PPI: Programação Pactuada Integrada.

²⁴ UPS: Unidades Prestadoras de Serviço.

Os órgãos financiadores do SUS local são primeiramente o Ministério da Saúde que repassa recursos do orçamento da União para o Fundo Municipal de Saúde composto por:

Gestão Plena do SUS; PAB Fixo; PAB Variável; PAB ECD; PAB – PSF – Programa Saúde da Família; PAB – PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PAB Vigilância Sanitária; Convênio AIDS/POA; Carências Nutricionais, etc; Extra Tetos; SIA; SIH²⁵; Receitas Próprias Diversas (IRRF, Multas, Alvarás, etc); MUNICÍPIO: que destina, atualmente, de 15 a 17% do orçamento e da arrecadação municipal ao setor saúde (NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS, 1996).

Diante das principais características da SEMUS na condução da política de saúde no município, a mesma está organizada por Unidades Administrativas para executar a Política de Saúde do Município²⁶. Estas unidades Administrativas são organizadas por Superintendências que são as de:

Superintendência de Desenvolvimento de Relações de Trabalho em Saúde: é responsável pelo desenvolvimento das relações de trabalho em saúde, por meio das ações de administração e de desenvolvimento de pessoal, objetivando o suporte ao gerenciamento regional e local dos serviços de saúde; do controle e o registro funcional dos servidores; das ações de desenvolvimento gerencial e de equipe; da formação permanente e a educação continuada, tendo como objetivos o aprimoramento dos profissionais e das relações de trabalho inerentes aos mesmos.

Superintendência de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde: é responsável pela auditoria interna, ou seja, dos serviços próprios, e pela externa, relacionada aos serviços conveniados, credenciados e contratados dos prestadores privados de serviços de saúde, garantindo a qualidade dos serviços oferecidos a população.

²⁵ SIH: Sistema de Informação Hospitalar.

²⁶ Leis Complementares Municipais no. 160/1997; 185/1998 e 225/1999.

Superintendência Administrativa-Financeira: é responsável pelo planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos materiais e suprimentos e pela coordenação dos serviços gerais da Secretaria.

Superintendência de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e de Saúde do Trabalhador: é responsável pelas ações de Vigilância em Saúde, realizadas pela Vigilância Sanitária, que empreende um conjunto de atividades para proteger a saúde do cidadão, através da fiscalização e do controle dos serviços de saúde, locais de trabalho, saúde ambiental e produtos consumidos pela população. A Vigilância Epidemiológica atua na notificação, investigação e adoção das medidas de controle das doenças ou agravos de notificação compulsória. Esta última é responsável pelo Serviço de Imunização do Município, pelo Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), pelo Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC), pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação e Agravos (SINAN).

Superintendência de Assistência Integral à Saúde: realiza a coordenação geral da rede ambulatorial, priorizando a descentralização técnico-política e a administrativa dos serviços, pelo gerenciamento regional e local de saúde.

Esta Superintendência possui equipe técnica que desenvolve trabalhos nas áreas de: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde da Família, Saúde Bucal e Saúde do Trabalhador e é organizada por redes de serviços que são: Rede Básica ou primária de Serviços de Saúde, Rede de Atenção Secundária em Saúde e Rede Terciária de Atenção à Saúde.

A Rede Básica ou Primária de Serviços de Saúde é organizada a partir de regiões, cada qual com uma gerência técnico-administrativa: Gerência Regional Centro, Gerência Regional Garcia, Gerência Regional Velha, Gerência Regional Badenfurt, Gerência Regional Itoupavas, Gerência Regional Fortaleza. Estas regiões contêm um total de onze (11)

unidades Avançadas de Saúde, vinte e cinco (25) Equipes de Saúde da Família, um (1) Ambulatório dos servidores, seis (6) Ambulatórios Gerais, dezessete (17) Unidades de Saúde Bucal em escolas e três (3) Clínicas Odontológicas e ainda quatorze (14) Unidades de Saúde Bucal em Ambulatórios.

As áreas delimitadas às gerências regionais são regiões compostas por bairros, considerados os territórios geográficos e as áreas de abrangência e de responsabilidade de cada unidade de saúde, baseando-se em critérios de acessibilidade geográfica.

A Rede de Atenção Secundária em Saúde: é distribuída em: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Núcleo de Atenção Especializada em Saúde Infanto-Juvenil (NAES Infanto-Juvenil), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Testagem e Acompanhamento/Centro de Orientação e Apoio Sorológico (CTA/COAS), Ambulatório de Referência de Especialidades da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Policlínica de Referência em Especialidades Lindolf Bell, composta por: Ambulatório de Referência de Especialidades (ARE), Ambulatório de Referência em DST/AIDS e Núcleo de Atendimento Integrado aos Fissurados e aos Portadores de Lesões labiopalatais (NIAF).

O nível secundário se caracteriza pelo atendimento de consultas médicas especializadas, exames complementares de maior custo e complexidade, tratamentos especializados e complexos, geralmente encaminhados da Rede de Atenção Primária em Saúde.

A Rede Terciária de Atenção a Saúde: é composta por hospitais conveniados: Hospital Santo Antônio, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Catarina e Hospital Misericórdia da Vila Itoupava. O que caracteriza este nível de atenção é o tratamento de alto nível de complexidade, geralmente compreendendo intervenções hospitalares e cirúrgicas.

4.4.3 Programa Saúde da Família no Município de Blumenau

O Programa Saúde da Família, no município de Blumenau, está fundada nos princípios e diretrizes destacados pelo Ministério da Saúde. Conforme o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE/1997-2000, o programa teve sua implantação no ano de 1995, com duas equipes (Itoupavazinha e Velha Grande) sendo expandido para 16 equipes em fevereiro de 1996 e para 21 equipes em setembro do mesmo ano (1997, p. 91-122).

Inicialmente, as equipes de PSF foram implantadas em áreas de ocupação clandestina e/ou risco e sujeitas a enchentes, erosão e desabamentos, cadastradas pela Secretaria de Ação Comunitária como “bolsões de pobreza”, constituída basicamente por migrantes (BERTONCINI, 2000, p. 58).

Adriano (2002) destaca que a princípio, o PSF foi implantado de forma focalista no município, mas com intenção de ser uma estratégia para a implantação de um novo modelo assistencial. O autor analisa que após um ano de implantação, 33% da população do município estava cadastrada em áreas de PSF, ocorrendo uma diminuição da internação hospitalar no período, cobertura de áreas antes descobertas de assistência e uma taxa de encaminhamentos para os níveis especializados inferior a 10% (p. 216-217).

O mesmo autor analisando a ata da reunião do CMS do dia 14/02/96 identifica os requisitos gerais para a contratação dos profissionais que comporiam as equipes de PSF. O processo se caracteriza por teste seletivo, exigindo dos profissionais candidatos ter noções de vacinação, experiência em lidar com pessoas, 50% de conhecimento em Saúde Pública, atenção primária em saúde e ser “avaliado por uma entrevista onde era visto o perfil do profissional e após passando por diversos treinamentos nas diversas áreas da saúde” (p. 215).

Atualmente, o município de Blumenau conta com 25 equipes de PSF. Estas atingem em média 40% da população do município, representando em média 102.500 mil habitantes atendidos. Cada equipe de PSF atende em média de 800 a 1.200 famílias.

A equipe do PSF é composta de: um (1) médico, um (1) enfermeiro, e dois (2) auxiliares de enfermagem e de seis (6) a oito (8) agentes comunitários de saúde que residem em sua área de abrangência.

Cada PSF possui uma área de abrangência que tem sob sua responsabilidade “conhecer a situação de saúde da população dessa área, mesmo que não seja responsável exclusiva por todas as ações desenvolvidas por aquela população” (UNCLERT, 1995, pg 95). Alguns critérios são estabelecidos para definição dessas áreas de abrangência como: acessibilidade, área geográfica, funcional, cultural e econômica, entre outros.

Segundo Ministério da Saúde, (2002b), recomenda-se que cada equipe assista em média de 600 a 1.000 famílias (2.500 a 4.500 habitantes no máximo) e que cada agente comunitário de saúde da equipe acompanhe aproximadamente, de 200 a 250 famílias, responsabilizando-se por uma micro-área onde residam de 440 a 750 pessoas (p. 17).

O objetivo principal do PSF em Blumenau “é melhorar a qualidade de vida da população assistida, desenvolvendo atividades de ação primária, promoção, prevenção e recuperação da saúde” (ADRIANO et al, 1999, p. 48), possibilitando melhorar os índices de qualidade de vida da população assistida, e servindo como porta de entrada ao sistema de saúde.

4.4.4 Programa Saúde da Família Arão Rebello²⁷ – Região da Velha Grande

As primeiras atividades voltadas para a área da saúde na região da Velha Grande tiveram início, segundo relatos da comunidade, há mais de vinte anos, nas dependências do Colégio Conselheiro Mafra, que dispunha de um médico, um odontólogo e uma auxiliar de enfermagem que realizavam alguns atendimentos à comunidade.

²⁷ O nome Arão Rebello é uma homenagem ao advogado que foi Inspetor Escolar Federal, com jurisdição em extensa área do Médio Vale do Itajaí-açu.

Posteriormente, alguns Agentes de Saúde atuaram na região sob responsabilidade de uma enfermeira vinculada ao Ambulatório Geral da Velha. Esta sistemática foi antecedida à fundação da Unidade de Saúde no Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC) Arão Rebello.

Em 1994, foi inaugurado o CAIC Dr. Arão Rebello e após sua inauguração, no ano de 1995, iniciaram efetivamente as atividades de atendimento médico de enfermagem e odontológico, na mesma área física do CAIC.

Já no ano de 1996, houve a implantação da equipe de PSF Arão Rebello. No mesmo ano, em virtude da necessidade da região de ampliar o atendimento de saúde, implantou-se mais uma equipe de PSF, atingindo o objetivo de atender quase todas as famílias da região num total de 1.734 famílias. Uma das primeiras equipes implantadas foi na região da Velha Grande. Na época, houve a capacitação de vinte e dois Agentes Juniores de Saúde que trabalhavam vinculados à equipe do PSF.

Atualmente, as duas equipes de PSF localizam-se na Rua Franz Muller, nº. 1950 – Velha Grande – no antigo Colégio Conselheiro Mafra. As duas equipes possuem características semelhantes no que se refere às questões sócio-econômicas, culturais e de morbi-mortalidade. Os profissionais que compõem as duas equipes do Programa Saúde da Família são: dois (2) médicos, duas (2) enfermeiras, quatro (4) auxiliares de enfermagem, duas (2) auxiliares administrativas, duas (2) serviços gerais, um (1) porteiro e doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.

A equipe da área um, assim denominado para a diferenciação entre as duas equipes, atende em média 710 famílias, divididas em seis (6) micro-áreas. A equipe da área dois atende em média 843 famílias, dividida também em seis (6) micro-áreas.

A população que caracteriza esta região é originária, em sua maioria, do Estado do Paraná e outras regiões do Oeste de SC. O processo migratório se iniciou nos anos 90. A

maioria da população vive de forma precária com baixas condições socioeconômicas e de saneamento básico. Há um alto índice de desemprego ocasionando um preocupante índice de morbi-mortalidade.

A população é jovem, com faixa etária prevalente na idade produtiva. Os terrenos permanecem ocupados de forma irregular, sem obedecer a critérios como demarcação de lotes ou legalização de suas propriedades através de escrituras.

Quanto à ocupação, os homens em sua maioria trabalham como pedreiro e servente de pedreiro. A taxa de desemprego ficou em 24,3% e aposentados são em número de 5,2%. Quanto à ocupação para as mulheres, 32,6% não trabalham, 13,1% são costureiras e 10,4% são diaristas.

Quanto ao saneamento, 91% de água pública, 7,9% tem poço ou nascente e 1,1% não possui água. O esgoto 57% céu aberto 33% fossa séptica e 0,9% rede de esgoto. Constatase a partir deste dado alto índice de verminose e micose. Com relação à coleta de lixo e mesma é realizada, porém insuficiente.

Quanto aos estabelecimentos de ensino há: Escola Municipal Conselheiro Mafra, Creche Lar Bethânia, Creche Loteamento Dona Edite. Quanto ao lazer, não há espaço para o mesmo.

O horário de funcionamento do PSF é das 8:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas de segunda à sexta-feira.

A estrutura física dos PSF conta com sala de espera, recepção, sala de vacina, sala de inalação, sala de curativos, 2 (duas) salas de triagem, farmácia, almoxarifado, 2 (dois) consultórios médicos, 2 (dois) consultórios de enfermagem, sala de reuniões, cozinha, banheiro para funcionários, 2 (dois) banheiros para os pacientes/usuários, sala dos ACS, sala de espera de odontologia e 1 (um) consultório de odontologia.

Os procedimentos de responsabilidade do PSF são: triagem, consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, coleta de material para prevenção do câncer cérvico-uterino e tuberculose, teste do pezinho, consultas de enfermagem, curativos, atendimentos de grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes e puericultura, crianças de baixo peso, encaminhamento para serviços especializados, participação em reuniões com a comunidade, fornecimento e administração de medicações, visitas domiciliares, notificação de doenças e orientações, participação em campanhas de vacinação e bloqueios quando necessários, supervisão de tratamento de tuberculose e hanseníase.

Num levantamento realizado pelas equipes de PSF, no período de janeiro a abril de 2003, constatou-se que foram realizadas 2.666 procedimentos de enfermagem (curativos, retiradas de pontos, administração de medicações, vacinas, inalação, exame de preventivo); 3512 visitas domiciliares de profissionais médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; 75 grupos de educação em saúde; 704 consultas de enfermagem e 1797 consultas médicas. (Fonte PSF Velha Grande). Tem como principais demandas as doenças cardiocirculatórias, dermatológicas ginecológicas, respiratórias, depressão, gastrointestinais, traumato-ortopédicas e problemas sociais.

Desde 2002, o PSF conta com a implantação do CLS que tem por finalidade: “possibilitar a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pela Unidade de Saúde, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população²⁸”. As pessoas que compõem o conselho são os profissionais de saúde, funcionários públicos e usuários. Atualmente o presidente do CLS é o Sr. Osni Pires, eleito para a gestão 2003-2004.

Vieira (2002), analisando estes espaços, destaca que a população tem a oportunidade de “exercer a sua cidadania, participando das conferências municipais de saúde

²⁸ Regimento Interno do Conselho Local de Saúde do Programa Saúde da Família Arão Rebello, Blumenau, 2002.

com direito a voz e/ou voto, no sentido de discutir proposições e estratégias para garantir a todos os cidadãos o direito a saúde” (p. 15).

A Região da Velha Grande por ser considerada uma área que necessita de investimentos em diversas áreas das políticas sociais, devido a sua realidade econômica e social, caracterizada pelo alto índice de famílias de baixa renda, altos índices de desemprego, moradias construídas em locais de risco, está inserida no Projeto de Gestão Intersetorial²⁹.

Este Projeto piloto tem como objetivo central “implantar a gestão intersetorial nas políticas públicas sociais do município de Blumenau – SC” que primeiramente será desenvolvida na região da Velha Grande se estendendo gradativamente para o restante do município. Além da implantação este projeto visa a “trabalhar interfaces dos programas das secretarias; mudar o foco de atuação das políticas públicas; articulação entre os diversos setores do governo; processamento coletivo de demandas; integração sistemática e permanente dos programas, projetos e ações já existentes, potencializando recursos públicos; romper as fragmentações, sem perder as especificidades; horizontalização dos poderes; construção de práticas de cooperação e solidariedade no serviço público e atendimento integral ao cidadão”.

A partir do planejamento estratégico do município realizado em 2002, sentiu-se a necessidade de integrar as políticas sociais estratégicas, criando a partir disto, o “Setorial Social enquanto instância de organização e deliberação acerca das políticas sociais do Governo, que reúne técnicos, chefias, superintendências e secretarias de cerca de 12 secretarias e fundações municipais”.

O Setorial Social, neste sentido, vem buscar a implementação de políticas sociais baseadas no modelo de gestão intersetorial e nos pressupostos da territorialidade, educação

²⁹ Os dados contidos a respeito deste projeto foram retirados do Projeto de Gestão Intersorial que ainda não se encontra totalmente concluído, dispondo apenas do rascunho do mesmo.

popular, descentralização e democratização da gestão pública, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo estatuto das cidades.

O Colegiado do Setorial Social é composto pelos Secretários Municipais das Políticas Sociais de: Educação; Assistência Social; Saúde; Criança e Adolescente; Trabalho, Renda e Desenvolvimento Econômico; Planejamento; Comunicação; Fundação Cultural de Blumenau; Fundação Municipal de Desportos; Fundação Municipal do Meio Ambiente; Orçamento Participativo e Superintendência de Defesa Civil.

Para dar andamento à implantação da Gestão Intersetorial foi criada, dentre várias, a Comissão Intersetorial que se estrutura a partir de ações provenientes do planejamento estratégico do Setorial Social ou de temas intersetoriais específicos, objetivando encaminhar propostas de gestão. É composta por coordenador e representantes das secretarias do Setorial Social compostas por três Gerentes Secretários Municipais e Coordenadores das comissões intersetoriais.

Neste sentido, este projeto piloto tem sido desenvolvido na comunidade da Velha Grande, tendo como referência os equipamentos e recursos públicos existentes neste local, bem como, as demandas colocadas pelo atendimento a esta comunidade.

Concretamente, a partir deste projeto, as equipes de PSF Arão Rebello estão inseridas nas discussões da gestão intersetorial. As enfermeiras participam toda semana de reuniões que acontecem na região com representantes de cada secretaria discutindo as ações que devem ser desenvolvidas a partir da gestão intersetorial. Como representantes técnicas da saúde buscam discutir com as demais questões práticas de famílias que já são atendidas nesta nova perspectiva de gestão no município de Blumenau.

O desenvolver e implantar deste projeto veio diferenciar o atendimento até então dado às famílias atendidas pelas políticas públicas do município, exigindo dos profissionais

envolvidos uma nova abordagem que visasse à integralidade das ações e um novo conduzir com as famílias que se atende.

Isto exigirá dos profissionais do PSF novas posturas e práticas profissionais, não voltadas a resolver apenas enquanto política de saúde os problemas trazidos e enfrentados em seu local de trabalho e sim desenvolver um trabalho que exigirá contato constante com outras políticas públicas e profissionais de outras áreas para o atendimento das demandas que surgem.

4.4.5 Programa Saúde da Família Afonso Balsini³⁰ - Região da Velha Pequena

A região da Velha Pequena é um prolongamento do bairro da Velha e está situado no extremo sudoeste do município de Blumenau, divisa com o município de Indaial. Apresenta características urbanas e é predominantemente residencial, numa extensão linear de aproximadamente 5 km. Segundo dados destacados por Santos (2002), os terrenos são, na sua maioria, em loteamentos legalizados, urbanizados precariamente, mas com infra-estrutura de água tratada (89,03%) e energia elétrica (99,38%) da rede pública. O esgoto é somente canalizado – pluvial e apenas 70,83% das residências possuem fossa coletora em qualquer tipo de tratamento de afluentes. Os domicílios são construídos 62,66% em alvenaria, 18,98% em madeira e 17,62 em material misto (alvenaria e madeira). O poder público oferece coleta de lixo regularmente em 96,83 % das moradias; somente a região do Encano, Reinoldo Gutz e outros pontos isolados que não possuem coleta de lixo e abastecimento com água tratada.

A população economicamente ativa obtém renda, principalmente, na construção civil, na indústria de confecção formal e informal e em serviços domésticos. As empresas de

³⁰ Afonso Balsini, médico blumenauense, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1941. Conhecido como médico puericultor (médico pediatra) Foi um dos fundadores do Hospital Infantil, da APAE de Blumenau, da Escola de Enfermagem. Foi diretor do Hospital Santo Antônio. Também foi um dos fundadores da Associação Médica do Vale do Itajaí (AMVI) em 1951. Foi vereador no município por três vezes (1947, 1962 e 1966). Desenvolveu amplo trabalho na área da saúde do município de Blumenau e região (COSTA, p. 77, p. 2001).

grande porte que absorvem parte da população local são: Hering Têxtil, Lancaster, Gráfica 43, Fábrica de Papelão e as empresas de transporte Rodovel e Glória.

A escola e a creche, ambas vinculadas à rede municipal e presentes na mesma área geográfica, atendem boa parte das crianças em idade pré-escolar. O índice de analfabetismo das crianças é nulo – não há crianças fora da escola. Aqueles que não freqüentam as unidades locais se inserem nas creches domiciliares e nas demais escolas da rede básica da região.

A população residente é basicamente de descendência germânica, de origem rural. Há processos migratórios de pequena proporção: internos (entre ruas), no município (entre bairros) e externos (outros municípios e Estados); “estes últimos geralmente pessoas com problemas de saúde identificados para usufruírem o sistema de saúde local, melhor estruturado e com mais recursos que outros municípios (vem passar alguns tempos aqui)” (Perfil Epidemiológico da área de Abrangência do PSF Afonso Balsini, p. 02, s/d).

A pirâmide populacional é jovem com 32,6% abaixo de 10 anos de idade; 19% de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade; 49% de adultos entre 20 e 49 anos de idade e somente 11% acima de 50 anos. A média de filhos por família é de 1,5% e o índice de natalidade é de 12,52%.

A Unidade de Saúde Afonso Balsini, atualmente PSF Afonso Balsini, iniciou suas atividades em 1993, como Unidade Avançada de Saúde (UAS) vinculada a Unidade Pré-Escolar – Centro Escolar Infantil (CEI) Monteiro Lobato, em área cedida em regime de comodato pela Lei Municipal nº. 4168, a Associação de Moradores da Velha Pequena e Secretaria de Educação, e nesta, com contrapartida no término das obras, um espaço inicialmente de duas salas para o acompanhamento de saúde das crianças usuárias da creche na proposta da então Saúde Escolar.

Em 1996, por iniciativa da equipe da Secretaria de Saúde, iniciaram-se as atividades do PSF neste mesmo espaço, mudando de caráter da Unidade e expandindo a assistência a saúde para toda a comunidade da Velha Pequena.

Desde 29 de outubro de 2001, a equipe de PSF Afonso Balsini se localiza em espaço físico próprio, ampliando o espaço até então reduzido e dividido com a creche. Atualmente, a PSF Afonso Balsini conta com um hall de entrada, recepção, sala de vacina, sala de inalação, sala de curativos, sala de triagem, farmácia, almoxarifado, um (1) consultório médico, um (1) consultório de enfermagem, sala de reuniões, cozinha, dois (2) banheiros, sala de escovação e recepção de odontologia, um (1) consultório de odontologia.

A área adscrita do PSF Afonso Balsini é composta de 41 ruas cadastradas, basicamente parte da rua José Reuter com 26 ruas transversais, divididas em 8 micro-áreas (Anexo C), atendendo em média 1.400 famílias.

O levantamento do perfil epidemiológico realizado pelos profissionais deste PSF constata que a maior demanda de usuários que procuram o posto, centra-se, na faixa etária entre 19 há 30 anos de idade.

O PSF Afonso Balsini tem uma peculiaridade dentre as outras equipes do município por contar com estágio prático para os acadêmicos de medicina, psicologia e residência em Saúde da Família, desde o ano de 2002.

O profissional médico vinculado a este PSF também possui vínculo com a FURB, desenvolvendo e acompanhando as atividades de estágio e de residência. Neste sentido, no período vespertino, o PSF conta com quatro (4) acadêmicos de medicina que realizam atendimento de consultas médicas.

Com relação à residência em Saúde da Família, há profissionais de Psicologia, Serviço Social, Odontologia e Educação Física. Esta equipe de residentes não dispõe de enfermeira e médico, por não terem sido preenchidos as vagas existentes.

A residência em Saúde da Família visa à formação de profissionais de saúde, através de aulas teóricas inicialmente, mas principalmente o treinamento em serviço, baseado no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família, inseridos e desenvolvendo suas atividades no SUS. Visa também a expandir esta estratégia e troca de experiências.

Os residentes desenvolvem atividades ligadas a sua formação profissional e ações que visem ao trabalho multiprofissional e de saúde pública. Atualmente, os residentes em específico desenvolvem as seguintes atividades:

- Assistente Social: atendimento individualizado, visitas domiciliares, acompanhamento do Grupo de Geração de Renda, reunião de equipe, participação no Grupo na Comunidade, participação no Conselho Local de Saúde.

- Psicólogo: atendimento individualizado, visitas domiciliares, reuniões de equipe, participação no grupo na Comunidade, grupo com os ACS, participação no Conselho Local de Saúde.

- Odontólogo: atendimento de odontologia, visitas domiciliares, participação nos grupos temáticos e na Comunidade, participação no Conselho Local de Saúde.

- Educadora Física: atendimento físico, grupo de caminhada com mulheres do bairro, grupo de ginástica localizada, visitas domiciliares, participação no Conselho Local de Saúde e participação nos grupos temáticos e na Comunidade.

O PSF Afonso Balsini, desde 2002, também conta com a criação do CLS composta de profissionais de saúde e usuários da região de abrangência da Velha Pequena. Está em processo de construção do seu Regimento Interno.

A representação de usuários é por cada micro-área, ou seja, são asseguradas seis vagas para usuários, cada qual representando uma micro-área da região. Segundo dados da enfermeira, a representação dos usuários necessita ser fortalecida e esperam a partir do

Regimento Interno, assegurar a representação de todas as vagas de usuários existentes, o que atualmente está desfalcada.

A partir desta contextualização inicial do campo de pesquisa e dos procedimentos metodológicos adotados, parte-se para a análise dos dados, dando destaque primeiramente as rotinas desenvolvidas em cada equipe de saúde da família (ESF), com posterior análise das práticas profissionais a partir das atividades observadas e sua relação com o social.

CAPÍTULO 5

O SOCIAL E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS: EIS O DESAFIO

Ao se iniciar a análise dos dados da pesquisa, acredita-se que as discussões efetuadas até o presente momento, tanto na direção teórica como metodológica, possibilita o debate do social no contexto das práticas profissionais.

Para compreender como o social se apresenta no cotidiano das demandas e práticas profissionais, nas ESF pesquisadas, inicialmente, se faz necessário identificar a rotina de trabalho destas equipes.

Neste sentido, acompanhou-se o desenvolvimento das práticas profissionais de três ESF, evidenciando que os conceitos de saúde, modelo de saúde, política de saúde e o entendimento do social refletirão diretamente sobre as práticas.

Após o reconhecimento das rotinas, o processo de análise se pautou, a partir das práticas desenvolvidas pelos profissionais das ESF e residentes nas atividades de: triagem, visita domiciliar (VD), grupos e reunião de equipe, elencados como importantes na identificação do social. Além destas, o conselho local de saúde também foi acompanhado evidenciando a importância no processo de controle social.

Conforme já destacado em capítulo anterior, para a identificação do social nas atividades desenvolvidas, organizou-se um quadro que possibilitasse identificar em cada atividade a demanda social presente, qual profissional assume e que encaminhamento é dado para estas demandas, evidenciando, desta forma, o conceito de social existente.

A partir destas evidências, as questões essenciais para a discussão do social estão postas, trazendo elementos que subsidiarão a análise, a partir de duas perspectivas, ou seja, um

social compreendido em seu sentido restrito, na perspectiva da carência, ou em seu sentido ampliado, na perspectiva de direito.

5.1 A Dinâmica de Funcionamento e Planejamento das Ações das Equipes Saúde da Família

As práticas profissionais possuem uma relevância fundamental quando inseridas numa política de saúde. Isto evidencia a necessidade de discutir como estas práticas se operacionalizam no cotidiano dos serviços, porque refletem estilos de pensamento e um modelo assistencial de saúde.

As dinâmicas de trabalho das ESF são em sua maioria similares, o que as diferencia são as formas de operacionalização das práticas e a inclusão de residência em Saúde da Família (odontologia, psicologia, educação física e serviço social) e estágio acadêmico para estudantes de medicina e psicologia, no PSF Afonso Balsini. Inicia-se esta discussão evidenciando, nos quadros a seguir, como estas equipes estruturam suas atividades:

PSF Afonso Balsini

	Manhã	Tarde
2 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Puericultura + consulta médica agendada
3 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Grupo Gestante + consulta médica agendada
4 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Visita Domiciliar
5 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Reunião de Equipe
6 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Consulta Médica a Hipertensos e Diabéticos

PSF Arão Rebello

	Manhã	Tarde
2 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Visita Domiciliar
3 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Visita Domiciliar
4 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Consulta Médica para Gestantes
5 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Reunião de Equipe
6 ^a .	Consulta de demanda espontânea	Puericultura + Consulta Médica

Neste sentido, identifica-se, em todas as ESF, uma preocupação com a organização da demanda espontânea³¹, tendo como prioridade de atendimento as crianças, gestantes e idosos.

Os usuários que objetivam serem atendidos em consulta médica para o dia, devem estar presentes no posto às 8:00 horas da manhã. Aqueles que tem consulta médica agendada, podem chegar na hora marcada.

É reservado nestas ESF das 8:00 às 10:00 horas o atendimento da demanda espontânea, consideradas urgentes (febre, sangramento, suspeitas de apendicite, etc), das 10:00 às 12:00 horas para as consultas médicas agendadas e retorno (resultado de exames ou acompanhamento de tratamento médico).

A partir do momento em que um usuário chega ao posto, necessitando de algum serviço, é atendido, primeiramente, pela recepção. Ali é solicitado o número de prontuário família, pois cada família possui um número de cadastro que a identifica no posto e um prontuário, em que consta toda a informação realizada nos atendimentos pelos profissionais.

Posteriormente, o usuário é encaminhado à triagem para identificação da queixa ou da necessidade que trouxe até o posto, anotando-se a queixa no prontuário família. São verificadas a pressão arterial, peso e febre quando há queixa. O atendimento na triagem é individualizado.

O objetivo da triagem, além da identificação das demandas e necessidade dos usuários é que todos possam receber algum encaminhamento. Então, percebe-se dentre as demandas identificadas, encaminhamentos de consultas médicas para o dia (urgentes), agendamento de consulta médica para outro dia, consultas de retorno, consultas encaminhadas para outro serviço e níveis de atendimento.

³¹ Refere-se à demanda espontânea, os usuários que procuram o posto para atendimento de consultas médicas.

Em situações em que não há mais vagas para o atendimento de consultas médicas urgentes é realizado encaminhamento para o pronto socorro ou ao Ambulatório Geral da Velha³². É realizado contato telefônico, averiguada a vaga e encaminhado com guia de referência e contra-referência. A mesma conduta é realizada quando o profissional médico, por algum motivo, não se encontra no posto.

Quando ocorre a necessidade de encaminhamento para outro serviço, é preenchida uma guia de referência e contra referência, constando dados da triagem e do paciente. O objetivo da referência/contra-referência é obter posteriormente dados da consulta realizada fora do posto.

Com relação a este aspecto, as ESF comentam que há uma dificuldade em se obter posteriormente as informações da consulta e encaminhamento dado, porque não é retornada a guia de referência e contra-referência à equipe.

Na situação de haver alguma solicitação de exames de alto custo³³, a guia de requisição fica no posto para que a equipe agende na Policlínica³⁴, ou nos serviços privados conveniados com a SEMUS na realização do exame.

A mesma sistemática é adotada quando o usuário necessita de consulta médica de especialidade. São igualmente preenchidas a requisição de referência e contra-referência e a equipe de ESF agenda a consulta na Policlínica.

Durante todo o expediente, os usuários também são atendidos para realização de vacinas, nebulização, curativo, aplicação de injeção, marcação de consultas, obter medicação e orientação não necessitando de um horário específico para serem atendidos.

Para o usuário que necessita tomar medicação contínua, é preenchido um cadastro, na farmácia do posto e fornecido mensalmente, a medicação, não necessitando

³² Ambulatório que dispõe de atendimento de clínico geral, pediatra, ginecologista, odontologia, psicologia e Serviço Social sendo referência para a região da Velha.

³³ Exames de alto custo refere-se a exames de ultra-sonografia, tomografia, cintilografia, eco dopler, ressonância magnética, entre outros.

³⁴ Ambulatório de Especialidades Médica, considerada como nível secundário de atendimento.

passar por consulta médica mensal. Neste caso, apenas, são orientados, a cada seis meses a realizarem uma nova avaliação médica.

As consultas de enfermagem também são realizadas objetivando atender e orientar os usuários no que se refere aos cuidados e técnicas de enfermagem. Dentre as atividades, são realizados exames de preventivo de câncer de colo e mamas. São reservados horários, tanto no período matutino, como no vespertino e uma vez ao mês é agendado o exame até às 20:00 horas, possibilitando que as mulheres que trabalham possam realizar o exame.

As equipes também já contam com o odontólogo como mais um profissional de ESF, realizando atendimento odontológico preventivo e situações não urgentes. Para situações que requerem urgência ou ações mais complexas, são encaminhadas ao Ambulatório Geral da Velha, que dispõe de recursos para este tipo de atendimento.

As VD também são realizadas pelas ESF, que possuem dias específicos para desenvolverem esta atividade, dispo de carro (vinculado a SEMUS) para realizarem as VD mais distantes. Nesta atividade, estão sempre presentes, no mínimo, uma auxiliar de enfermagem e ACS, conforme micro-região a ser visitada. Em situações que requerem o médico e a enfermeira, os mesmos também se fazem presentes.

Para o PSF Afonso Balsini, conforme a situação, os profissionais residentes como assistente social, psicólogo, odontólogo, educadora física e acadêmicos de medicina também se fazem presentes nas VD.

São realizadas VD em situações que os usuários se encontram acamados (averiguação de pressão arterial, vacinas, medicação, acompanhamento), a recém-nascidos para as orientações e encaminhamento para a primeira consulta no posto, orientações em geral, situações consideradas pela equipe de sociais, entre outras.

Neste período, não há atendimento de consultas médicas, mas os demais profissionais que se encontram no posto, realizam atividades de curativo, nebulização, vacinas, atendimento de usuários para orientações e encaminhamento. A comunidade como já tem conhecimento da dinâmica de funcionamento, em sua maioria não procura o posto nestes horários.

Por uma normatização da SEMUS, às quintas-feiras, no período vespertino, as atividades para a comunidade são suspensas para a realização de reuniões de equipe (interno) que acontece a cada quinze dias, com a participação de todos os profissionais. Esta atividade é intercalada com as reuniões da SEMUS (externo), reunindo outras equipes e discutindo assuntos referentes a capacitações e estruturação dos serviços das ESF. No PSF Afonso Balsini, os acadêmicos de medicina e residentes também participam das reuniões.

As reuniões internas são espaços para discutir quais os problemas enfrentados por cada profissional, quais as novas demandas a serem trabalhadas, repasse de informações da SEMUS, espaço de desabafo e organização do trabalho.

A realização de grupos temáticos também é atividade desenvolvida pelas ESF que podem tanto ocorrer no próprio posto como na comunidade. São espaços de discussão e educação em saúde. Geralmente, são grupos temáticos dirigidos a usuários específicos como: gestante, mulheres, crianças, hipertensos e diabéticos, entre outros. No PSF Afonso Balsini, os residentes e acadêmicos de medicina e psicologia participam e organizam alguns grupos.

Em algumas situações, não são realizados os grupos temáticos, mas são organizados os atendimentos de consultas médicas e acompanhamento para grupos específicos de usuários em determinados períodos, como exemplo o atendimento de puericultura e de hipertensos/diabéticos, no PSF Afonso Balsini.

Inseridos nesta dinâmica de funcionamento se encontram os ACS que são presença constante no posto, realizando suas anotações, informando a equipe sobre situações encontradas na comunidade e que necessitam da intervenção da equipe.

Dentre toda esta dinâmica de trabalho, é reservado aos profissionais a responsabilidade de registrarem suas produções, em registros diários e mensais.

Na triagem, as auxiliares de enfermagem e enfermeira, necessitam registrar as demandas surgidas no posto (Anexo D), para ao final do mês, quantificar e identificar as demandas e os procedimentos realizados. É necessário registrar a administração de medicamentos, as atividades realizadas com curativo, inalação, atendimento de grupos, visita domiciliar, atividades não faturadas, entre outros.

Em situações de identificação de caxumba, sarampo, conjuntivite, meningite, catapora, tuberculose, diarreia, entre outros, é necessário notificar as doenças à vigilância epidemiológica (Anexo E). Com tais notificações, tem-se o controle do surgimento destas doenças com maior efetividade, evitando que tomem proporções maiores na comunidade e no município.

Para os usuários hipertensos e diabéticos, quando identificados, é preenchido um cadastro, objetivando o levantamento de dados desta população e dispor de informações que possibilitem melhor acompanhar o controle da doença de diabetes e pressão alta (Anexo F).

O preenchimento de fichas de cadastramento e acompanhamento para as gestantes (Anexo G) também é uma atividade exigida dos profissionais, objetivando acompanhar melhor o pré-natal. São cadastros que identificam gestantes de baixo peso, se foram realizados todos os exames necessários e conhecer qual o fluxo de atendimento de gestantes no posto.

Ao profissional médico, também, é solicitado o preenchimento de mapa de produção diária (Anexo H), registrando-se as causas e demandas surgidas nos atendimentos

de consulta médica e qual o procedimento realizado. Todos estes dados, no fim do mês, são contabilizados e repassados a SEMUS.

Para os profissionais de enfermagem, Assistente Social e psicólogo também são solicitados os preenchimentos de mapa de produção (Anexo I), identificando ações desenvolvidas com grupos, VD ou atendimentos individuais específicos, igualmente contabilizados e repassados a SEMUS.

Os ACS têm como responsabilidade registrar suas ações e repassar posteriormente a enfermeira da ESF, identificando as ações e encaminhamentos realizados ao longo do mês. Tem a obrigatoriedade de visitarem, uma vez ao mês, cada família de sua micro-área. Outra demanda colocada ao ACS é o preenchimento do formulário da bolsa-escola e bolsa-alimentação que posteriormente é repassado a SEMAS (escola) e SEMUS (alimentação).

O preenchimento e o levantamento de dados estatísticos das demandas com a qual trabalham as ESF é uma realidade. Existe a prática profissional em si, no momento em que se está com o usuário desenvolvendo sua ação, bem como posteriormente, identificando toda a rotina e demandas vivenciadas, no local de trabalho.

Ao se identificar as diferenças entre as ESF, destaca-se o PSF Afonso Balsini com a residência em Saúde da Família, possui residentes que além de estarem integrados à dinâmica de funcionamento da equipe, realiza algumas ações específicas de cada profissão, geralmente vinculados aos atendimentos individuais, como no caso da psicologia, odontologia e serviço social.

Outro aspecto que se diferencia entre as ESF e que merece destaque é a estrutura física em que elas se encontram.

O PSF Arão Rebello foi, recentemente, instalado num espaço que anteriormente era uma escola. As ESF entendem que a estrutura física oferece condições para o atendimento

das demandas da comunidade e algumas necessidades da equipe, mas sentem-se prejudicados pela estrutura física, por ser muito amplo, dificultando a comunicação entre a própria equipe no desenvolvimento de suas ações. Para ilustrar o fato, quando da observação, pôde-se constatar que:

O espaço é amplo. As salas de consultório e enfermagem ficam de um lado do espaço físico e do outro lado, separado por um grande pátio fechado fica as salas de recepção, triagem, sala dos ACS. Quando o telefone toca na recepção é necessário que a auxiliar administrativa saia de seu local e vá chamar a enfermeira. Este tempo gasto é de no mínimo dois minutos. Os profissionais têm reclamado que a comunicação e contato com todos da equipe ficam prejudicados (WIESE, 2003).

Diferentemente do PSF citado acima, a ESF do Afonso Balsini desde outubro de 2001, localiza-se num espaço físico construído com o objetivo de receber uma equipe de PSF, dispondo de uma estrutura que facilita a realização das atividades inerentes à prática da atenção básica e na comunicação entre os profissionais.

Fica evidente que a questão do espaço físico é muito importante no desenvolvimento e principalmente na comunicação entre os profissionais ao realizarem suas atividades. Diante desta realidade, identifica-se um desgaste entre os profissionais do PSF Arão Rebello muito maior que no PSF Afonso Balsini que possui outra estrutura de espaço físico, muito mais adequada às necessidades dos profissionais de estarem mais próximos, facilitando a comunicação e o trabalho em si.

Portanto, a partir da identificação e caracterização do funcionamento em suas similaridades e diferenças entre as ESF, tem-se a possibilidade de identificar como se evidencia o social nas práticas profissionais desenvolvidas.

5.1.1 A Prática Profissional no Desenvolvimento das Ações no PSF

O trabalho em saúde é um desafio constante que exige dos profissionais diversas ações que dêem conta de responder às necessidades colocadas tanto dos usuários que são atendidos como pela própria organicidade de um sistema de saúde.

Ao se propor identificar como o social é trabalhado no contexto das práticas profissionais, parte-se da análise de cada atividade observada e vivenciada durante o processo de pesquisa e estabelecer a partir delas a discussão das práticas profissionais e sua relação com o social.

Triagem/Primeiro Atendimento

Iniciando a discussão, parte-se da análise da triagem que se caracteriza como uma das atividades mais presentes em todas as ESF e se evidencia uma preocupação por parte dos profissionais na organização da demanda espontânea de atendimento.

Segundo depoimento de uma das enfermeiras, o fato do atendimento de demanda espontânea ser realizado no período da manhã, possibilita que se otimize o tempo e a própria demanda que é atendida auxiliando no encaminhamento das situações. Caso não houvesse esta organização da demanda, fica-se apenas no atendimento de consultas médicas. Destaca, ainda, que a comunidade já se sente integrada nesta dinâmica, pois já se acostumaram a vir para as consultas médicas, no período matutino.

Neste sentido, retoma-se Paim (1999a), ao destacar que as práticas profissionais e os serviços de saúde não devem estar centrados única e exclusivamente na demanda espontânea, embora tenha que haver um espaço destinado a este tipo de demanda. A organização das ações deve estar respaldada pela “demanda organizada, a partir da identificação dos principais problemas da comunidade mediante estudos epidemiológicos que reorientariam uma oferta organizada” (p. 478-479).

Entende-se que a triagem se caracteriza como um primeiro atendimento no posto, porque todos os usuários que passam por este atendimento recebem algum tipo de encaminhamento. Então, a triagem não se caracteriza no sentido de ter que triar o tipo de

demanda ou necessidade expressada pelo usuário que irá receber ou não algum tipo de encaminhamento.

Na maioria das vezes, a triagem está vinculada à prática que antecede a consulta médica. Identifica-se que as demandas surgidas, neste espaço, estão vinculadas a “problemas de saúde”, ou seja, são usuários que chegam até o posto com queixas que os mesmos caracterizam de doenças.

Porém, identifica-se que em alguns momentos a triagem também é espaço para queixas não relacionadas diretamente a doenças, evidenciando outras necessidades expressas pelos usuários, que muitas vezes não são identificadas pelos profissionais, ou quando identificadas não sabem lidar com estas questões.

Parte-se para justificar tal afirmação, a partir das demandas observadas na triagem e, principalmente, à forma como são dados os encaminhamentos para estas situações.

Em uma das ESF a demanda mais expressiva que chega a triagem é o atendimento de crianças, representando 80% do total. Este dado fornecido pelo médico se justifica, segundo o mesmo, pelo fato da maioria das pessoas morarem em locais úmidos e sem sol suficiente em suas casas, permanecendo muito tempo fechadas.

Está colocada aqui uma demanda social ampla, que envolve identificar as condições de moradia e hábitos de vida dos usuários, mas em todas as situações de crianças que chegaram para o atendimento médico de urgência, em função de febre, tosse, bronquite, pneumonia, foram apenas encaminhados e tratados com medicação.

Entre outras situações vivenciadas na triagem, citam-se as situações de doença profissional, depressão, drogas e violência. Dentre estes exemplos, duas chamam a atenção pela condução tomada pelos profissionais.

Primeiramente, todas as situações de doença profissional foram identificadas como demanda de doença. Nenhum dos profissionais envolvidos no processo identificaram que o sintoma concreto da doença estava relacionado às condições de trabalho.

Em algumas situações, a queixa estava relacionada a algum acidente de trabalho e houve dificuldade dos profissionais envolvidos de orientar quanto aos encaminhamentos necessários quando se identifica tal situação.

Outra situação vivenciada foi no depoimento de um médico que destacava que muitas situações de violência, abuso sexual, drogas surgem na triagem, que identifica como um “caso social”, mas não sabe como encaminhar, porque não vê saída para estas situações e comenta: “O que vou fazer? Como se meter nisso? Os profissionais e famílias são ameaçadas”.

Neste sentido, entende-se que a triagem é espaço restrito apenas para identificação de sintomas e não das reais necessidades expressas pelos usuários, evidenciando que a triagem não se caracteriza por acolhimento embora exista ESF que a denominam como tal.

O acolhimento pressupõe alguns princípios e objetiva a desconstrução da idéia de que somente o médico é o profissional autorizado a falar de saúde. A prática do acolhimento envolve o acolher, receber o usuário, criar o vínculo com ele e, principalmente, saber identificar qual a real necessidade que o usuário expressa quando procura um serviço de saúde, ou seja, que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada. Então o acolhimento deve:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – Equipe de Acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al, 1999, p. 345).

Insere-se nesta discussão a importância do reconhecimento dos processos intercessores no acolhimento, primeiramente porque é atributo de uma prática realizada por qualquer profissional de saúde na relação com o usuário e se opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que:

[...] visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre as necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção de saúde (FRANCO, et al, 1999, p. 346).

Nas ESF que entendem que desenvolvem a prática do acolhimento, o mesmo é realizado pelo médico e auxiliares de enfermagem, que acontece de maneira individualizada.

As auxiliares de enfermagem recebem o usuário identificando a pressão arterial, peso, altura e febre, quando necessário. A queixa que trouxe o usuário até o posto não é mais registrada no prontuário por estas profissionais, como era realizado anteriormente, ficando sob responsabilidade do médico.

Este atendimento médico é realizado na sala de triagem, que, anteriormente, servia de espaço para as auxiliares de enfermagem atenderem os usuários. A partir desta dinâmica, estas profissionais atendem no corredor que dá acesso a esta sala.

Identificando esta organização do trabalho, o acolhimento também não se caracteriza pela transferência do médico para a sala de triagem, não é prática individual, ou apenas destinada a um profissional. No depoimento de uma das enfermeiras, a mesma entende que apenas houve uma transferência de consultório, não mudando práticas profissionais. Entende que as auxiliares de enfermagem acabaram perdendo seu espaço de trabalho e tiveram que se instalar no corredor de acesso as salas de triagem e recepção.

Com relação a este aspecto, tem-se registrado algumas impressões da pesquisadora quanto às condições em que se operacionalizava a prática do acolhimento pelas auxiliares de enfermagem no corredor de acesso as salas de triagem, destacando-se que:

Todas as identificações de queixas e encaminhamentos dados foram no corredor que dá acesso às salas de triagem. O barulho é insistente e constante. São as pessoas na sala de triagem falando com o médico; é no corredor, as auxiliares de enfermagem pesando e medindo PA (pressão arterial); é a sala de recepção que fica ao lado, onde o telefone toca e as auxiliares administrativas falam o tempo inteiro. O pouco tempo em que fiquei no corredor, o stress, a inquietação e irritação se manifesta em função do barulho. O mesmo é possível ser identificado pelas auxiliares de enfermagem que chegam muitas vezes a estar impaciente com todo este barulho (WIESE, 2003).

Constata-se que as condições de trabalho, a partir da reorganização da prática de triagem/acolhimento, dificultaram ainda mais o desenvolvimento das práticas profissionais somando aos problemas relacionados ao ambiente de trabalho e comunicação referidos pelos profissionais quando discutem e criticam as condições de estrutura física do PSF.

As dificuldades do acolhimento, também, já, se apresentavam no atendimento de recepção. Algumas auxiliares administrativas tinham dificuldade de acharem os prontuários-família, a reclamação constante da insatisfação do trabalho e o atendimento com as pessoas com os mais diversos tipos de humores. Se forem famílias que “incomodam” já vão com ressalvas e visivelmente sem paciência.

Mesmo não havendo adesão total por parte de todos os profissionais no modo como ocorre o acolhimento, tem-se depoimento de profissionais que entendem que os objetivos desta atividade são alcançados porque: “está sendo uma coisa muito boa” porque o movimento no posto diminui rápido e depressa e as pessoas não ficam o dia todo esperando a consulta médica. Assim, fica tudo mais tranquilo” (auxiliar de enfermagem).

Quando uma auxiliar de enfermagem é questionada a respeito do desenvolvimento do acolhimento, ela mesma expressa que é “bom porque ninguém fica sem atendimento”. Relata que gosta desta sistemática, pois tira da responsabilidade dela ter que decidir atender o usuário e fazer a avaliação se este necessita ou não de consulta médica.

A auxiliar de enfermagem explica que pode acontecer de mandar para casa alguém que precisa de consulta médica urgente e se por acaso chegar a falecer a culpada pela situação é ela, porque sua categoria profissional não tem respaldo nenhum pelo Conselho

Regional de Enfermagem (COREM), diferente do médico em que o Conselho Regional de Medicina (CRM) respalda qualquer ato médico. “Tira de minha responsabilidade dizer quem tem que passar pela consulta médica ou não” (Diário de Campo, 2003).

Quando questionado o médico que iniciou a prática de acolhimento, o mesmo responde que esta sistemática de trabalho resolve dois problemas: a demanda reprimida que sai do posto sem consulta médica, como acontecia anteriormente, pois “agora todos são atendidos” não havendo necessidade de agendar consulta médica para situações que podem ser resolvidas rapidamente no acolhimento.

Esta sistemática ocasionou o aumento da vinda dos usuários nos horários da triagem/acolhimento, pois eles tinham a consulta médica garantida, atendimento rápido, sem agendamento e saíam da sala de triagem com receita médica e garantia da medicação. Para as consultas médicas agendadas, o tempo de espera é em torno de um mês.

Este fato é identificado pelo médico que conclui que a sistemática adotada no acolhimento não tem dado muita resolutividade, pois “as pessoas estão vindo demais para o acolhimento e não têm agendado consulta médica”. Toma uma atitude contraditória, pois, inicialmente, entendia o acolhimento como diminuição do agendamento de consultas, mas depois entende que o agendamento de consulta não estava ocorrendo.

Ao propor como saída para o problema à consulta médica agendada, recai-se, novamente, num erro: na lógica consulta/agenda, em que o trabalho médico sempre estará atrelado a consultas médicas e preso a agendas. A saída, segundo Franco et al (1999), é a passagem da lógica agenda/consulta para uma outra da “responsabilização de uma equipe multiprofissional e um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de Vínculo entre profissional e paciente” (p. 352).

A partir destas constatações, no processo de triagem/acolhimento e vinculando à questão da demanda espontânea, identifica-se em todas as ESF que o atendimento de consultas médicas acontecem durante todo o período de atendimento do posto.

Isto evidencia e contraria a posição de um dos médicos que entende que o acolhimento dentro do atendimento da demanda espontânea, consegue vencer a demanda reprimida, ou que a solução para um acolhimento eficiente esteja pautado no agendamento de consultas.

Em muitos momentos, presenciou-se os médicos envolvidos o dia inteiro, com consultas médicas, inclusive, com depoimento de que tem consciência de que a prática profissional se restringe aos atendimentos de consultas. Com estas práticas, reforça-se a prática médica e fortalece-se a concepção de que saúde está atrelada à resolução de doença.

A partir desta análise, outras questões surgem, no sentido em que fica evidente também a fragmentação das práticas e do próprio conhecimento da realidade ao qual os profissionais estão inseridos.

Retomando a dinâmica de trabalho das auxiliares de enfermagem, no processo de triagem, é que antes tinham a responsabilidade e a oportunidade de identificarem as demandas e queixas trazidas pelos usuários, quando registravam nos prontuários a situação trazida pelo usuário. No depoimento de uma auxiliar de enfermagem, ela comenta que: “o médico é que identifica as queixas”.

A mudança da sistemática da triagem foi algo recente, talvez não tenha se atentado ao fato de que se a sistemática continuar a ser esta, terão dificuldades futuramente em identificar, reconhecer e entender a história pessoal e de saúde de cada usuário que atendem, pois foi delegada ao médico a responsabilidade de identificar a queixa e demanda trazida pelo usuário, reforçando-se de maneira expressiva a figura deste profissional. É o

retorno mais que concreto do modelo médico-centrado, refletindo aquilo que o PSF quer combater, ou seja, o modelo flexneriano de saúde. Neste sentido:

A organização parcelar do trabalho, fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A super especialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho (FRANCO et al, 1999, p. 352).

Algo que deve ficar evidente no processo de triagem/acolhimento é que mesmo havendo a preocupação de reorganizar as demandas, como acontecem em todas as ESF - e isto vem ao encontro da necessidade de se reorganizar as práticas para que não estejam envolvidas apenas no atendimento de consultas médicas -, o mesmo não terá resultados efetivos, se realmente o espaço da triagem/acolhimento não for entendida como um espaço primordial de acolhida, de criação de vínculo e preocupado com as falas e necessidades dos usuários. Neste sentido, destaca-se que:

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação com o usuário, o acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si (FRANCO et al, 1999, p. 346).

Portanto, a partir do entendimento que o acolhimento possa ser um instrumento de transformação das práticas profissionais o mesmo também reflete na diretriz de um modelo assistencial de saúde e que aparece consoante a conjuntura de mudanças, que estão sendo disputadas no cenário das Políticas de Saúde no Brasil.

Então, se o acolhimento está fundado no discurso da inclusão social, na defesa do SUS, na possibilidade concreta da reorganização da gestão e dos serviços de saúde e nas formas de desenvolvimento das práticas profissionais, os ganhos se centram tanto para o usuário pela satisfação com os resultados diante do atendimento como para os trabalhadores,

por desenvolverem uma prática profissional que satisfaça a realização pessoal e coletiva porque envolve a eficácia e efetividade das ações.

Visita Domiciliar

Outra atividade presente no desenvolvimento das práticas profissionais nas ESF é a visita domiciliar que é desenvolvida por todos os profissionais. Entende-se que a VD é, juntamente com a triagem, o espaço de maior identificação das demandas a serem trabalhadas pelos profissionais, mas com um diferencial, pois estas demandas são identificadas na comunidade.

Diferentemente do espaço da triagem que espera que a demanda chegue até o posto, o espaço da VD é uma possibilidade ampliada dos profissionais conhecerem a comunidade e identificar a partir dela suas necessidades e demandas.

As formas de entendimento da importância da VD podem-se diferenciar entre os profissionais e podem adquirir vários objetivos, dependendo de qual profissional o realiza.

Durante o processo de pesquisa, muitas foram às situações em que se acompanhou o profissional em VD. Alguns profissionais não se restringem a esta prática somente quando possuem carro.

As enfermeiras têm a VD como uma de suas atividades. Um se restringem ao dia destinado a esta atividade, outras se dispõem a realizá-las independente de condições de locomoção, desde que sejam próximas ao posto. Também se identificam profissionais que realizam VD, sem muita frequência.

As auxiliares de enfermagem realizam as VD nos dias destinados a esta atividade, sempre num processo de rodízio para que uma delas possa ficar no posto para atender as demandas de vacina, nebulização, injeção, etc.

Durante o período de observação, realizou-se a campanha da gripe para idosos acima de 60 anos de idade. Por algumas semanas, muitas das VD de todas as ESF foram realizadas em função desta campanha, vacinando idosos acamados ou que não foram até ao posto para tomarem a vacina.

As responsáveis por esta atividade eram as auxiliares de enfermagem e identificou-se que em função de se exigir o cumprimento de uma cota determinada de pessoas vacinadas, pelo Ministério da Saúde, para o município receber uma determinada verba, estes profissionais em muitas situações não respeitaram a opinião de idosos em não querer realizar a vacina.

Então o que se presenciava era todo um discurso frente ao usuário, buscando convencê-lo de tomar a vacina. Em muitas situações, os usuários tomaram a vacina, frente ao fato dos profissionais estarem em suas casas, e acredita-se que em algumas situações, o usuário se sentia pressionado a fazê-lo.

Houve depoimentos de auxiliares de enfermagem que entendiam que a vacina não deveria ser obrigatória e que os usuários são livres para fazerem sua escolha, mesmo que a vacina seja a melhor opção. Outras, porém, entendem que é necessário ir às casas dos idosos que não querem realizar as vacinas porque “é o melhor para eles” e acrescenta: “falando com jeitinho eles concordam” (Diário de Campo, 2003).

Ao final da campanha, a maioria das ESF tinha o sentimento do dever cumprido, porque alcançaram a cota estabelecida pelo Ministério da Saúde de 70% de sua população alvo, para a vacinação dos idosos no município.

Com relação aos profissionais médicos, estes também realizam VD, mas identificam-se posturas diferenciadas entre eles. Todos entendem esta atividade como necessária, mas alguns profissionais se dispõem com maior desprendimento em realizar a VD. Por outro lado, também se identificaram profissionais que o fazem por obrigação. Tal

afirmativa é embasada no depoimento de um profissional que assim se expressou num momento de VD: “A gente faz quando não tem jeito, tem que fazer” (Diário de Campo, 2003).

Essencialmente, as VD realizadas por estes profissionais foram para acompanhar usuários acamados, com tuberculose, averiguar pressão arterial, realizar vacinas, injeção, VD pós-parto e de rotina.

Os ACS são profissionais que estão quase que diariamente em VD em suas micro-áreas em constante contato com a comunidade, estabelecendo um elo de ligação entre a comunidade e os demais profissionais da ESF. Estas trazem, muitas vezes, até o posto, as demandas a serem trabalhadas pelo restante da equipe, inclusive da necessidade da VD.

Estes profissionais identificam e tem mapeado usuários que se encontram acamados, gestantes, famílias que chegam ou saem de suas áreas de atuação e do bairro, situações de carência alimentar, famílias sem emprego, gestantes que ainda não se dirigiram ao posto para o pré-natal, alguma ocorrência de doença que possa ter ocasionado uma internação urgente, entre outros.

Também acompanham usuários com problemas de hipertensão, diabetes, que necessitam de medicação contínua, enfim, possuem o histórico familiar e de saúde de cada família que atendem. Enfim, acabam por constituir-se num elo de ligação entre a ESF e a comunidade.

Muitas das necessidades e demandas das famílias são identificadas, em função deste vínculo dos ACS com as mesmas, nos momentos de VD. Estes profissionais relatam que há visitas curtas, mas em contrapartida, outras são demoradas, porque os usuários relatam a história de suas vidas, muitas vezes, são a única companhia que têm. Há depoimentos de ACS explicitando que em algumas situações “a gente se identifica como psicólogos ou assistentes sociais porque as pessoas confiam na gente” (Diário de Campo, 2003).

Nesta relação dos ACS, com a equipe e comunidade na realização de suas VD, encontram-se muitas vezes objetivos que se entrecruzam, ou seja, existe uma exigência por parte da equipe que as VD tenham um caráter técnico e pedagógico, e por parte da comunidade o tipo de relação que se estabelece é pessoal. Para os ACS, esta relação se caracteriza pela soma da:

Expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos (NUNES, et al, 2002, p. 1646).

Exemplificando esta questão, em um dos momentos de VD, um ACS fez questão de mostrar o lugar em que reside e comenta: “é lá que eu moro, sou tão pobre quanto às pessoas que atendo, mas hoje já não tenho vergonha de mostrar onde moro, antes não te diria jamais onde moro” (Diário de Campo, 2003).

Neste sentido, a partir das observações e na sistematização dos dados, constatou-se que os ACS na prática da VD identificam algumas demandas consideradas sociais. Mas ao mesmo tempo em que esta identificação ocorre, há demandas sociais que não são identificadas e acabam não tendo um encaminhamento. Para se ilustrar tais afirmações, nos acompanhamentos de VD, com alguns ACS pode-se vivenciar esta realidade.

Um ACS em VD a uma família tem conhecimento que a mãe bate em sua filha de 09 anos de idade, pois já identificou marcas de violência na criança. Porém, mesmo sabendo desta situação há algum tempo, não foi dado nenhum encaminhamento para esta situação e nem comentado com o restante da equipe.

Esta situação foi comentada em conversa informal entre os ACS e no momento da observação tomou-se conhecimento do fato. A única ação tomada pelo ACS foi ameaçar a mãe de denunciar a Assistente Social residente, mas nem esta profissional tinha conhecimento do fato.

Os ACS muitas vezes identificam demandas sociais, mas não sabem como encaminhá-las. Como exemplo, um ACS identifica em sua micro-área uma família que possui uma adolescente de doze anos de idade, portadora de deficiência mental, acamada e que no período da noite fica sozinha em casa porque a mãe e irmãos saem para beber.

A dúvida do encaminhamento fica se a responsabilidade de intervir nesta situação está ligada ao Conselho Tutelar (CT) ou a Assistente Social residente. Esta situação fica sem encaminhamento porque esta dúvida não é socializada com os demais integrantes da equipe.

Outra experiência vivenciada foi a identificação da ACS numa VD de violência familiar do marido contra a mulher. Esta situação é enfrentada como um segredo de família em que não se deve interferir. A ACS tem conhecimento da situação, reconhece como uma demanda social, mas não realiza nenhum encaminhamento.

Quando o ACS realiza o encaminhamento das demandas sociais, há dois profissionais das quais elas se reportam. Na situação das ESF que não dispõe do profissional de Serviço Social residente, as demandas são encaminhadas às enfermeiras, que por sua vez, as encaminham em sua maioria para a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). No caso da ESF que possui um profissional de Serviço Social residente, o canal de comunicação que se estabelece é entre o ACS e a Assistente Social.

A equipe que possui o profissional de Serviço Social residente, os ACS cobram deste profissional a realização de VD juntamente com eles para as demandas consideradas sociais.

O preenchimento do bolsa-escola e do bolsa-alimentação é outra demanda colocada aos ACS em suas VD. Sem pretensão de aprofundar a discussão, do bolsa-escola e alimentação, porém, alguns pontos precisam ser problematizados quando se identifica que esta atividade de caráter social, se torna marginal nos moldes em que acontece.

Identifica-se uma dificuldade por parte dos ACS no preenchimento deste cadastro e de entenderem a importância deste documento como um direito assegurado ao usuário de acessar um serviço que lhe assiste. Somada a estas dificuldades, observa-se que em muitas situações os cadastros preenchidos ficam sem encaminhamento para as secretarias responsáveis.

Embora seja um trabalho burocrático, este cadastro evidencia uma possibilidade real e ampliada de se trabalhar com os dados ali contidos, trazendo para toda a equipe o perfil das famílias que residem na comunidade e que expressam necessidades sociais concretas.

Então, os profissionais dispõem de recursos importantes que facilitam o conhecimento da realidade social da comunidade e das famílias, mas não identificam estas possibilidades, deixando a margem estas as informações que podem ser transformadas em dados reais de enfrentamento das demandas e necessidades expressas pelas suas famílias.

Grupos

A realização de grupos, também é uma atividade desenvolvida pelas ESF, tanto no posto como na comunidade, alguns com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal. Os grupos temáticos são atividades organizadas para atenderem grupos de usuários específicos, caracterizando-se por uma oferta organizada de serviço.

Neste sentido, concorda-se com Franco et al (1999) que a realização de grupos, sob a perspectiva da integralidade da assistência, é uma atividade fundamental, porque “resolve grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção a saúde” (p. 349). Isto implica ter claro os objetivos e metas a serem alcançadas na realização desta atividade, não sendo apenas mais uma prática somada as outras.

Os grupos podem atender a vários objetivos, podendo ser espaço de repasse de informação, de construção de educação em saúde, de mudanças de hábitos de vida, organização comunitária, de prevenção e acompanhamento de saúde, entre outros.

Além de atender a um determinado objetivo, a realização de grupos também pressupõem alguns princípios e ações que o possam caracterizar como espaços potencializadores de construção de saúde e que igualmente estejam vinculadas às necessidades dos usuários.

Neste sentido, o trabalho de grupo envolve conhecimentos e técnicas de desenvolvimento que possam auxiliar na construção de uma relação de troca entre os usuários e os profissionais envolvidos com esta atividade. Isto evidencia a importância do material didático a ser utilizado, do espaço físico em que se realiza esta atividade, a linguagem utilizada, a temática abordada e, principalmente, o próprio entendimento de grupo.

A seguir se relatará cada grupo acompanhado ou existente nas ESF, para ao fim destacar os limites e a potencialidade do grupos realizados.

a) Grupo de Hipertensos/Diabéticos no Posto

Iniciando esta discussão, vivenciou-se a realização de um grupo de hipertensos e diabéticos realizado no próprio posto. A relação que se estabeleceu entre os usuários e o profissional foi extremamente dificultada pela linguagem utilizada, pelo espaço físico, pelo material didático e principalmente a temática abordada.

Este grupo contou com a presença de trinta usuários (número considerável) e seria ministrada por uma acadêmica de nutrição da FURB, com o objetivo de desenvolver uma pesquisa com usuários hipertensos/diabéticos. Além da acadêmica, o grupo contou com a colaboração das auxiliares de enfermagem e alguns ACS.

Os usuários foram acomodados em bancos dispostos um atrás dos outros, no pátio do posto onde fica a recepção, farmácia, corredor para odontologia, como porta de entrada no posto e corredor para consulta médica. O barulho era insistente porque havia outros usuários no mesmo espaço físico pegando sua medicação e marcando consulta médica.

Estas condições influenciaram diretamente no desenvolvimento da explanação do tema. A acadêmica teve que competir com o barulho para conseguir ser ouvida. As condições para uma boa escuta estavam prejudicadas neste espaço.

O tema abordado foi sobre hipertensão e diabetes, sua identificação, hábitos alimentares e tratamento e o questionamento inicial realizado para os usuários foi quem dos presentes tinha diabetes do tipo 2³⁵, no qual nenhum usuário se manifestou. A auxiliar de enfermagem comenta para a acadêmica informar o que caracteriza a diabetes tipo 2, no qual depois da explicação, alguns usuários se identificaram com este tipo de diabetes.

A utilização da linguagem técnica dificultou a criação de um espaço de diálogo entre os usuários e a acadêmica, estabelecendo-se um monólogo. Esta situação foi agravada quando da utilização de transparências escritas em computador carregadas de texto com apenas algumas figuras pequenas.

No transcorrer da explanação, a acadêmica evidencia a importância de se realizar seis refeições por dia com a presença de muitas frutas e verduras. Como não tinha conhecimento da realidade social na qual estava inserida, a acadêmica não fazia idéia de que muitos destes usuários não têm condições de realizar, ao menos, três refeições por dia.

Ao final da atividade, com todas as características evidenciadas, a acadêmica pergunta se algum usuário apresenta alguma dúvida, no que prontamente um se levantou e, da seguinte maneira se expressou, com tom de indignação: “o que a senhora nos disse a gente já

³⁵ Diabetes tipo 2 é a adquirida ao longo da vida geralmente depois dos 30 e 40 anos, diferentemente da tipo 1 que se manifesta desde criança.

sabe, tudo o que se falou e como a gente tem que cuidar do tratamento a gente já conhece, não pense que a gente não sabe” (Diário de Campo, 2003).

Esta fala é significativa de sentimentos e de compreensão de que aquela atividade, em momento algum, contribuiu para a vida prática daqueles usuários, além de ser um tema amplamente debatido para este grupo de usuários, que sempre estão em acompanhamento. Posteriormente à atividade, a acadêmica expressa sua opinião a respeito do grupo à enfermeira e comenta que: “ninguém entendeu o que eu disse” (Diário de Campo, 2003).

b) Grupo de Precoce

Contra-pondo-se a esta experiência, acompanhou-se o grupo de precoce em que as condições realizadas foram diferentes, evidenciando como a questão do espaço físico, da linguagem e do material didático auxilia no processo de educação em saúde, e no próprio entendimento de saúde como conhecimento construído.

Este grupo foi realizado num espaço destinado especialmente para estas atividades, havendo boa iluminação, numa sala sem outras atividades em execução. As cadeiras possibilitavam a formação de círculos.

A estratégia utilizada foi a entrega, para cada mulher, do resultado do preventivo de colo de útero, com o objetivo de que com as explicações dadas no grupo, as mulheres pudessem identificar no próprio exame o seu resultado. Caso houvesse alguma mulher com exame alterado, a mesma seria chamada em particular e com urgência.

O desenvolvimento do grupo foi bem dinâmico, pois as mulheres participaram tirando suas dúvidas, principalmente, as relacionadas com o resultado do preventivo. Esta participação foi facilitada também em função das enfermeiras disporem de material didático (pênis de borracha, aparelho reprodutivo da mulher, métodos de contracepção como

diafragma, camisinha feminina e masculina, DIU), auxiliando na discussão realizada sobre as doenças sexualmente transmissíveis e dos métodos de contracepção.

c) Grupo de Hipertensos/Diabéticos na Comunidade

O grupo de hipertensos/diabéticos, realizado na comunidade, objetivou atender os usuários que residem distantes do posto, para que, também, possam participar desta atividade e manter o acompanhamento médico. Esta região localiza-se numa área rural, distante do posto. Há uma pequena escola de duas salas para atender as crianças daquela região e não há transporte escolar, nem coletivo.

Participaram do grupo: o médico, uma auxiliar de enfermagem e alguns ACS. As atividades do grupo foram realizadas no pátio da escola que não tinha aula naquele período. No total eram oito usuários presentes.

A coordenação do grupo ficou sob responsabilidade do médico e a auxiliar de enfermagem media a pressão arterial dos usuários que já vinham com seus exames na mão para que o médico pudesse ver os resultados e indicar o tratamento. Enquanto se averiguavam os exames ia-se resgatando algumas informações a respeito do que seja a diabetes e pressão alta e a importância da alimentação para o controle das duas doenças.

d) Grupo de Saúde na Comunidade

Outra experiência de grupo na comunidade é o desenvolvido por uma ESF que o denomina de Grupo de Saúde na Comunidade, coordenado pelos residentes de psicologia, Serviço Social e com a participação dos ACS. O grupo se reúne em residências de usuários que se dispõem a receber a equipe e os usuários.

Como era o primeiro encontro deste grupo, foram realizados levantamentos de sugestões de temas a serem debatidos neste espaço que foram: lazer, ervas medicinais, pressão

alta, diabetes, sobre família, problemas cardíacos e um usuário sugeriu apenas poder estar ali conversando com os amigos pois “era um momento muito bom, como aquele do grupo naquele momento”. Ficou estabelecido que este encontro será realizado uma vez por mês. A grande maioria do grupo foi de pessoas idosas.

Todas as pessoas se conheciam, estavam a conversar sobre mais diversos assuntos e comentavam também se as pessoas convidadas viriam ao encontro, uma vez que elas mesmas haviam reforçado o convite que foi realizado pelos ACS.

O ambiente era descontraído, pois os usuários iam conversando sobre vários assuntos informais como o vizinho que não tinha chegado ainda, sobre as bonitas plantas que a dona da casa tinha, que apenas estava presente um homem.

Neste ambiente descontraído, o psicólogo, informalmente, no meio da conversa, foi destacando o objetivo deste encontro e bem como a importância de se construir espaços como este, na própria comunidade, para se discutir saúde. Sugeriu-se a dinâmica do novelo de lã, coordenada pela Assitente Social, em que cada pessoa pegaria o novelo, falaria seu nome e destacaria qual assunto interessava para ser discutido no grupo de saúde, da comunidade.

Ao se analisar os temas, identificam-se assuntos como lazer, ervas medicinais, família, ou seja, não são assuntos relacionados diretamente com doença, mas com saúde.

e) Grupo de Gestante

Este grupo realizado por uma ESF visa, além do repasse de informações e do acompanhamento de pré-natal, a possibilidade de construção de práticas que não se vinculam exclusivamente ao atendimento tradicional às gestantes, quando introduz em sua dinâmica a consulta coletiva. Os profissionais envolvidos são os residentes, acadêmicos de medicina, médico, auxiliares de enfermagem e enfermeira.

Primeiramente, é abordado um tema, sob responsabilidade dos residentes e depois é realizado o atendimento coletivo com as gestantes, sob responsabilidade dos acadêmicos de medicina e médico.

No período da observação, pode-se presenciar o residente em odontologia e educadora física realizando a primeira abordagem no grupo. O primeiro discutiu a importância da saúde bucal da gestante e do bebê e a educadora física sobre a relevância do relaxamento e de exercícios físicos.

Neste grupo, duas foram as formas de coordenação. Na primeira semana o grupo foi realizado ao mesmo tempo das consultas coletivas e no mesmo espaço, ou seja, enquanto o acadêmico de medicina consultava uma gestante, as demais ficavam ouvindo as informações repassadas pelo dentista e auxiliar técnica dentária, sobre os cuidados dos dentes, no período da gestação.

Com esta dinâmica, houve uma dispersão da atenção por parte das gestantes. Elas se preocupavam em serem atendidas pelo acadêmico de medicina e, conseqüentemente, as falas do dentista não foram ouvidas e compreendidas. Os termos usados pelo dentista para explicar e responder as perguntas eram totalmente técnicas, num linguajar que não chamava a atenção e compreensão das gestantes.

Na semana seguinte, a responsável pelo grupo foi a educadora física que realizou alguns exercícios de relaxamento com as gestantes com a participação dos acadêmicos de medicina.

A comunicação entre as gestantes e educadora foi muito boa, estabelecendo uma comunicação simples de fácil entendimento, sem o uso de termos técnicos para explicar o processo de relaxamento. Os acadêmicos não iniciaram as consultas médicas antes da educadora física terminar suas atividades. As gestantes estavam muito comunicativas,

conversavam entre elas, brincaram com os acadêmicos pelo fato deles também estarem realizando alguns exercícios.

f) Grupo de Caminhada

Este grupo é coordenado pela residente em educação física que juntamente com a comunidade, organizou caminhadas pelo bairro e ginástica, com expressiva mobilização das mulheres, inclusive algumas perdendo peso, conseguindo controlar a taxa de colesterol e diabetes. Nesta atividade, houve orientação para a reorganização dos hábitos alimentares.

g) Grupo de Geração de Renda

A partir da identificação das necessidades da comunidade, em especial para as mulheres, a Assistente Social residente, organizou a implantação do grupo de geração de renda com as mulheres, com o objetivo de produzirem artesanato para ser vendido na comunidade, em atividades festivas na cidade, entre outros.

Segundo Rosa (2003), com a criação deste grupo, houve considerável melhora na qualidade de vida das mulheres, ampliando a “convivência social, dinheiro para alimentação, aluguel, transporte, etc. A atividade ocupacional trouxe melhoria na saúde individual e familiar (muitos superaram a depressão)” (p. 14).

h) Grupo de Adolescentes

A implantação do grupo de adolescente partiu do interesse das estagiárias de psicologia a partir do levantamento do planejamento estratégico da ESF. No período da observação, este grupo ainda não havia se consolidado. As ações pautaram-se na articulação junto à escola da região, para a mobilização dos adolescentes. Houve uma primeira tentativa de grupo, mas nenhum adolescente compareceu.

A descrição de cada grupo, inicialmente, objetiva demonstrar algumas questões fundamentais quando se discute a realização dos mesmos. Primeiramente, que todos os grupos expressam uma demanda social que deve ser trabalhada e identificada como tal.

O sucesso ou não de um trabalho está essencialmente vinculado ao modo como o mesmo é realizado e como é entendido, ou seja, apenas como uma prática a mais para os profissionais ou um instrumento potencializador na construção de novas relações, entre o usuário e a ESF vinculada as necessidades do último.

Vasconcelos (1985), embora discuta a importância do grupo especificamente na atividade com o Serviço Social, traz elementos importantes quando conceitua grupo e acredita-se que esta discussão possa ser desenvolvida neste estudo. Para a autora, o trabalho de grupo, para que esteja voltado para a transformação social, deve ser entendida como:

Um conjunto de pessoas interdependentes, uma totalização em processo, jamais acabada [...]. Os grupos não são estáticos, eles se constroem permanentemente. A própria participação nos grupos dá aos indivíduos a dimensão do grupo como uma força viva dando sentido da força da organização. Neste se construir o grupo trabalha suas relações para poder trabalhar, já que sem a construção de uma verdadeira relação grupal torna-se difícil que as pessoas concretizem uma tarefa de forma coletiva (p. 26).

A partir deste conceito, outro aspecto relevante nos grupos é a escolha dos temas abordados, eles precisam estar vinculados aos interesses dos usuários, contribuindo para que realmente se construa novos conhecimentos numa relação horizontal e não preconizando que o único conhecimento legítimo é o do profissional, como o ocorrido no grupo de hipertensos/diabéticos, realizado pela acadêmica de nutrição. Neste sentido destaca-se que:

A forma de tematizar o discurso do grupo pode permitir e levar o técnico a assumir um papel de destaque, um papel de autoridade, ao dirigir os rumos da discussão para caminhos que atendam a seus interesses e se afastem dos interesses comuns aos membros do grupo. Como exemplo podemos citar reuniões onde o técnico passa a tematizar a partir de valores e/ou interesses pessoais, conduzindo o grupo cada vez mais para longe de sua realidade, de seus valores, de suas necessidades, de interesses que só podem ser seus, quando ele mesmo os delimita (VASCONCELOS, 1985, p. 75).

Mas o que de fato fica evidenciado, quando se analisa a realização dos grupos, é que fundamentalmente estão vinculadas às discussões de doenças. Algumas iniciativas, como o grupo de geração de renda, o grupo saúde na comunidade e o de caminhada, talvez sejam um dos indicativos potencializadores do grupo, em que as demandas e necessidades dos usuários envolvidos estavam implicadas.

No grupo de geração de renda, porque trabalha com a perspectiva da organização comunitária, que tem como objetivo melhorar a renda da família, potencializar a capacidade de trabalho das mulheres tendo como consequência o desenvolvimento da auto estima alterando o quadro de doenças como a depressão.

O grupo de saúde na comunidade, além de apresentar algumas temáticas relacionadas a doenças, mas foram demandas expressadas pelos usuários, evidencia temas que ultrapassam estas discussões, quando sugere a discussão do lazer, das ervas medicinais ou de apenas conversar entre as pessoas, porque isso também é saúde.

O grupo de caminhada por possibilitar novos hábitos de vida e alimentares, além de fortalecer as relações interpessoais entre os usuários que integram uma mesma comunidade, ocasionando uma qualidade de vida maior inclusive refletindo na alteração de quadros de obesidade e controle de diabetes e hipertensão.

O fato dos grupos temáticos serem realizados na comunidade, também não garante que a abordagem tradicional não esteja implicada, pois mesmo buscando construir outras relações e existir a preocupação de estar e chegar até os usuários mais distantes, a forma de conduzir o grupo permanece o mesmo, fala-se de doença.

Os grupos, nesta direção, devem ser uma preocupação da equipe como um todo, todos devem estar envolvidos e não apenas uma atividade restrita de alguns profissionais, no tratamento de doenças, como se tem visto nestas experiências. Acrescenta-se então, que:

Os profissionais sentem-se poucos preparados para a realização dessas atividades. Inferimos [...] que essa deficiência está associada à mudança de paradigma educativo, pois hoje, a prática educativa exige o conhecimento da realidade, além de uma visão crítica daqueles que se propõem a desenvolver qualquer temática. [...] A educação em saúde deve estar baseada na reflexão crítica do grupo quanto aos problemas e as ações necessárias à melhoria da qualidade de vida (MOURA e SOUSA, 2002, p. 1811).

Outro exemplo é entender que as acadêmicas de psicologia, numa prática isolada, vão dar conta de responder a uma necessidade da comunidade. O que se evidenciou é que as mesmas se encontravam sozinhas articulando esta atividade sem envolvimento nem mesmo da ESF. Quando o insucesso do primeiro encontro se concretizou, então alguns profissionais entenderam que era necessário rearticular com os demais profissionais a organização e mobilização deste grupo.

A questão do adolescente não é entendida pelo grupo como uma necessidade a ser trabalhada pela ESF, mesmo que expressa como uma demanda social pela comunidade e identificada no planejamento estratégico da equipe, mas que se resumiu a uma prática de estágio para as acadêmicas de psicologia.

Para que a prática de grupo realmente possa alcançar os objetivos de uma construção de conhecimentos e de troca entre profissional e usuários, os profissionais devem assumir esta prática entendendo-a como essencial para a construção de um novo agir em saúde.

5.1.2 Reuniões de Equipe: Espaço de Planejamento das Ações Profissionais

As reuniões de equipe são atividades desenvolvidas pelos profissionais a cada quinze dias. Nelas são discutidos diversos assuntos, em sua maioria vinculados ao planejamento e avaliação das ações, no levantamento de prioridades a serem realizadas. Também é espaço de descontração, de desabafo e, muitas vezes, é o único momento em que todos os profissionais se encontram reunidos.

A questão central que perpassa as reuniões de equipe é seu caráter potencializador como espaço de planejamento de ações que podem ser apresentadas como tecnologias para articular mudanças no campo da saúde. Encontram-se “interligadas à mudança efetiva do modelo de atenção vigente. O modo concreto, segundo o qual as práticas se organizam em um momento dado, é, sem dúvida, a cristalização de uma mediação entre política e práticas” (CAMPOS, 2000a, p. 1022). Mas o que vem a ser planejamento?

Ato ou efeito de planejar: trabalho de preparação para qualquer empreendimento, segundo roteiro e métodos determinados (...); elaboração, por etapas, com bases técnicas de planos e programas com objetivos definidos – somente terá valor de uso se não perder sua capacidade instrumental. É campo metodológico que visa os meios como seu fim. Sua razão de existir é, e será, operacionalizar organizações e grupos para atingir fins [...] (CAMPOS, 2000b, p. 724).

A reunião de equipe como espaço de planejamento pode ser identificada quando se discutiu entre as ESF a organização e o estabelecimento do acolhimento como uma nova sistemática de trabalho a ser desenvolvida pelas equipes.

Foi um espaço em que todos os profissionais puderam discutir e elaborar a construção de uma proposta de trabalho. Este processo foi marcado por conflitos, resistências, aceitação, motivação, entre outros, mas que ao fim estabeleceu as diretrizes de trabalho para o denominado acolhimento dado pela equipe.

Concorda-se com Franco et al (1999) que o acolhimento só é possível se a gestão for participativa, com espaços democráticos e interação entre os profissionais e acrescente-se que:

Isto, porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do devir, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na Unidade de Saúde (p. 351).

Neste sentido, o planejamento como instrumento também pode ser entendido como processos de “gestão das organizações, porque ocorrem processos de trabalho, é uma

prática social transformadora, tendo em vista a determinação de novas relações sociais” (MERHY,1995, p. 119 apud CAMPOS, 2000b, p. 727) e como exemplo cita-se a discussão realizada por uma ESF quanto à necessidade de reavaliar o desenvolvimento do grupo de gestantes.

Na reunião os profissionais, questionaram os atuais modos de operacionalizar o grupo, que para o entendimento de alguns não estava correspondendo às necessidades das gestantes, que estavam sendo atendidas através da consulta coletiva.

Este espaço de discussão possibilitou que se reavaliasse a proposta da consulta coletiva, na identificação dos limites e avanços desta proposta e, principalmente, na reorganização de algumas ações que garantissem a efetividade deste trabalho.

Destacam-se algumas observações realizadas pelos profissionais quanto ao grupo de gestantes na reunião de equipe, que foram registrados no diário de campo:

Os ACS destacam que já haviam percebido que a porta da sala de reuniões sempre esteve aberta quando as consultas coletivas eram realizadas e que elas enquanto mães e gestantes nunca iriam se sentir à vontade sendo consultadas de porta aberta e coletivamente. Resgatam a importância de que ninguém perguntou para as mulheres se elas querem ser consultadas coletivamente.

O dentista residente comenta que se sentiu desconfortável em realizar o grupo, pois questiona fazer o grupo e a consulta coletiva ao mesmo tempo. Identificou que apenas uma gestante manteve um diálogo com ele.

As auxiliares de enfermagem também se manifestaram dizendo que da forma como o grupo de gestantes está sendo conduzido não está bom, tendo que se rever esta dinâmica. Os grupos também não estão consolidados ainda no PSF e que precisa de investimento.

A Assistente Social também resgata a dificuldade dela fazer o grupo tendo os acadêmicos consultando na mesma hora, mas destaca que a porta esteve fechada, mas não diminui o desconforto das gestantes, pois a toda hora acadêmicos entram e saem da sala (WIESE, 2003).

Na oportunidade desta reunião, o profissional médico e enfermeira não se fizeram presentes, o que deixou alguns profissionais mais à vontade para se expressarem, evidenciando também que nestes espaços se concretizam relações de poder. Esta afirmativa é

realizada perante depoimentos de profissionais que declararam que o fato da enfermeira e médica não estarem presentes, fez com que pela primeira vez todos participassem na reunião e dessem suas opiniões.

Alguns ACS comentam que pela primeira vez foi ouvida a voz de muitos ACS que nunca expressaram suas opiniões. Comentam que apenas acatam a decisão da enfermeira e médica.

Na semana seguinte, a mesma ESF voltou a discutir a sistemática de trabalho do grupo de gestantes com a presença do profissional médico na reunião que deseja saber quais os encaminhamentos dados na reunião passada.

Então é resgatada com o médico a avaliação que se tinha feito com relação ao grupo de gestantes. Os ACS comentaram que muitas gestantes falaram que elas que não se sentiram bem na consulta coletiva, que não perguntaram suas dúvidas por vergonha.

O médico comenta que não abrirá mão do atendimento coletivo, pois não é por uma simples avaliação que se voltará para a consulta individual e diz que “se as mulheres não perguntam é porque não querem”, pois lá todos estão dispostos a responder as dúvidas e que inclusive os acadêmicos sempre perguntam se há alguma dúvida.

É destacado então que o grupo é realizado antes da consulta coletiva, mas que as atividades serão realizadas no mesmo espaço. A porta se mantém fechada para maior privacidade. O médico enfatiza que se deve acreditar numa proposta diferente de trabalho e se as gestantes não estavam entendendo este processo que se retomasse em todas as semanas mesmo que já dito qual a finalidade da consulta coletiva. Diferente da reunião passada, percebe-se que a fala do médico tornou-se quase única, colocando suas posições e estas eram aceitas pelo grupo.

Resgata-se com esta situação que o processo de trabalho em saúde é governado pelas “lógicas dos saberes das formações corporativas, das diretrizes organizacionais, etc”

(CAMPOS, 2000b, p. 728) no sentido em que o médico em sua postura, frente aos questionamentos dos demais profissionais quanto à consulta coletiva, entende que a dinâmica adotada e defendido pelo mesmo é o mais adequado às necessidades das gestantes.

Neste sentido, o planejamento e reorganização das ações não podem ser efetivados diante de posturas autoritárias. As reuniões e, conseqüentemente, o planejamento envolvem espaço de troca e participação para promover mudanças nos serviços, não se caracterizando por uma receita pronta mas:

Seria dispositivo, agenciador, analisador, enfim, permanente movimento. [...]. De fala protegida e de organização. De operacionalização e também de reflexão crítica. Não seria determinista, casuísta, nem linear, mas analítico. Mais perguntaria que responderia. Todavia, não faria só perguntas ingênuas, afinal o planejamento trabalha com fins, sentidos. Faz perguntas dirigidas ao rumo das diretrizes e a transformação. Subsídia o crescimento e subverte a ordem de poderes estabelecidos (CAMPOS, 2000a, p. 1028).

As reuniões de equipe também são espaços para desabafo, para confraternização e fortalecer os vínculos entre os próprios profissionais. As comemorações de aniversários dos profissionais são realizadas nestes espaços, entendendo como um processo importante e de descontração. Geralmente ao fim das reuniões, são comemorados os aniversários e acaba-se conhecendo, muitas vezes, não o profissional, mas a pessoa em si, sem suas características profissionais apenas.

Numa destas oportunidades de descontração da ESF, foi comentado por uma ACS que a auxiliar de enfermagem F é sempre muito lembrada pelas pessoas da comunidade como uma pessoa “muito humana”. F comenta que trata as pessoas como quer que a tratem.

Mas as reuniões também servem de espaço para desabafos e numa destas ocasiões um dos médicos expressa que não sente que esteja realizando de fato uma prática de PSF: “eu não consigo trabalhar com prevenção e atividades de educação em saúde [...] eu só faço atendimento o dia todo e não consigo sair desta prática” (Diário de Campo, 2003).

Portanto, se o planejamento é uma questão central nas reuniões de equipe, o mesmo deve se propor a mediar mudanças, “ele tem que se manter comprometido com os fins institucionais, com a produção de saúde e com a instituição de novas formas de cuidado” (CAMPOS, 2000a, p. 1023).

Isto implica também na perspectiva da identificação do social no planejamento, superando a postura de entender que o mesmo apenas envolve na organização de ações e demandas de saúde vinculadas a superação de sintomas físicos e da dor. Neste sentido, destaca-se que o planejamento ainda “não consegue perceber que o social nunca é só uma abstração estatística, mas que também se encarna no doente e em sua doença” (CAMPOS, 2000b, p. 727).

5.1.3 Conselho Local de Saúde e a Possibilidade do Controle Social

O Conselho Local de Saúde (CLS) remete a discussão de uma questão essencial no âmbito do modelo assistencial de saúde e das práticas profissionais porque envolve a participação popular no processo de efetivação do SUS através do controle social.

O controle social na saúde é atualmente um direito garantido na CF/1988 do princípio “participação popular” que no plano jurídico foi regulamentado com a promulgação da Lei 8.142/90. É nesta Lei que se encontra pela primeira vez o detalhamento de como se dará o exercício do controle social na saúde, através de duas instâncias formais que são o conselho de saúde e a conferência de saúde.

Entende-se então, que o CLS, é um espaço legítimo de controle social porque é baseado na concepção de participação social que “tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado” (BRAVO, 2001, p. 47).

O CLS também é espaço de contradição, mas possibilidade de uma nova modalidade de participação como lócus do fazer político. Então, entende-se que esta discussão está inserida nas práticas profissionais porque refletirá em que sentido a participação da população é entendida e fortalecida nestes espaços pelos profissionais de saúde.

As equipes de PSF observadas possuem cada qual o seu CLS. No caso do PSF que possui duas equipes, o conselho é um só com representação de ambas. Neste sentido, as reuniões do CLS³⁶ e o acesso à ata do mesmo foram material de análise para a discussão do controle social.

Contextualizando em linhas gerais o CLS do PSF Afonso Balsini, o mesmo foi criado em três de outubro de 2002. Consta na ata deste conselho a discussão do planejamento estratégico e da problemática da comunidade com a drogadição como proposta a ser trabalhada neste planejamento.

Neste sentido, a primeira demanda identificada por este conselho foi a preocupação em se organizar um planejamento que desse conta de estabelecer as prioridades de atendimento através do conhecimento dos recursos e deficiências da comunidade. Segundo depoimento da enfermeira, houve grande mobilização por parte da comunidade e dos profissionais no processo do planejamento estratégico.

Tem-se registrado na ata vários encontros realizados pelo CLS em virtude desta atividade em que inicialmente se levantou os questionamentos: o que é problema de saúde nesta comunidade? Quais as necessidades de saúde? Reportando-se à ata deste referido CLS tem estas indicações:

Problemas de meio ambiente: falta de saneamento básico, difícil acesso em algumas áreas, pavimentação, entulho, poluição a meio – ambiente, poluição sonora

³⁶ Participou-se de duas reuniões do CLS do PSF Afonso Balsini e teve-se acesso à ata do conselho. Não houve possibilidade de se participar da reunião do CLS do PSF Arão Rebello, pois não houve encontro no período da observação e também não se teve acesso à ata.

e animais soltos na rua. Dificuldades na capacidade instalada da equipe: falta de medicamentos no SUS, falta de consultas médicas (demanda), comodismo, difícil acesso a algumas áreas, acesso unidade referência exames, dificuldades da equipe capacitação, número de famílias/acesso por agentes comunitários, dificuldade de espaço para atividades físicas, falta de materiais, ausência de intersetorialidade, tempo para discussão em equipe, atendimento odontológico, atendimento ao câncer, pouco relacionamento com a comunidade, ausência de atendimento familiar, número crescente de doenças sexualmente transmissível. Dificuldades na capacidade instalada da comunidade: salários baixos, aumento preços mercadorias, alto custo medicamentos, violência nas ruas, medo em casa, falta de vagas na creche, ausência de fazer transporte, falta de opções de trabalho, acesso de unidade referências, exames, valores (desestrutura familiar) entulho poluindo o ambiente, poluição sonora, ausência de cursos profissionalizantes/adultos/adolescentes, solidão, stress, aumento do sofrimento psíquico do impossibilitado físico, falta de espaço para socialização, doenças do trabalho, abandono do idoso, ausência de eventos culturais (ATA CLS PSF AFONSO BALSINI, 2002, p. 02).

No transcorrer da elaboração do planejamento estratégico, foram elencados os problemas da comunidade como prioridade de intervenção. Identificou-se a capacidade instalada da comunidade e do PSF, tendo como resultados:

Capacidade instalada: equipe de saúde, grupo de terceira idade, balé – dança nos bairros, ginásticas dos idosos, capoeira, caratê, torneios de futebol, movimento de alfabetização de adultos, pastoral de saúde, pastoral da criança, movimento social, feira de amostras, olimpíadas, festas juninas, baile de casais, benzedoiras, centro espírita, clube de mães, grupos de reflexão. Capacidade instalada na unidade: médico, odontólogo, enfermagem, assistente social, psicólogo, agente comunitário de saúde, educador físico (ATA CLS DO PSF AFONSO BALSINI, 2002, p. 03).

Os problemas elencados pelo CLS para serem discutidos e trabalhados foram:

Alcoolismo, drogas, falta de atenção aos familiares, falta de medicamentos no SUS, comodismo da comunidade, ausência de lazer para adolescente, acesso à unidade de referência/consultas e exames, alto número de famílias por micro-áreas, ausência de intersetorialidade, entulho poluindo o ambiente, ausência de divulgação das informações, solidão, stress, alto número de sofrimento psíquico impossibilitante, ausência de planejamento familiar, alta incidência de doenças de trabalho, pouco atendimento odontológico (ATA CLS DO PSF AFONSO BALSINI, 2002, p. 04).

Constata-se que muitas são as demandas identificadas como problemas pela comunidade juntamente com a ESF e neste sentido reforça-se a importância do CLS como um mecanismo para o enfrentamento destas questões.

Na identificação dos problemas levantados pelo CLS, com relação ao alto número de famílias por micro-áreas, conseguiu-se articular juntamente com a SEMUS, a abertura de mais uma equipe de PSF para a região da Velha Pequena.

Esta equipe se instalará em outro espaço físico desmembrando-se, assim, as oito micro-áreas em quatro, garantindo desta forma, segundo os conselheiros, melhor efetividade dos serviços e cobertura as famílias atendidas pelo PSF.

Porém, mesmo diante de algumas conquistas efetivadas, uma problemática a ser enfrentada dentro dos próprios conselhos é a baixa participação da representação de usuários. Na ocasião da participação na reunião do CLS, estavam presentes os profissionais do PSF, os ACS, três representantes de usuários e alguns residentes.

Reforça-se a partir desta constatação de apenas três conselheiros de usuários, a fragilidade da representação deste segmento no conselho que ao total são garantidos oito vagas para este segmento. Neste sentido, destaca-se que:

[...] Essas fragilidades têm influência na debilidade do potencial político dos conselhos na atual conjuntura brasileira. Essas questões reforçam a necessidade de um exame mais circunstanciado das experiências em andamento como também das dificuldades que as entidades da sociedade civil têm tido de mobilização e organização na atual conjuntura (BRAVO e SOUZA, 2002, p. 65).

As autoras ainda destacam com relação à participação de usuários que este aspecto se deve à herança da cultura política brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no “processo de gestão das políticas sociais públicas [...] como também nas práticas políticas, visando à cooptação da população, ao populismo e ao clientelismo” (BRAVO e SOUZA, 2002, p. 65).

Acrescenta-se a esta discussão outra questão importante que deve ser evidenciada quanto à participação popular e comunitária que é a constatação de que os profissionais de saúde não estão conseguindo articular-se efetivamente com a comunidade

para que esta última participe dos espaços no conselho, garantindo a efetividade do controle social.

Em virtude de sua aproximação com a comunidade, identifica-se o ACS como o profissional importante no processo de articulação da participação popular que dentre muitas atribuições delegadas ao mesmo tem como responsabilidade de:

[...] Realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos; estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade e outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais [...] (BRASIL, 1997).

Então, evidencia-se que os profissionais têm dificuldade de identificar que a articulação com a comunidade para a participação popular é uma das atribuições ao qual devem estar desenvolvendo e que também reflete uma demanda social.

Nesta direção, Wanderley (2000) também discute a dificuldade dos conselhos na atual conjuntura, em especial ao governo federal e estabelece uma relação com o social quando destaca que:

Ademais de uma insistência de sua orientação reducionista, setorialista e ideológica [...] do social, o governo federal raramente avança para ações mais universais e públicas. Não ajuda também a dar identidade e fazer progredir os diversos Conselhos de representantes, tutelares, deliberativos ou consultivos, que constam da Constituição, estão em funcionamento com grande precariedade, e poderiam traduzir as demandas da sociedade civil em colaboração com os representantes governamentais (WANDERLEY, 2000, p. 218).

Como já assinalado, os conselhos também refletem espaços de tensão em que diferentes interesses estão em disputa. A partir deste destaque, contatou-se que alguns conselheiros e profissionais da ESF questionaram o presidente do CLS, recentemente eleito para a presidência da Associação de Moradores da Velha Pequena, as prioridades que serão tomadas em sua administração, principalmente, as vinculadas aos trabalhos comunitários da região.

O presidente da Associação e do CLS explica que o grande desafio de sua diretoria é ampliar os trabalhos comunitários no bairro. Menciona o Grupo de Geração de Renda como um trabalho a ser investido e necessidade de se investir nos esportes também.

Na discussão também comenta da necessidade de uma Assistente Social voluntária para trabalhar com os trabalhos comunitários do bairro e acrescenta que o carro chefe de sua administração é “a assistência social é prioridade para nós” (Diário de Campo, 2003).

O que se constata nesta relação que há interesses em jogo e que existe uma preocupação por parte de alguns conselheiros da efetividade e garantia de alguns trabalhos comunitários realizados na comunidade e esta preocupação é expressa no espaço do CLS.

Outro fato que merece destaque é o entendimento de que estas atividades estão vinculadas ao profissional de Serviço Social para a assessoria mesmo que voluntária, refletindo de certo modo que estas demandas são trabalhadas pelo Assistente Social.

Inserir-se nesta discussão, também, a importância da assessoria como um instrumento de fortalecimento dos conselhos. Esta questão pode ser evidenciada quando da elaboração do regimento interno deste conselho.

Em torno da elaboração do regimento, alguns conselheiros se reuniram para iniciar este processo e identificam dificuldade em entenderem o próprio papel que lhes cabe enquanto conselheiros. Uma conselheira usuária expressa que não tem clareza do seu papel em um conselho e sugere que antes de iniciar a elaboração do regimento se pudesse acessar e discutir os regimentos dos conselhos municipal e regional, subsidiando melhor seu entendimento.

Neste sentido, destaca-se que a assessoria dentre muitas ações possíveis de serem realizadas também preconiza a realização de cursos de capacitação de conselheiros, podendo conter eixos de discussão: “o conceito de saúde, política de saúde, participação e controle

social” que pode ser realizado pelo profissional de Serviço Social ou por uma equipe multiprofissional (BRAVO e SOUZA, 2002, p. 78).

Estas capacitações propiciam para o entendimento e fortalecimento do papel e responsabilidade do conselheiro ampliando suas ações e garantindo maior efetividade do conselho em suas reivindicações.

Outras questões também são abordadas nas reuniões do conselho, como o repasse das ações realizadas pela ESF, suas dificuldades e sucesso. Também é espaço em busca de apoio para algumas ações e reivindicações dos profissionais em suas práticas profissionais.

Como exemplos, cita-se a discussão do protocolo de enfermagem que autoriza as enfermeiras a realizarem algumas ações que estão atreladas ao ato médico, possibilitando dar maior fluxo à demanda que procura o PSF para atendimento. A enfermeira solicita que os conselheiros participassem da reunião do conselho municipal de saúde no dia da votação, mostrando o apoio com relação a esta proposta.

Como repasse de informações das ações realizadas, cita-se a atividade desenvolvida em torno do início da campanha da gripe para os idosos em que o posto foi espaço de diversas atividades como: campeonato de dominó e xadrez, para as crianças foi dado material para pintura e desenho e o grupo de geração de renda expôs e vendeu seus produtos. Esta atividade objetivou mobilizar a população alvo da vacina e ser espaço para a comunidade interagir com o posto.

A partir das discussões destacadas, até o presente momento, com relação às dinâmicas de funcionamento, planejamento e atividades realizadas pelos profissionais das ESF, possibilita que se identifique e analise a perspectiva de social exposto nestes contextos, evidenciando elementos essenciais para uma prática profissional comprometida com a saúde em seu sentido ampliado.

5.2 Enfim... De Que Social Está Se Falando?

Ao se levantar este questionamento, retomando a discussão teórica realizada anteriormente, constata-se que discutir o social não tem sido uma tarefa fácil, embora surja com força nos diversos campos do conhecimento e da sociedade. O seu aprofundamento ainda é um desafio.

O social é uma categoria constitutiva da própria sociedade que perpassa todas as relações, está presente em cada ato, contexto ou fato. Neste sentido, não há como pensá-lo sem atrelá-lo às relações sociais estabelecidas na sociedade.

Porém, o fato do social estar presente em todas estas relações não o exclui da possibilidade de ser entendido e conceituado de diversas maneiras. Na pesquisa desenvolvida, duas foram as hipóteses levantadas para a questão do social, ou seja, encontrar-se-ia um social restrito, caracterizado pela ênfase na carência ou em sua perspectiva ampliada vista sob a ênfase do direito.

A partir destas considerações, igualmente é o desafio da discussão do social no âmbito das práticas profissionais e que neste estudo, procura identificar e analisar o conceito de social para os profissionais, o reconhecimento das demandas sociais e suas formas de encaminhamento, bem como o profissional que assume trabalhar com estas demandas.

Para alcançar este objetivo, o levantamento das rotinas de trabalho, das ações desenvolvidas pelos profissionais, bem como o papel do CLS, evidencia situações em que o social se faz presente, entendido e manifestado de algumas formas.

5.2.1 O Conceito de Social, as Demandas Sociais e as Formas de Encaminhamento

Ao se destacar, inicialmente, o conceito de social expresso pelos profissionais, constata-se que a concepção que norteia o entendimento do mesmo, reflete diretamente sobre as práticas desenvolvidas, principalmente, no reconhecimento ou não das demandas sociais.

O social enquanto conceito é entendido pelos profissionais como: “problema e caso de difícil solução”, “problema social que gera angústia”, “social ligado a situações burocráticas”. Estes conceitos foram expressos diante de algumas situações vivenciadas como: conflito familiar, usuário com tuberculose sem adesão ao tratamento, mulher separada com três filhos e sem renda, famílias em precárias condições de higiene, violência doméstica, usuários acamados, negligência dos filhos, fome e drogas.

Mas ao mesmo tempo em que os profissionais identificam as demandas sociais, em muitas situações as mesmas não são reconhecidas e conseqüentemente ficam sem encaminhamento ou são considerados segredos de família ou das quais não se deve interferir.

Como exemplo cita-se uma VD de rotina realizada pelos ACS a uma residência em que o marido agride fisicamente a mulher, fato conhecido dos profissionais. Antes de chegar a casa, estes profissionais confidenciam a situação familiar e comentam que nada fazem a respeito. A seguir, destaca-se o teor da VD e as situações abordadas, na ocasião da mesma:

VD à residência onde se sabe que o marido bate na mulher. É vizinha de uma das ACS. Mulher comenta que recebeu seu resultado de preventivo e que não acusou nada de grave e que irá marcar consulta médica no posto. Homem sempre perto para ver o teor da conversa. Mulher faz artesanato para vender e mostra seus produtos. Comenta que o marido está ajudando. A casa deles, com a última chuva forte, está em perigo, pois desbarrancou boa parte do terreno, sendo que o marido está tentando aterrar onde o barro saiu, mas mesmo assim a defesa civil informou ser um local de risco. A família comenta que construirão a casa logo acima onde estão morando saindo do local de risco. A maioria das casas visitadas estão construídas em locais irregulares e de risco. São casas simples, sem estrutura de água e esgoto e em locais muito úmidos. Percebo que é importante que eu faça VD em suas micro-áreas. Fazem questão de mostrar e comentar das famílias que atendem (WIESE, 2003).

Identifica-se, também, neste processo, que as demandas expressas pelos usuários aos profissionais, principalmente o médico, refletiam uma dada demanda social, mas que foi considerada apenas como uma questão de sintoma.

Esta prática revela que a sociabilidade e os componentes coletivos da doença são excluídos, influenciando no diagnóstico e na conduta profissional frente as demandas e queixas dos usuários. Conseqüentemente situações de conflitos advindos do cotidiano são captados e tratados como patologias ou doenças mentais. “Ou seja, que problemas familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos, de forma também exclusiva” (MENDES, 1996, p. 242).

O destaque dado pelo autor de que os problemas familiares e sociais se transformam em problemas patológicos, pode ser constatada nas práticas profissionais das ESF quando houve a VD a família com histórico de violência, ou como já destacado nas situações de doenças profissionais em que a prática profissional se restringiu a identificar e agir sobre o sintoma. Esta questão leva a questionar a própria relação profissional/usuários e destaca-se:

O modelo de atenção médica pe pobre na arte de curar, seja pela mecanização da relação médico/paciente, pela perda de carisma do médico, pela hostilidade crescente entre médicos e pacientes, pela própria natureza do processo de trabalho em que a diagnose impôs-se a terapêutica, pela perda da totalidade do corpo humano e pelo deslocamento do sujeito como centro e objetivo da medicina (MENDES, 1996, p. 243).

Esta discussão leva à constatação de que as práticas profissionais ainda estão enraizadas no modelo biomédico/flexneriano. Isto evidencia que as formas organizativas de um local de trabalho em saúde podem mudar, mas as concepções de saúde e de seu modelo vão determinar em que medida os profissionais se vinculam a uma prática restrita ou ampliada com o processo saúde/doença, incluindo a perspectiva para o social.

Estas constatações levam a questionamentos fundamentais, quando se resgata o conceito de saúde e o modelo assistencial que se expressa com estas práticas profissionais.

Entende-se que, a partir do momento, em que o social é um problema de difícil solução, revela-se a própria concepção restrita de saúde, no sentido da não identificação porque a saúde envolve outros determinantes e não apenas a ausência de doença.

Neste sentido, o conceito de saúde é tomado em sua negatividade como ausência de doença a partir do modelo flexneriano, estruturando-se como “uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção médica, nos marcos da medicina científica” (MENDES, 1996, p. 241).

Por isso, concorda-se com Laurell (1983), que é preciso avançar de uma explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação do processo saúde/doença, tendo como eixo o seu caráter social, gerando um novo conhecimento e novas práticas profissionais.

Esta postura oferece a possibilidade de abordar a problemática de saúde como fenômeno coletivo e como fato social que tem implicações para a prática profissional, pois além de uma interpretação do processo saúde/doença, também insere bases sociais que a possam impulsionar e sustentar.

Acrescenta-se a esta discussão a necessidade dos profissionais reaprenderem o trabalho, a partir de dinâmicas relacionais através de diversos conhecimentos, sendo este o espaço em que transita não apenas o mundo “cognitivo, mas a solidariedade profissional e está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistências centrados no usuário” (FRANCO e MERHRY, 2003).

Superar concepções e práticas relacionadas ao modelo biomédico/ flexneriano impõe também a construção social de uma nova prática sanitária, ou seja, a vigilância da saúde amparado no paradigma da produção social de saúde.

Neste sentido, as estratégias de intervenção da vigilância da saúde estão amparadas na promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção

curativa, podendo “ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença” (MENDES, 1996, p. 244).

Constata-se então, que as práticas profissionais ainda estão centradas em cada especificidade profissional e é a partir delas que se atua e não diante de uma demanda expressa em sua complexidade que determina que tipo de prática será realizado para garantir no conjunto das ações e o encaminhamento de uma solução.

Neste sentido, produzir saúde não se esgota nas especificidades profissionais, na clínica, na epidemiologia ou somente a vigilância à saúde, mas na construção de outros campos de conhecimento competentes que impliquem o processo relacional com o usuário, a partir de ações acolhedoras, de escutas qualificadas com responsabilidade perante estas ações, pois tecem os vínculos sociais. A partir disto:

O usuário que chega ao serviço, portador de um problema de saúde qualquer, traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte da subjetividade. Uma ação de saúde eficaz, necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território. Há situações em que não cabe a perspectiva da cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento (FRANCO e MERHY, 2002, p. 119).

Acrescenta-se a perspectiva de práticas acolhedoras e de vínculo a questão do cuidado, que se operacionaliza a partir de diversos conhecimentos que se articulam em um conjunto de saberes que em relações interceçoras com o usuário produzindo o cuidado.

Resgata-se então, que a produção do cuidado em saúde requer o acesso as tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves) que devem ser comandadas pelas tecnologias leves, bem como o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, “articulando de forma exata seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (FRANCO e MERHY, 2003).

Constata-se então, que as demandas consideradas sociais pelos profissionais da ESF, são trabalhadas de maneira pontual, focal, isolada e fragmentadas, pois são considerados casos e problemas de difícil solução.

Este enfoque caracteriza a ação profissional não vinculada ao cuidado, a criação do vínculo, do acolhimento além das ações estarem centradas no indivíduo e na superação do sintoma/doença. Isto evidencia que o reconhecimento ou não de demandas sociais, necessariamente não efetiva uma prática vinculada ao social entendido em sua perspectiva ampliada, mas na carência.

A partir da discussão das demandas sociais, as mesmas podem ou não ser identificadas. Quando identificadas recebem algum tipo de intervenção profissional mesmo que seja o encaminhamento a outros órgãos, secretarias ou serviços. Mas, o fato de ser reconhecida e encaminhada, não significa efetivamente trabalhar com o social. Há um repasse para outras instâncias e tem um caráter focal.

A saída encontrada pelos profissionais é trabalhar estas demandas buscando amenizar algumas carências que se evidenciam, não entendendo que as mesmas estão inseridas num contexto maior de necessidades das quais os usuários se encontram.

Estas ações focais se operacionalizam em todas as atividades desenvolvidas como triagem, VD, grupos temáticos. Nas situações de triagem quando da identificação de apenas situações de doenças e nas formas de acolhimento vinculadas a figura do médico. Nas VD, quando são consideradas atividades apenas de acompanhamento e tratamento de doenças, ou quando os profissionais não entendem como um recurso que possibilita identificar o usuário inserido em seu meio de vida e das relações comunitárias.

Nos grupos temáticos, quando os mesmos, em sua maioria, não são entendidos como uma demanda social potencializadora de educação em saúde, restringindo a práticas vinculadas à ênfase na doença e com técnicas que restringem a participação.

Isto explicita os conceitos restritos de social destacados por Wanderley (2000) e se remetido às práticas profissionais evidencia a mesma relação porque é entendido como problema histórico e, portanto, não é responsabilidade dos profissionais, pois está atrelado a problemas macro estruturais, justificando que a saída para estas questões está no equacionamento dos problemas econômicos, políticos e financeiros.

Conseqüentemente as ações desenvolvidas acabam sendo focais porque não há uma discussão ampliada das ações a serem realizadas pelas ESF que dêem conta de responder as verdadeiras demandas colocadas pelos usuários e comunidade como um todo, ou seja, usuário-centrada.

Para que a perspectiva usuário-centrada seja efetivada há que se operar uma reestruturação produtiva de saúde, implicando na mudança do modelo assistencial. Neste sentido Franco e Merhy (2002) destacam:

No entendimento que temos, reorganizar a produção de saúde, significa alterar os processos de trabalho, a partir da reinvenção de suas tecnologias. Processos de trabalho que têm como fonte inúmeros campos de saberes e operem de modo multiprofissional, centrados em tecnologias leves e leve-duras. Rompendo com o atual modo de produção da saúde, que se resume a realização de procedimentos centrados nos profissionais e que utiliza tecnologias mais estruturadas, duras e leve-duras (p. 122).

Ao se preconizar o uso da tecnologia leve em saúde que compreende os vínculos e acolhimento com os usuários, possibilita que as práticas de acolhimento não se vinculem apenas a um profissional como constatado no desenvolvimento das práticas de acolhimento realizadas pelas ESF que se centra na figura do médico e apresentam dificuldades em reconhecer as reais queixas e necessidades dos usuários.

Estas constatações evidenciam e reforçam que o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como produtor de procedimentos, visto que a “produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias

duras/leveduras” mesmo frente à proposta de modelo de produção social da saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

O fato dos profissionais desenvolverem práticas de grupo, VD, triagem, grupos temáticos, não garante que estejam construindo um novo modelo de saúde, porque ainda se enraízam nas velhas concepções de doença e da fragmentação do conhecimento e das práticas profissionais.

Neste sentido, resgatando o conceito do social para os profissionais, constata-se se tratar de uma categoria marginal, pois não consideram que podem e devem ser trabalhados por eles, mas acabam jogando esta responsabilidade para outros profissionais pautados no discurso e prática centrados na dificuldade de resolverem os problemas sociais, porque não tem solução.

Esta questão evidencia outro ponto importante: a vinculação do social ao profissional Assistente Social, pois o mesmo é categorial no sentido em que é específico de uma profissão, constatada inclusive nos momentos em que se solicitou a pesquisadora, em função de sua formação profissional em Serviço Social, intervir enquanto tal para resolver os casos sociais. Cita-se como exemplo:

Sra. recém separada, com três filhos e sem renda procura enfermeira no posto para receber algum encaminhamento para o seu problema de renda. Enfermeira questiona a pesquisadora dizendo: “**o que você pode ajudar com esta situação?**”. Encaminhamento dado pela enfermeira: Sra. orientada a procurar a SEMAS (WIESE, 2003).

Em algumas situações os profissionais faziam questão que a pesquisadora identificasse e confirmasse que as situações caracterizadas como sociais eram de fato sociais. O exemplo a seguir é relatado pela auxiliar de enfermagem com certa cumplicidade, mostrando a importância da situação e como de fato este seria um “caso” para ser acompanhado pela Assistente Social:

VD na residência de uma Sra. de 90 anos de idade, acamada que não encontrou apoio dos filhos para cuidarem dela. Apenas uma filha a acolheu e está em sua casa. Esta Sra. segundo a auxiliar de enfermagem não tem mais vontade de viver em função da rejeição dos filhos. Tem dias que ela não conversa, não olha para quem está ao seu lado, come pouco. A auxiliar de enfermagem fez questão que nesta VD eu estivesse ao seu lado. (WIESE, 2003).

Outro exemplo vivenciado, retratando a necessidade de se confirmar que a demanda era social, foi numa VD realizada com os ACS, em uma casa em precárias condições de higiene. Nesta situação, também, foi expresso o conceito de social para estes profissionais sempre vinculando a noção de problema.

Visitamos uma casa considerada pelas ACS em precárias condições de higiene. As ACS fizeram questão que eu olhasse aquela casa, por que era uma situação que “uma assistente social sabe bem”. Depois que saímos da casa, perguntaram o que eu tinha achado, se elas não estavam certas de que naquela casa a higiene era problemática e que inclusive tinha ganhado de outra família que antes consideravam a mais problemática em questão de higiene. (WIESE, 2003).

A questão da especificidade do social enquanto vinculada a uma profissão é evidenciada também quando se presencia a ansiedade por parte da ESF que possui o profissional de Serviço Social residente inserido na equipe, trazendo para este profissional a responsabilidade única para a solução dos casos e problemas sociais.

Para as ESF que não possuem o profissional de Serviço Social, as demandas reconhecidas como sociais são encaminhadas para as assistentes sociais da SEMAS, pois se trata de uma secretaria específica que trabalha com os problemas sociais. O profissional que na sua maioria encaminha a esta secretaria é a enfermeira, que necessariamente não é o profissional que identifica as demandas sociais, mas que são repassadas através do ACS. Neste sentido, Machado (2002) destaca que:

O enfermeiro aparece como elemento articulador da equipe. Ele desempenha inúmeros papéis: é responsável pelo planejamento, pelo atendimento, pela supervisão dos outros profissionais (auxiliar de enfermagem e ACS) e, na maioria das vezes, pelos contatos externos e articulações interinstitucionais (p. 199).

Porém, se existem situações em que o social não é trabalhado ou encaminhado a outros profissionais ou órgãos, há demandas em que os profissionais consideram-se aptos a trabalhar, pois envolve identificar usuários merecedores desta ação, caracterizando uma prática que conduz ao julgamento moral.

Exemplifica-se esta situação com a doação de roupas, que foi identificada por uma enfermeira como uma necessidade social, mas só recebe “ajuda quem merece, quem cuida da roupa e tem casa limpa, quem valoriza o que recebe” (Diário de Campo, 2003).

A dificuldade de identificar, compreender e se dispor a trabalhar com o social, também recai na questão da formação, pois tradicionalmente os profissionais são formados para trabalharem com a doença e, conseqüentemente, se trabalha com o social sob enfoque da carência, porque não é entendido como um dos determinantes que compõe a saúde.

Isto contraria as posições defendidas por Piancastelli et al (2000) que entendem que as instituições de formação profissional têm conseguido formar profissionais mais preocupados com aspectos que envolvem a saúde e não apenas com a doença. Para justificar esta afirmativa, tem-se um depoimento de um acadêmico de medicina que expressa bem esta questão:

Eu entendo que o social não é trabalhado no PSF, porque os profissionais que compõem a equipe não são preparados e sua formação não está direcionada para trabalhar com o social e sim que profissionais como assistentes sociais e psicólogos estes sim estariam mais aptos a trabalharem o social (Diário de Campo, 2003).

Neste depoimento, centram-se duas questões: primeiro que reconhece que o social não é trabalhado em equipes tradicionalmente vinculados ao tratamento da doença, mas ao mesmo tempo apresenta uma postura em que destaca que o social não faz parte dos profissionais de saúde como: o médico, auxiliar de enfermagem e enfermeira porque os assistentes sociais e psicólogos sabem trabalhar com o social.

Concorda-se, a partir destas considerações com Ros (2000), que destaca que o fato de se conhecer a complexidade do objeto saúde, não tem garantido que a prática

profissional esteja embasada nesta compreensão, pois ainda os pólos de formação profissional vinculam-se ao modelo biomédico.

Estes são indicativos que os caminhos da formação profissional se caracterizam por num processo gradual, conflituoso na concretização de novas concepções e práticas e o depoimento acima reflete em certa medida que gradativamente se esteja tomando consciência que o processo formador não está mais atendendo as reais necessidades existentes no contexto social na qual se trabalha.

5.2.2 A Identificação das Demandas Sociais: Destaque dos Agentes Comunitários de Saúde

A partir da discussão e identificação das demandas sociais presentes no cotidiano das práticas profissionais, outro elemento que se destaca é o ACS que vem ampliando seu espaço nas ESF, porque vem construindo o elo de ligação entre a comunidade e os profissionais de saúde.

O ACS diante do espaço que vem conquistando é o profissional que mais tem identificado e trabalhado com as demandas sociais, pois possui um elemento que o diferencia dos demais, a medida em que está em contato constante com a comunidade, principalmente em sua atividade de VD.

Porém, ao mesmo tempo em que o ACS identifica estas demandas, há situações em que as mesmas não são reconhecidas, porque vivem no próprio espaço da comunidade com a qual trabalham e muitas vezes as situações lhes parecem tão natural que não necessitam de intervenção ou também porque refletem problemas de difícil ou nenhuma solução.

Esta questão evidencia outro aspecto relevante no levantamento da identificação das demandas sociais, por parte destes profissionais. O objetivo da prática do ACS se centra em preocupações de saúde, ou seja, se os usuários estão adotando hábitos e estilo de vidas

saudáveis e isto leva a uma normatização da vida que passa a ser encarada a partir de bons e maus comportamentos. Neste sentido destaca-se que:

Os critérios para que os agentes classifiquem as pessoas da sua comunidade de origem de forma positiva ou negativa, passam a ser exclusivamente guiados pelas recomendações biomédicas, sem que haja um esforço de contextualização ou de reflexão. As verdades científicas passam a produzir verdades sobre corpo, alma e mente (NUNES et al, 2002, p. 1643).

Isto leva a considerar que os ACS, muitas vezes, estão mais preocupados em identificar se a Sra. X está com sua pressão controlada, se os medicamentos de um usuário ainda não acabaram, se alguma gestante ainda está amamentando, se o Sr. Y acamado está recebendo os cuidados de higiene necessários para evitar feridas.

As atividades desenvolvidas por estes profissionais também estão atreladas à necessidade e exigência que tenham as informações sempre atuais para o restante da equipe. Machado (2002) também aborda esta questão quando analisa o papel dos ACS nas ESF no sentido em que existe uma preocupação com a qualidade das visitas realizadas pelos mesmos, pois “se o trabalho profissional apresentar deficiências isto vai influenciar o desempenho de toda a equipe” (p. 198).

A referida autora ainda destaca que as equipes seguem um padrão quanto à organização de suas atividades. Os ACS, através das visitas domiciliares, fazem o cadastro, conhecem os problemas e demandas realizando a triagem das situações encontradas.

A partir destas ações, os ACS registram as queixas e necessidades expressadas pelos usuários e passam-nas, ao retornar de suas visitas, à enfermeira. “A mesma dá os encaminhamentos internos, ou seja, faz o atendimento, convoca para a consulta ou grupo, encaminha para o médico, solicita nova visita” (Idem, 2002, p. 198).

Constata-se que mesmo frente ao papel articulador do enfermeiro, evidenciado em todas as ESF, é o ACS que possuem maior facilidade em identificar as demandas sociais,

porém, coloca-se em discussão algumas problemáticas que refletem principalmente sobre a sua atuação.

Mishima et al (1992), abordando esta discussão reforça que os serviços de saúde ainda se caracterizam por cuidar da doença e não da saúde e das pessoas e/ou populações com necessidades e potencialidades em termos de saúde e de qualidade de vida. A partir desta consideração, os autores questionam o papel dos ACS, destacando a seguinte pergunta:

Será o ACS um instrumento racional dos serviços, bem como, o incentivador do controle efetivo que a população civil organizada deve manter sobre o sistema de saúde, tanto público quanto privado, nos vários níveis ou será este agente (caricaturando, num pólo oposto) um propagandista e traidor de primeira linha dos serviços de saúde que só atendem doenças? (p. 74).

Este questionamento se torna central porque conduz a se pensar qual o verdadeiro papel desempenhado por estes profissionais nas ESF. O fato de identificarem as demandas sociais, não significa que os mesmos possuem qualificação profissional para compreender e trabalhar com estas demandas.

Martins et al (1996), quando discute o papel dos ACS, nos serviços públicos, destaca que a inserção destes profissionais em muitas situações é divulgada e ressaltada como “solução alternativa para a **carência** de assistência à saúde” (p. 40, grifo nosso).

Neste sentido, concorda-se com Mishima (1992), quando destaca que é preciso fundamentalmente lembrar que mais do que “remediar carências é preciso localizar seus determinantes e ter, também a esse nível, uma ação concreta” (p. 74), pautada pela perspectiva ampliada da atenção integral.

Insere-se nesta discussão, como já destacado anteriormente, o preenchimento de cadastros do qual os ACS são responsáveis para o bolsa escola e alimentação. Esta prática fica restrita quando o objetivo se centra apenas no preenchimento de dados para as famílias acessarem um benefício, que é por direito e indiscutível, mas que poderia ser um instrumento

a mais para os profissionais trabalharem indicadores sociais e planejar ações vinculadas às demandas sociais.

Outro aspecto que se evidencia é a desarticulação destes profissionais com a comunidade no sentido de resgatarem e construírem vínculos para a participação popular nos espaços dos conselhos locais, que tem se mostrado um processo incipiente.

Defende-se no âmbito do controle social que mesmo sendo uma atribuição do ACS a realização de “ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos e estimulação da participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade” (Portaria 1886/1997), estas atribuições devem estar atreladas a todos os profissionais da ESF, para não recaírem, no que destaca Campos (1997):

Por diversos motivos, os Conselhos não têm logrado impor aos governos políticas sociais de caráter mais amplo e tampouco têm conseguido impedir o desmonte de experiências locais bem sucedidas. [...] O controle social por meio dos conselhos não tem atingido, de forma contundente, o cotidiano dos serviços e, portanto, não vem servindo como dispositivo de negociação com os interesses corporativos dos trabalhadores de saúde (p. 258).

O papel do ACS nas ESF tem sido polêmico, porque implica discutir elementos ainda em processo de construção, como sua formação e qualificação profissional. Nesta direção, a incorporação dos ACS nas ESF passa pelo desafio de “capacitar e profissionalizar esses trabalhadores e o debate desta realidade parece-nos urgente” (MARTINS et al, 1996, p. 41).

Porém, não é objetivo neste estudo, aprofundar estas questões, apenas pontuar que estas contradições existem no interior das ESF, evidenciando que mesmo frente a estas problemáticas o ACS tem conquistado seu espaço nas equipes, atuando inclusive sobre determinadas demandas sem uma formação específica.

A partir do exposto neste capítulo, das considerações realizadas e de algumas indicações analíticas para o objeto de estudo, buscou-se evidenciar através da identificação das rotinas e das atividades desenvolvidas (triagem, VD, grupos), reuniões de equipe e CLS que o desenvolvimento das práticas profissionais na área da saúde são complexas, assim como a sua relação com o social.

O social entendido como um problema, as demandas sociais reconhecidas como situações de doença, o ACS sendo o profissional que têm identificado as demandas sociais mostram que muito ainda tem-se a caminhar para a efetivação de um modelo pautado na produção social de saúde.

A partir destas constatações, nas conclusões realiza-se algumas considerações na tentativa de resgatar sinteticamente os resultados e destacar que muito mais que respostas para o objeto de estudo, outras perguntas surgem evidenciando que muito tem a se problematizar sobre saúde, social e práticas profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das questões e considerações pontuadas ao longo deste estudo sobre o social no âmbito das práticas profissionais, muito mais que alcançar respostas, buscou-se problematizar o objeto de pesquisa, constatando ser uma temática complexa e que conduz a outros questionamentos.

Um destes questionamentos levam a pensar quais são os caminhos que conduzem a construção do social ampliado nas práticas profissionais. Nesta direção entende-se que esta construção, preconiza antes de tudo o entendimento, por parte dos profissionais, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Esta discussão conduz à reafirmação da defesa da universalidade, da equidade e da integralidade das ações, que busca efetivar a construção de um novo modelo de saúde, através do SUS, além de conter em seus princípios elementos essenciais da perspectiva de direito. A universalidade porque implica no direito de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários; a equidade é a defesa da justiça porque as diferenças são consideradas e recebem tratamento igualitário e; na integralidade pautada na percepção do usuário como um todo e integrante de uma comunidade que tem o direito de receber assistência integral.

O'Dwyer e Leite (1997) destacam que o princípio que fundamenta o SUS é a saúde como direito social, que se “coloca como um direito do povo e dever do Estado, conquistada com a participação do cidadão, da família, da sociedade, das empresas e outros setores sociais” (p. 91).

Nogueira (2002), também, discute o caráter de direito da saúde e traz elementos importantes ao estudo porque evidencia além da universalidade o papel da participação popular, destacando que:

Universalizou-se o direito a saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão e discriminação. Abriam-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado (p. 154).

Acrescenta-se ainda com a mesma autora que além do direito universal e igualitário estar garantido constitucionalmente, os determinantes das condições de saúde, articulam dois setores: “o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direitos e política social que tem prevalecido no país, de pensar esse domínio como o da distribuição de bens e serviços, autonomizando em relação à esfera da produção” (Idem, 2002, p. 155).

Neste sentido, a reafirmação do papel do Estado frente à defesa de uma política de saúde vinculada ao SUS é fundamental, para a construção de um projeto contra hegemônico a lógica neoliberal que leva a mercantilização dos serviços e que se “constitui o contraponto do processo de desmonte do Estado no Social” (Carvalho, 2002, p. 60).

O que se presencia é um processo de mercantilização e privatização na saúde que tem forte presença de mecanismos mediados pelo mercado, “destinados aos diferentes segmentos sociais, com uma particularização, de direitos, de atendimento que, no âmbito do Estado, deveria ter caráter universal” (Idem, 2002, p. 60).

Constata-se então, que a construção de práticas profissionais vinculadas ao social na dimensão do direito exige entender que existem no interior da política de saúde, dois projetos de modelos assistenciais antagônicos em conflito, que inclui uma perspectiva diferenciada para o social.

Isto faz da saúde uma questão social que necessita ser explicitada a ponto de abalar a hegemonia e permitir a construção de um projeto contra hegemônico. A partir deste entendimento, defende-se que a proposta que busca concretizar uma perspectiva de direito para a saúde que, implica na visão ampliada de social é o modelo de produção social da saúde,

contrariamente ao modelo flexneriano pautado na lógica do mercado, da focalização da política de saúde e da carência para o social.

Remetendo estas discussões para o âmbito das práticas profissionais, é imprescindível que os profissionais incorporem como valor que o social está presente em todas as relações, seja na política de saúde, em um diálogo com o usuário, nas demandas que são atendidas, numa queixa do usuário centrada no sintoma, mas que reflète todo um contexto social e de vida que marca este sujeito.

Isto envolve o desenvolvimento de práticas vinculadas ao acolhimento em seu sentido amplo, organizando ações usuário-centradas, ouvindo e respeitando a opinião dos usuários, enfrentar e entender que o social não é apenas um problema de difícil solução, um caso, que está isolado do contexto, mas que exige do conjunto dos profissionais práticas que vinculem as reais necessidades de saúde de sua comunidade.

Franco e Merhy (2003) destacam esta questão enfatizando que um modelo assistencial centrado no usuário propõe, “um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leve/leveduras, com a produção do cuidado, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução”.

Para os profissionais isto exigirá o entendimento de que o objeto de sua ação é a produção do cuidado por meio da qual se atinge a cura e a saúde e que todo profissional é um trabalhador da saúde, destacando que:

Isto pode ser real, se pensarmos que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (FRANCO e MERHY, 2003).

Pensar práticas profissionais vinculadas ao social, na sua perspectiva ampliada, requer a reorganização do processo de trabalho que supere ações e saberes médicos como centralidade dos modos de fazer assistência. A proposta deve estar vinculada, a partir da

“estrutura assistencial e a partir de equipes multiprofissionais”, além da necessidade de uma “ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorre no ato mesmo da produção de saúde” (FRANCO e MERHY, 2003).

Neste sentido, a proposta do PSF, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica pode ser o mentor e possibilitador da construção de novos conceitos e práticas que possam garantir efetivamente um modelo baseado na construção social da saúde, não se vinculando à idéia e prática de saúde para pobres, eminentemente focalista e de superação das carências, mas que sua estratégia poderá ser fortalecida e fortalecedora dos princípios do SUS.

Reforça-se que as práticas profissionais devem estar atreladas à integralidade das ações e reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, “providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social” (MENDES, 1996, p. 278).

Porém, encontram-se depoimentos de profissionais desacreditados em uma proposta que busca efetivar novos olhares, concepções e práticas para a saúde. Como exemplo, cita-se o depoimento de um profissional: “a população nunca saberá e entenderá o que realmente é um PSF” e “eles querem é somente ter tudo nada mais. A gente tem que estar aqui para fazer o que eles querem” (Diário de Campo, 2003).

Esta fala reflete que o próprio profissional não acredita na proposta de mudança e se o mesmo não acredita no que faz, dificilmente sua prática estará embasada na concretização de um modelo social de saúde.

Neste sentido, a proposta do PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção básica e vinculada aos princípios do SUS, também fica estremecida, uma vez que as

ações são focais e atuam na carência e então o que se vai construindo é um PSF para pobres, ou um PSF que esteja vinculado aos interesses da flexibilização da saúde.

A partir desta concepção, as ações de saúde e as formas de acolhimento continuarão a serem desenvolvidas centradas na figura do médico, na ênfase do conhecimento fragmentado, nas práticas de grupos temáticos entendidos como espaço de discussão de doença, ou seja, centram-se na velha lógica de que saúde é ausência de doença.

Machado (2002) destaca diante destas perspectivas que o desafio para os gestores do sistema de saúde é garantir a capacidade operacional as ESF e “promover a integração do programa na lógica mais ampla do sistema de saúde, estruturando as equipes como núcleo de atenção básica prestando um atendimento integral e resolutivo a população” (p. 219).

Outro elemento fundamental para a efetivação de práticas vinculadas ao social ampliado é a articulação dos profissionais com a comunidade para fortalecer a participação popular, ou seja, os conselhos como garantia do controle social.

Para as ESF, o conselho local é uma realidade, evidenciando de certa forma uma articulação com o controle social, mas ao mesmo tempo, revela-se um processo frágil, dada a pouca participação popular nos conselhos.

Como pode-se constatar, nas reuniões do CLS e diante de algumas falas de usuários/conselheiros, o fato da pouca participação muitas vezes envolve na própria dificuldade de entender qual é a finalidade de um conselho e o papel desenvolvido por um conselheiro. Isto remete a importância das assessorias e cursos de capacitações como instrumentos fortalecedores da ampliação da representação de usuários, garantindo a compreensão do papel dos conselhos e conselheiros e na identificação de um objetivo para a participação popular.

Estas posturas fazem do conselho espaços de discussão e de planejamento das ações que visam a dar amplitude às questões de saúde porque envolve toda uma comunidade em suas necessidades e demandas. Porém, também entende-se e se concorda com Bravo (2002) e Nogueira (2002) que os conselhos são espaços de disputa de poder, contradição, conflitos e que por muito tempo a participação foi relegada a mecanismos de cooptação e clientelismo.

Enfatiza-se também que o controle social não deve se efetivar somente nos espaços dos conselhos, mas num processo constante de estreitamento dos laços entre profissionais e comunidade em todas as fases do trabalho em saúde. Isto envolve a “discussão dos problemas até a busca de soluções sendo fundamental que a comunidade se aproprie das informações sobre suas condições de saúde e sobre os problemas enfrentados, e participe da busca de soluções para os mesmos” (MACHADO, 2002, p. 221).

Nesta direção, as ações voltadas para o controle social necessitam ser o foco de atenção de todos os profissionais de saúde, devendo ser entendido como uma demanda social importante para a saúde. Estas ações caracterizam-se pela criação de vínculo e do entendimento das necessidades da comunidade.

Com relação a questão destacada acima, resgata-se uma das reuniões realizadas pelo CLS em que representantes de usuários e alguns profissionais questionaram a direção a ser tomada pelo presidente da Associação de Moradores do bairro, com relação aos trabalhos comunitários realizados, preocupados em garantir as atividades desenvolvidas.

A partir do momento em que estas demandas são discutidas e trazidas para o âmbito do CLS, fortalece-se o vínculo com a comunidade e o sentimento de que o conselho é um instrumento que possa estar atendendo as reais necessidades da população envolvida.

O planejamento como campo metodológico que visa os meios como seu fim, também tem uma importância fundamental no desenvolvimento das práticas profissionais e deve ser uma atividade constante no campo da saúde.

Neste sentido, a prática do planejamento nas ESF concretiza-se nos espaços de reuniões de equipe, em que os profissionais planejam suas ações, traçam metas e prioridades. Dentre alguns planejamentos efetuados pelas ESF destaca-se as formas de organização e implantação do acolhimento, da reorganização das práticas na consulta coletiva as gestantes.

Então o planejamento desenvolvidos pelos profissionais de saúde não deve se pautar por uma receita pronta, mas caracterizar-se pelo permanente movimento, pois implica em operacionalizações e reflexão crítica, portanto não é determinista, casuísta e nem linear.

A intersetorialidade também é um elemento fundamental na construção e efetivação, tanto do modelo assistencial quanto das práticas profissionais em saúde, pois a realidade social se apresenta cada vez mais complexa exigindo que as políticas públicas se articulem entre si para poder responder satisfatoriamente as necessidades dos sujeitos/usuários das políticas.

Mendes (1996) inclui a intersetorialidade como um elemento essencial da vigilância da saúde e destaca que os problemas não podem ser resolvidos na perspectiva unisetorial, pois exigem um conjunto articulado de operações, organizações intersetorialmente” (p. 252).

O’Dwyer e Leite (1997), quando discutem a importância das políticas públicas externas ao setor saúde, evidenciam entender que se integradas pela intersetorialidade “podem provocar mudanças nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades” (p. 91):

Os referidos autores elencam como políticas públicas externas ao setor saúde “às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade

e qualidade dos alimentos” (p. 91). Acrescenta-se a estas políticas a de assistência social, criança e adolescente, do idoso, entre outras.

Costa (2000), também, reflete sobre a importância da articulação das políticas públicas, pois permite a identificação e a produção de informações acerca da relação entre condições de vida e de trabalho e o tipo de doenças que estas produzem. Ou seja, “relocaria a saúde como problemática coletiva e partícipe do conjunto das condições de vida, superando a sua histórica organicidade com as doenças, segundo a ótica da clínica anatomopatológica e seu enfoque curativo e individual” (p. 42).

Então, a intersetorialidade deve buscar a unidade do fazer que está embasada no vínculo, na reciprocidade e complementariedade na ação humana, que não se caracteriza pela “convocação da ação multisetorial porque, esta, é constituída pela mera justaposição de dois ou mais setores sem integração conceptual e metodológicas entre eles” (MENDES, 1996, p. 252).

Nesta direção, o desenvolvimento da intersetorialidade no âmbito das práticas de saúde possibilita e ampara os profissionais a atenderem os usuários de forma eficaz, porque conduz olhar este sujeito como portador de necessidades e direitos que poderão ser atendidas não única e exclusivamente pela política de saúde, mas pelas demais políticas integradas intersetorialmente.

Conseqüentemente, a perspectiva do social ampliado se inclui uma vez que a ação profissional não é entendida apenas como intervenção na doença. Destaca-se então que:

A questão fundamental da intersetorialidade é a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores. [...] isso exige intervenção psicopedagógica que abra mentes e corações e um método do agir compartilhado que é o planejamento. Desse modo, a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese (MENDES, 1996, p. 253).

Neste sentido, para a efetivação do modelo de produção social de saúde entende-se que a discussão do social se faz imprescindível. A temática necessita ser discutida, ampliada e publicizada para que se garanta uma política de saúde de fato embasada em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O discurso atual fortemente marcado pelo desmonte do social, conduz que se reforcem ações pautadas nos princípios acima citados, pois na perspectiva neoliberal, responsabiliza-se o mercado e a sociedade (famílias, vizinhos, amigos) pela provisão do social.

Estes arranjos, nas palavras de Pereira (2001), entre mercado, sociedade e Estado visa de fato a criação de uma “via para a privatização das políticas públicas com o conseqüentemente desmonte dos direitos sociais [...]” influenciando diretamente sobre a política de saúde. Nesta discussão, acrescenta-se:

[...] a face real do neoliberalismo nacional é a do totalitarismo, caracterizado pelo esvaziamento da esfera pública, pela privatização dos negócios públicos, pela anulação das falas populares, pela desmoralização das demandas sociais e, pela substituição da política pelo tecnicismo e pelo administrativismo (OLIVEIRA, 1999 apud PEREIRA, 2001, p. 56).

A posição destacada por estes autores, põe em evidência questões centrais levantadas neste estudo, quando destacam que a perspectiva neoliberal anula falas populares e desmoraliza as demandas sociais. Concretamente, não é interesse que se publicize espaços de discussão que garantam as falas populares, ou seja, remetendo-se aos espaços dos conselhos, não são considerados nesta perspectiva e a ação focará para a sua extinção.

Quanto às demandas sociais, fica explícito, que o social, visto sob a perspectiva do direito não se efetiva. A desmoralização destas demandas está inserida nas políticas públicas focais buscando minorar carências e a pobreza para as classes sociais que não conseguem viver no e do mercado.

Estas questões, já evidenciadas, refletem diretamente sobre a saúde e se os profissionais, gestores de saúde e população como um todo não fortalecerem espaços de discussão como os conselhos e não se pautar pela defesa dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e inclui-se o direito, a perspectiva neoliberal se efetivará.

Entende-se que é um desafio, mudar práticas profissionais, há tanto tempo enraizadas pelo modelo biomédico e como todo processo de mudança, este se dá a passos lentos e conflituosos.

Estar inserida na realidade das ESF, evidencia que mesmo frente às dificuldades e limites concretizados nas práticas, os profissionais buscam compreender formas de ação pautadas em uma nova estratégia de fazer saúde. É um caminho a ser construído e incorporar o novo não é fácil, pois remete ao desconhecido que gera ansiedade e medo.

A partir destas considerações, destacam-se como proposições a serem pensadas, efetivando a construção do social na perspectiva de direito, a ampliação de profissionais nas ESF, pois o estudo também evidenciou que a realidade social e dos usuários que procuram os serviços de saúde é complexa.

Neste sentido, para se garantir uma política de saúde pautada no modelo de produção social da saúde, urge que outros olhares profissionais³⁷ estejam vinculados à prática de saúde. As profissões que compõem, atualmente, as ESF são tradicionalmente vinculadas ao olhar da doença, como constatado concretamente nas práticas desenvolvidas pelos profissionais: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O ACS como um profissional que vem se inserindo no campo da saúde, evidencia toda uma problemática de sua formação.

Costa (2000) destaca que o modelo biomédico, ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativista individual, desqualifica as ações e atividades profissionais que não se pautam por este modelo assistencial como as ações de “educação em

³⁷ Sugerem-se como profissionais que podem integrar as ESF os: assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, nutricionistas, pedagogos, etc.

saúde e das atividades de categorias profissionais dos como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogos e, em certa medida, psicólogos” (p. 63).

Por isso, ao se entender que saúde não é apenas ausência de doença, estes outros olhares possibilitarão num processo coletivo e conjunto, com os profissionais tradicionalmente formados a trabalhar na área da saúde, a construir novas práticas profissionais embasadas no real objeto da saúde que é o cuidado.

O indicativo desta sugestão se pauta quando se constata que o social, uma categoria essencial na saúde, é entendido pelos profissionais como algo marginal que se reflete nas práticas com ações focais e fragmentadas.

A ansiedade dos profissionais, com relação ao Assistente Social, para trabalhar com as demandas sociais, também, é entendida como um indicativo de que os mesmos talvez estejam querendo demonstrar que é necessário frente à complexidade da realidade social, um olhar não centrado na doença.

Neste sentido, entende-se que o profissional de Serviço Social tem uma formação específica que lhe confere com propriedade a olhar o social e o direito buscando juntamente com os demais profissionais a construção de práticas vinculadas ao social ampliado porque tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho.

O desafio que se coloca então para os profissionais de Serviço Social é desenvolver a capacidade de desvelar a “realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

Costa (2000) constata que a inserção dos assistentes sociais na saúde é cada vez mais requisitada pelas “instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis

e apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde” (p. 36). Acrescenta-se ainda que:

A objetivação do trabalho do Assistente Social, neste campo da prestação dos serviços, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema (Idem, 2000, p. 62).

Assim, pode-se afirmar que o Assistente Social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e com as demais políticas sociais setoriais, constatando que o seu “principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações” (Idem, 2000, p. 62).

Enfim, concluindo-se, estes são alguns aspectos que buscam evidenciar a importância desta temática para a realidade na qual se insere a política de saúde e as práticas profissionais.

A discussão realizada, a partir dos conceitos de saúde, dos modelos assistenciais, da política de saúde, das práticas profissionais, do social, do controle social e da intersetorialidade objetivou iluminar a discussão de que o momento no qual se vive é marcado por transições e mudança.

Igualmente as hipóteses levantadas sobre o social foram confirmadas, uma vez que se constatou a existência do social restrito no âmbito das práticas profissionais. Ainda são um desafio à construção de práticas vinculadas em sua perspectiva de direito.

Por isso, sabe-se que as questões abordadas e aprofundadas nesta pesquisa não objetivam trazer respostas prontas ou soluções definitivas, ao contrário, buscam problematizar a temática e trazer ao olhar de todos os profissionais envolvidos com a saúde a pensar que política e práticas são construídas.

A construção da discussão do social no âmbito das práticas profissionais foi um desafio constante e quer-se que o mesmo continue a instigar outros profissionais para o mesmo desafio, publicizando estas questões em busca de caminhos que conduzam à política de saúde de fato para a universalidade, equidade, integralidade, de direito e que o social em sua perspectiva de direito esteja contemplada.

ABREU, Marina Maciel. O Controle Social e a Mediação da Política de Assistência Social na Sociedade Brasileira na Atualidade – indicações para o debate. **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz. Vol 06, no. 01, jan/jun, 2002.

ADRIANO, E.J; MRONINSKI, C.R.L; LUZ, H.H; DALA, M.D.B; ZABOTIN.L; BARROS, R. E de. Blumenau(1993-1998): da municipalização à gestão plena de saúde. **Revista Saúde e Cidade em Debate**. Número Inaugural: 43-51. Agosto. Rio de Janeiro –RJ. 1999.

ADRIANO, Edson José. **Aspectos Políticos da Municipalização da Saúde e da Implantação do SUS em Blumenau**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

ATA DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE PSF AFONSO BALSINI. Blumenau, 2002.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. A Historicidade do Conceito de Causa. Textos de Apoio. Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.

_____ A Saúde é Responsabilidade do Estado Contemporâneo. In: **Revista Tema Radis**. Rio de Janeiro/FIOCRUZ, no. 15, out, 1997.

BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, no. 61, Ano XX, nov, 1999.

BERTONCINI, Judite Hennemann. **Da Intenção ao Gesto: análise da implantação do programa Saúde da Família em Blumenau**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Trad: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORBA, Julian. Políticas de Saúde e Democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. In: **Revista Katálysis**. No. 3. Florianópolis, Editora da UFSC, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** (Org) Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. São Paulo: Saraiva, 29.ed. atual e ampliada 2002a.

_____ **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília, 2002b.

_____ **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, março, 1996a.

_____ **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS.** Brasília, 1996b.

_____ **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 2^a Ed. 1998a.

_____ **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a Organização da Atenção Básica.** Brasília, 1998b.

_____ **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1987a.

_____ **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1987b.

BRAVO, Maria Inês Souza e Souza, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social.** Brasília: UNB. Vol 01, no. 01, 1^o. semestre, 2002.

_____ **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/Editora UFRJ, 1996.

_____ **Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos.** In: **Política Social e Democracia.** BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, Potyara A. P. (ORG). São Paulo: Cortez e Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CAMILO, Maria Virgínia Righetti Fernandes. **Trajetória do Direito à Saúde: uma experiência de hospital-escola.** In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, no. 59, Ano XX, março, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: **Práxis Em Salud: un desafio para lo público**. MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (ORG). Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Rosana Onocko. Análise do Planejamento como Dispositivo Mediador de Mudanças Institucionais com Base em um Estudo de Caso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V 16, no. 04, out/dez, 2000a.

_____ Planejamento e Razão Instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V 16, no. 03, jul/set, 2000b.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. In: **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, v.6, no.1, p.41-66, jan/jun.2002.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. Trad. Iraci D. Poletí. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de e WESTPHAL, Márcia Faria. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, Márcia Faria e ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde, Descentralização/Municipalização do SUS**. São Paulo: Ed. UDESP, 2001.

CAVALCANTI, Soraya Araújo Uchoa. Reforma do Estado e Políticas Sociais no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo/Cortez, no. 68, Ano XXII, nov. 2001.

CORTIZO, Maria Del Carmem. **A Cultura da Justiça**. Campinas: UNICAMP, Tese de Doutorado, 2000.

COSTA, Viegas Fernandes da. Um Projeto de Nação: o discurso de Afonso Balsini. In: **Blumenau em Cadernos**. Blumenau: Fundação Cultural de Blumenau, Tomo XLII, no. 5/6, maio/junho, 2001.

COSTA, Wildce da Graça Araújo e MAEDA, Sayuri Tanaka. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v 25, no. 57, jan/abr, 2001.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. Ano XXI, no. 62, mar, 2000.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. Coleção Saúde em Debate no. 72. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

_____ FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Direito Sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, Sonia (Org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

DAL PRÁ, Keli Regina. **As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Departamento de Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2003.

DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. SILVA, Benedicto (ORG). Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Documentação. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.

DRAIBE, Sonia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. In: **Revista da ANPOCS**, no. 12, 1988.

DRAIBE, Sonia e HENRIQUE, Wilnês. Welfare State, Crise e Gestão da Crise. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, no.6, Vol 3, fev de 1988.

FERNANDES, Florestan. **Nova República?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986:

FILHO, Gisálio Cerqueira. **A Questão Social no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

FONTES, Olney Leite. **Além dos Sintomas: superando o paradigma saúde e doença**. Piracicaba: UNIMEP, 1995.

FORTUNA, Cinira Magali; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa e MISHIMA, Silvana Martins. Alguns Aspectos do Trabalho em Saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, V. 26, no. 62, set/dez, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva e MERHY, Emerson Elias. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais,

Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. V 15, no. 2, abr/jun, 1999.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php/>. Acesso em: 10 fevereiro 2003.

_____ Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. V. 26, no. 60, jan/abr, 2002.

GIOVANELLA, Ligia e FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: **Política de Saúde: o público e o privado**. EIBENSCHUTZ, Catalina (ORG). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GUTIERREZ, Paulo Roberto e OBERDIEK, Hermann Iark. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, SM de Soares, DA CORDINI, JL. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UE L, 2001.

IANNI, Octavio. A Questão Social. **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: SEADE. V. 05, No. 01, 1991.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As Atribuições Privativas do(a) Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2002.

_____ **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

INSTITUTO DE PESQUISAS E PLANEJAMENTO URBANO DE BLUMENAU – IPPUB. Blumenau: perfil dos bairros. Blumenau: Prefeitura Municipal de Blumenau/Departamento de Pesquisa e Informações, 1997.

_____ Censo Demográfico. Blumenau: Prefeitura Municipal de Blumenau/Departamento de Pesquisa e Informações. <http://www.blumenau.sc.gov.br/socioecon/default.htm> **www.blumenau.sc.gov.br**. Acesso em: 20 dezembro 2002.

LAURELL, Asa Cristina. A Globalização e as Políticas de Saúde. In: **Revista Tema Radis**. Rio de Janeiro/FIOCRUZ, no. 15, out, 1997.

_____ A Saúde-Doença como Processo Social. In: **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. NUNES, Everardo Duarte (ORG). São Paulo: Global Editora, 1983.

LOPES, Juarez Rubens Brandão. “Revisão Bibliográfica dos Principais Diagnósticos e Recomendações de Políticas Sociais Elaboradas pelas Agências Multilaterais na América Latina”. In: **Novos Parâmetros para a Reorganização da Política Social Brasileira**. Texto para Discussão no. 358, IPEA, 1994.

LUZ, Madel T. **Natural Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, Madel T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, R e TAVARES, R.J. **Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará/ABRASCO, 1995

MACHADO, Lucinéia Morely. O Programa Saúde da Família no Distrito Federal na Voz de seus Atores. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social**. Brasília: UNB. Vol 01, no. 01, 1º. semestre, 2002.

MAGAJEWSKI, Flávio, R.L. **Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no Período de 1987-1990**. Dissertação de Mestrado em Administração. Florianópolis. CPGA/UFSC, 1994.

MARTINS, Cleide Leviere; OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza; RODRIGUES, Marie Azuma; WATANABE, Helena Akemi Wada e JACOMO, Yumiko Asada. Agentes Comunitários nos Serviços de Saúde Pública: elementos para uma discussão. **Saúde em Debate**. Londrina: CEBES, no. 51, jun, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Processo Social de Distritalização da Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995.

_____ **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias. Em Busca do tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Práxis Em Salud: un desafio para lo público**. MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (ORGS).Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____ **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

_____ e CHAKKOUR, Mauricio. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Práxis Em Salud: un desafio para lo público.** MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (ORGS). Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec -Abrasco, 1996.

MISHIMA, Silvana Martins; SILVA, Eliete Maria; ANSEMI, Maria Luiza e FERREIRA, Sílvia Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde: com para o Ceará... bom para o Brasil? **Saúde em Debate.** Londrina: CEBES. No. 37, dez, 1992.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira e SOUSA, Rosiléa Alves de. Educação em Saúde Reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. Vol 18, no. 06, nov/dez, 2002.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez. 3ª. ed, 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e Tendências da Seguridade Social Brasileira. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, Cortez, no. 65, Ano XXII, mar, 2001.

_____ **O Direito na Reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda.** Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

NOVO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (ORG) 2ª. Ed. revista e ampliada. 36ª. impressão. Editora Nova Fronteira, 1986.

NUNES, Everardo Duarte. **Interdisciplinaridade: conjugar saberes.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro. Ano XXVI, V 26, no. 62, set/dez, 2002a.

NUNES, Mônica de Oliveira, TRAD, Leny Bonfim, ALMEIDA, Bethânia de Araújo, HOMEM, Carolina Ramos e MELO, Marise Claudia I. De C. O Agente Comunitário de

Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol 18, no. 06, nov/dez, 2002b.

O'DWYER, Gilson Cantarino e LEITE, Maria Aparecida Carricondo de Arruda. Saúde, Direito Primordial de Cidadania. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina/Paraná, CONASEMS, no. 17, março de 1997.

OLIVEIRA, Ângelo. G. R da Costa e SOUZA, Elisabeth. C.F de. A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14, n. 2, Rio de Janeiro, abr./jun, 1998.

OLIVEIRA, J.A.A e TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O Trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **Revista de Antropologia**. São Paulo: USP, v.39, no. 1, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe de la Conferência Internacional sobre Atenção Primária de salud**. Alma: Ata, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995.

_____ A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia e FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 5^a. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1999a.

_____ Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia e FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 5^a. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1999b.

PEREIRA, L.C.B. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. In: **Revista Lua Nova**. 45. São Paulo, CEDEC, 1998.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social, Serviço Social e Direitos de Cidadania. In: **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS - Temporalis**. Brasília: ABEPSS/Graflin, Ano II, no. 3, jan/jun, 2001.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA. PSF Afonso Balsini. Blumenau. Mimeo, s/d.

PIANCASTELLI, Carlos Haroldo, SARAIVA, Estela Márcia Campos, SOUSA, Maria Fátima de, CERVEIRA, Maria Angélica Cúria e BÔAS, Maria Leopoldina de Castro Villas. Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, no. 21, dez, 2000.

PORTO, Maria Célia da Silva. Cidadania e “(des)proteção social”: uma revisão do Estado brasileiro?. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, Cortez, no. 68, Ano XXII, nov. 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Lei Orgânica do Município de Blumenau. Blumenau, 1990.

_____ Lei Orgânica de Saúde. Blumenau, 1990.

RAICHELIS, Raquel. Assistência Social e Esfera Pública: os conselhos no exercício do controle social. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez. Ano XIX, no. 56, mar, 1998.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, Renato Janine. **A Sociedade contra o Social: o alto custo da vida pública no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

RODRIGUES NETO, Eleutério. Subsídios para Definição de uma Política de Atenção a Saúde para um Governo de Transição Democrática. **Revista Saúde em Debate.** Londrina: CEBES, no. 17, 1985.

ROS, Marco Aurélio. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck.** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

ROSA, Rosete de Jesus. **Relatório de Atividades de 2002/2003: PSF Afonso Balsini.** Blumenau: FURB. Mimeo, 2003.

ROSEN, George. **Da Policia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a História da Assistência Médica**. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROUQUAYROL, Maria Zélia e GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, História Natural e prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia e FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 5^a. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANTOS, Teresinha Aparecida dos. **Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: uma experiência no PSF Afonso Balsini em Blumenau**. Monografia de Serviço Social. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2002.

SEVALHO, Gil. Uma Abordagem das Representações Sociais de Saúde e Doença. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, V 09, No. 03, jul/set, 1993.

SILVA, Jacqueline Oliveira. Educação em Saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. No. 42, mar, 1994.

SILVEIRA, Cláudia Hausman. **Programa de Saúde da Família: um estudo de caso no município de Joinville – SC**. Curitiba: UFPR. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Mestrado de Sociologia.

SIMIONATTO, Ivete. A Reificação das Relações Sociais Cotidianas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. no.29, ano x, abr, 1989.

SOBRINHO, Eduardo Jorge Martins Alves e SOUSA, Maria Fátima de. A Tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: **Os Sinais Vermelhos do PSF**. SOUSA, Maria Fátima (Org). São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUSA, Maria de Fátima de, FERNANDES, Afra Suassuna, ARAÚJO, Cinthia Lociks de e FERNANDES, Maria Cristina. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, no. 21, dez, 2000.

SOUSA, Maria Fátima. Capital Humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: **Os Sinais Vermelhos do PSF**. SOUSA, Maria Fátima (Org). São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUZA, Renilson Rehem de. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. **Ciência. Saúde Coletiva**. São Paulo, v.6, no. 2, 2001.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TELLES, Vera da Silva. Questão Social: afinal do que se trata?. In: **São Paulo em Perspectiva**. Revista da Fundação SEADE, v.10, no. 4, out-dez, 1996.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

UNCLERT, Carmem V. de S, O Processo da Territorialização em Saúde no Município de São Paulo. In: **Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. (ORG) Carmem Teixeira Fontes e Cristina Melo. Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde. São Paulo, 1995.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva?:** questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Intenção-Ação no Trabalho Social: uma contribuição ao debate sobre a relação assistente social-grupo**. São Paulo: Cortez, 1985.

VIEIRA, Tatiana dos Santos. **Educação em Saúde e Cidadania: a importância do acesso contínuo aos usuários dos grupos de puericultura no Ambulatório Geral do Garcia**. Monografia de Serviço Social. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2002.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Enigmas do Social. In: **Desigualdade e a Questão Social**. BELFIORE-WANDERLEY, Mariângela; Bógus, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita (ORGs). São Paulo: EDUC, 2000.

WERNECK, Marco Azeredo Furkim. A Reforma Sanitária no Brasil. **Guia Curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS**. Área III e IV. Brasília/Ministério da Saúde, 1998.

WIESE, Michelly L. **DIÁRIO DE CAMPO**. Florianópolis. Mimeo, 2003.

ANEXOS

ANEXO A: Quadro para Identificação das Categorias de Estudo.

ANEXO B: Mapa da Divisão Administrativa do Município de
Blumenau e Mapa do Bairro da Velha

ANEXO C: Mapa de Ruas do PSF Afonso Balsini

ANEXO D: Mapa de Enfermagem

ANEXO E: Planilha de Identificação de Casos de Diarréia

ANEXO F: Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético

ANEXO G: Fichas e Cadastro de Gestantes

ANEXO H: Mapa de Produção Médica

ANEXO I: Mapa de Produção de Enfermagem, Assistente Social e
Psicólogo