

Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Só analisando antes, para dizer depois.

Emerson Elias Merhy, professor da UNICAMP, médico sanitário

Túlio Batista Franco, pós-graduando em saúde coletiva na UNICAMP, psicólogo sanitário

Ser a favor ou contra, tem sido o mote das discussões e disposições dos vários atores envolvidos no setor saúde. Mas, estes não têm ficado livres de uma forte dose maniqueísta nos seus posicionamentos. Ora as coisas são ruins em si, ora as pessoas são “anti-modernas”.

Não temos, neste texto, a intenção de sair marcando terreno dentro deste tipo de postura, mas nos propomos a partir de certos ângulos de análise mostrar que pode-se ser a favor e contra o PSF. Nos espanta a rapidez com que certos setores do movimento sanitário brasileiro passaram a negar suas próprias experiências e conquistas positivas na criação de novas práticas de saúde, adotando como ato inaugurador do novo, a “descoberta” deste programa. Como se nunca tivessem ouvido falar do mesmo ou de suas maravilhas. Nos espanta o grau de despolitização com que isso vem ocorrendo. Achamos que nada melhor do que misturar um pouco de história com um monte de indignação, para ativar o debate, estimulando o dissenso, que neste momento consideramos produtivo e criativo para pensar os nós críticos em relação ao que vimos experimentando durante estes anos de SUS, no Brasil, principalmente por considerar que os mesmos não são histórias de fracassos. Muito pelo contrário.

Outra grande questão, neste debate, é que a origem desta agenda que colocou o PSF na ordem do nosso dia, não é tão isenta assim e nem tão ingênua. Tem a marca dos projetos neoliberais, de modo indiscutível.

Assinalamos também, antes de expor certas idéias, que o nosso foco dirige-se para o que o PSF tem sido na maior parte das suas experimentações: um projeto do atual governo FHC, via Ministério da Saúde, deste governo, e na sua maioria experiências nada inovadoras. Vamos partir deste lugar.

Em 1994, o Ministério da Saúde anunciou a adoção do PSF como estratégia para “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”<sup>1</sup>. Preconizava o documento, as seguintes características para este programa:

“Caráter substitutivo: substituição as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde.

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido.

---

<sup>1</sup> “Programas e Projetos - Saúde da Família”; MS, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).”<sup>2</sup>

Passados estes anos: onde está a mudança anunciada? o que há de novo na organização da assistência à saúde?

O PSF, como prioridade de governo, ganhou tanto espaço institucional, quanto inserção junto à rede de assistência à saúde. Uma observação, por mais grosseira que seja no seu locus operacional, pode verificar que há uma defasagem entre o discurso mudancista e as práticas assistenciais que implementa, ou seja, mostra que não se tem conseguido realizar a missão prometida. Diante disso, pelo menos uma questão é permitida: por quê o Programa não tem tido potência para inverter a lógica de produção dos serviços de saúde?

Será que é porque é focal? Ou, porque não tem competência tecnológica para isso? Ou, será que não consegue incorporar a produção da saúde em toda sua complexidade e ordenar um processo competente de confronto com os modelos hegemônicos?

Uma parte da explicação pode começar pela análise do arsenal teórico ao qual este Programa recorre, para estruturar suas propostas e suas práticas assistenciais. O PSF utiliza de modo central uma certa epidemiologia para construir o seu conhecimento do mundo das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações em torno da vigilância à saúde.

Sem dúvida, o binômio epidemiologia/vigilância à saúde é importante na estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente e em muitos casos não é nem o centro das intervenções. Há muitas situações nas quais a clínica aparece como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica, devem ser chamados. Por exemplo, 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 sua subjetividade. Uma ação de saúde eficaz, necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território. Há situações em que não cabe a perspectiva de cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento. Produzir este tipo de saúde, não se esgota na clínica, na epidemiologia e nem na vigilância à saúde, outros campos de conhecimentos competentes precisam ser mobilizados, que agem nos processos relacionais com o usuário, e que estão implicados com a produção de ações acolhedoras, de escutas qualificadas e mesmo com as responsabilizações e compromissos que estes processos comportam, que operam os vínculos sociais, por exemplo.

---

<sup>2</sup> Idem, *ibidem*.

E o curioso, que vale assinalar, é que o PSF que certos contingentes do movimento sanitário advogam, como o que está expresso na própria NOB-96, é aquele que se contrapõe à própria clínica, como se esta fosse em si um território “anti-saúde”. Por isso, em boa parte, ao dar centralidade, em seu campo teórico e de práticas, ao terreno da epidemiologia/vigilância à saúde, secundariza de modo instrumentalizado a utilização da multiplicidade de conhecimentos que devem compor o complexo e multidisciplinar trabalho em saúde.

A reprodução antinômica, já conhecida em projetos anteriores, entre epidemiologia X clínica tem empobrecido os projetos que se colocam como alternativas aos modelos hegemônicos, e acaba por colocar o próprio PSF no mesmíssimo lugar de programas similares, como: a “Medicina Comunitária” (EUA, décadas de 50/60) e os “Cuidados Primários em Saúde” (Alma Ata/Rússia; 1978). E, neste aspecto torna-se “primo-irmão” dos mesmos, por compartilhar nuclearmente das mesmas fontes.

A proposta de modelo assistencial na atual conjuntura política/econômica.

Os modelos assistenciais são produtos sócio-históricos e portanto, se viabilizam a partir de um certo ambiente institucional propulsor de determinada política para o setor da saúde. Um conjunto de idéias e diferentes modos de intervenção em serviço (tecnologias) são chamados a estruturarem o modelo assistencial. Uma breve incursão na história nos remete à década de 70, final do boom econômico que fez o mundo conhecer crescimento extraordinário e início de uma grave crise estrutura do capitalismo, de natureza recessiva (Mandel, 1985). Esta crise, gerou menor capacidade fiscal dos estados e por conseqüência, motivou o surgimento de modelos racionalizadores de assistência à saúde, centrados em uma lógica administrativa. Esta conjuntura econômica fez ressurgir no cenário político a proposta neoliberal de organização da economia. O Neoliberalismo ganha hegemonia nos países desenvolvidos e cria um cenário propício para intervenções na organização da assistência à saúde, seguindo o receituário das agências internacionais. Estas diretrizes estão sistematizadas no “Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 - Investindo em Saúde”, publicado pelo Banco Mundial.

“Laurell<sup>3</sup> identifica três objetivos nesta proposta: 1. Situar a saúde principalmente no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; 2. Adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto público, incluindo a saúde; 3. Amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. A agenda do Banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil, devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reformas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a

---

<sup>3</sup> Cristina Laurell é professora investigadora de Medicina Social da Universidade Autônoma Metropolitana-Xochimilco; México.

cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguros aos consumidores; e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos”. (Lima; 1996).

As diretrizes sistematizadas neste documento, seguindo a agenda do “Consenso de Washington”, evidencia o fato de que a assistência à saúde deve se transferir para o setor privado. Isto se deu em diversos países da América Latina, especialmente Chile e Colômbia são exemplo emblemáticos desta política. No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde realizou-se na esteira de uma grande mobilização popular, através do movimento da reforma sanitária. Isto dá ao SUS uma importante legitimidade social que o protege de estratégias privatizantes. É importante observar que apesar da estruturação do estado e das políticas neoliberais (privatizações, desregulação, etc...) o SUS permanece seguindo como um sistema de saúde universalizado e essencialmente público, o que tem feito de modo pontual, em certas regiões e experimentos, mas sem o devido salto de qualidade para inverter o modelo assistencial.

A proposta oficial de organização produtiva da saúde, feita através do PSF, tem apostado em um serviço amplo em cobertura e de baixo custo, e como já dissemos, ao definir que seu centro de intervenção é a vigilância à saúde, tem-lhe roubado a potência necessária para realizar a mudança pretendida.

Por que a opção pelo PSF tem sido de modo geral, acrítica?

É neste ponto que reside um dos principais erros do movimento sanitário brasileiro, no seu desafio de enfrentar o modelo hegemônico, pela negação da clínica através de uma teoria da produção da saúde, pressuposta no campo da vigilância à saúde, que opera com a antinomia clínica x epidemiologia, CONSIDERANDO (DE MODO LIMITADO) SEMPRE, EM QUALQUER MODALIDADE A MEDICINA BRAÇO ARMADO DO CAPITAL. Isto tem impedido que a proposta de reforma do Sistema de Saúde idealize uma produção da saúde mais abrangente e diversificada (Campos, 1992), centrada nos interesses dos usuários e na “produção do cuidado”. É como se o sanitarismo, ao não realizar uma crítica de seu próprio imaginário, sinalizasse, ou melhor, autorizasse o Ministério da Saúde, do governo FHC, a fazer o mesmo.

Esta questão talvez explique um pouco, a atração que setores importantes dos sanitaristas brasileiros têm tido para com o PSF. Percebe-se que o campo teórico da epidemiologia/vigilância à saúde, tem servido de “idealizador” do sujeito epistêmico (termo emprestado de Mário Testa, 1996) da reforma brasileira. A referência em uma mesma matriz teórica torna o Programa de Saúde da Família um atrativo a diversos setores do sanitarismo brasileiro, assim como torna sua relação com o PSF acrítica. Isto é fortalecido pela similaridade que tem o PSF e as propostas da Medicina Comunitária e Cuidados Primários em Saúde, propagados pela OMS especialmente a partir da Conferência Internacional de Alma Ata (Rússia, 1978); (Merhy, 1986), que se valeram de referenciais teóricos semelhantes, e o mesmo discurso mudancista enquanto se colocaram como alternativas ao Modelo Médico Hegemônico.

Não se trata aqui, simplesmente, de ser contra o PSF, mas sim de verificar as fragilidades do Programa tal como tem sido proposto e fazer um esforço de sua superação, para que sirva como um dispositivo, a mais, de mudança do modelo assistencial.

ACRESCENTEI ESTE PARÁGRAFO: Para se atuar com projetos que incorporem o PSF como uma tecnologia a mais de intervenção no campo da saúde, deve-se antes de tudo perguntar qual a competência do mesmo para impactar o complexo território das necessidades de saúde e por aí dimensionar a sua utilidade na aposta de um projeto tecno-assistencial centrado na defesa da vida dos usuários individuais e coletivos (Merhy, 2001).

Concluindo

Por fim, a NOB/96 cita textualmente o PSF/PACS como programas que têm garantidos incentivos para as suas implantações. Faz menção a “programas similares” a estes para obtenção de recursos, mas os modelos “similares” têm recebido tratamento de “dissidentes” ou seja, a sua regulamentação oferece poucos recursos, o que “desincentiva” outras opções de organização da assistência. Com isto, o Ministério da Saúde tenta engessar e impor aos municípios o modelo a ser seguido, negando a obviedade de que os modelos assistenciais eficazes são os que se adaptam às dinâmicas das realidades locais, e mesmo ferindo as autonomias governativas dos gestores municipais. Com este fechamento em torno de si, como se fosse um dogma, acaba paradoxalmente revelando uma fragilidade interna. Isto é mais perceptível na esfera local, no locus de produção da saúde, no município. Alguns destes, têm até conseguido reciclar a proposta do PSF, mas muitos não têm tido potência para isso, subordinando-se simplesmente ao imperativo centralizador do Ministério.

A crítica, que estamos procurando formular, vem no sentido de contribuir com o debate em torno da necessidade de mudança do modelo assistencial. Esta transformação passa pela reestruturação produtiva da saúde (Iriart et al, 1999, Merhy 2000), o que diz respeito à agenda atual da reforma sanitária. No entendimento que temos, reorganizar a produção da saúde, significa alterar os processos de trabalho, a partir da reinversão das suas tecnologias. Processos de trabalho que têm como fonte inúmeros campos de saberes e operem de modo multiprofissional, centrado 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 (Franco, Bueno & Merhy, 1999; Merhy, 1998). Ao não incorporar estas discussões os debates sobre o PSF tem caído em posicionamentos de torcidas organizadas, cada vez mais despolitizadas e fetichizadas.

Por isso.

Vamos polemizar.

### Bibliografia:

1. "Programas e Projetos - Saúde da Família"; Ministério da Saúde, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).
2. "Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde"; Ministério da Saúde, mimeo, Brasília; março de 1996; pág. 2.
3. Bueno, W. S., Merhy, E.E. ; Norma Operacional Básica e o modelo tecnoassistencial em saúde, mimeo, Campinas, 1997.
4. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
5. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
6. Cecílio, L.C.OI (org) et al; "Inventando a Mudança na Saúde"; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
7. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG); São Paulo, 1998. (aprovado para publicação no Cadernos de Saúde Pública da ENSP).
8. Iriart C.B., et al. A Atenção Gerenciada como analisadora da reforma de saúde, na América Latina. Relatório de Pesquisa. New Mexico: University of New Mexico, 1998.
9. Lima, C.R.; Reforma do Estado e Política de Saúde: Discussão da Agenda do Bando Mundial e da Crítica de Laurell in Saúde em Debate - revista do CEBES; Número 40/50; Londrina (PR), 1995/96.
10. Mandel E.; O Capitalismo Tardio; Nova Cultural, São Paulo, 1985.
11. Merhy, E.E. & Onocko, R. (Orgs.) Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.
12. Merhy, E.E. "A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência" in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ ED.; Belo Horizonte, 1998.
13. Merhy, E.E. Alma Ata: qual é o jogo; mimeo, Campinas (SP), 1986.
14. Merhy, E.E. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Livre-docência apresentada à FCM/UNICAMP. 2000
15. Merhy, E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Revista Interface. Comunicação, Saúde e Educação. Fundação UNI Botucatu/UNESP. São Paulo. número 9: 147-149. 2001.
16. Programa de Saúde da Família - PSF; Ministério da Saúde - 1998;
17. Silva Jr. A.G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva; Hucitec, São Paulo, 1998.
18. Testa, M. Saber en Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1996.

06.11.2001