

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Programa Saúde Família. Uma avaliação do modelo de atenção básica.

Paulo Henrique Miranda da Silveira.

Cita:

Paulo Henrique Miranda da Silveira (2009). *Programa Saúde Família. Uma avaliação do modelo de atenção básica. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1501>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Programa Saúde Família

Uma avaliação do modelo de atenção básica

*Paulo Henrique Miranda da Silveira*¹

Introdução

A reforma sanitária no Brasil inovou ao possibilitar a ampliação dos espaços de participação da sociedade civil nos fóruns, conselhos e plenárias em saúde, visando incorporar diferentes realidades sociais na formulação das políticas públicas. Passados mais de duas décadas de sua implementação, ainda pode-se afirmar que este sistema de saúde constituiu-se num diferencial para as demandas sociais, muito embora tenha enfrentado sérios problemas de gestão e planejamento, mesmo assim, no que concerne a formulação e o planejamento do sistema nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) pode-se afirmar que é modelo de universalização da atenção à saúde. Grosso modo, na definição das responsabilidades, coube a cada ente da federação as seguintes atribuições: a) esfera federal competiu o planejamento estratégico, o repasse de recursos e a fiscalização das políticas sanitárias, além da promoção de ações integradas com os demais entes da federação; b) ao sistema estadual, coube o planejamento e a administração da rede secundária de saúde (Hospitais) em articulação com os níveis federal e municipal, neste caso, na integração com as políticas locais; c) aos municípios competiu planejar e gerir a rede Plena da atenção básica² e num segundo momento, assumir a gestão plena do sistema de saúde, ao municipalizar a administração dos hospitais públicos.

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE.

² Email: paulo_henriquem@hotmail.com A rede de atenção básica à saúde é composta de vários programas como: Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e o Saúde Ambiental (PSA), além das policlínicas e postos de saúde.

Com a presença efetiva desses novos atores, sobretudo município e sociedade civil na formulação das políticas públicas novos desafios surgiram para consolidar esse sistema de saúde. Pois, de um lado, a influência dos interesses privados, principalmente dos *lobbies* dos donos de hospitais, dos conselhos de medicina e da indústria farmacêutica, setores historicamente beneficiados com o financiamento público e interessados na manutenção do *status quo* administrativo para financiar a imensa rede de assistência privada. Do outro lado, o baixo poder de fiscalização dos municípios e conselhos, diante da indução dos financiamentos federais na condução das políticas em saúde para implementação das novas formas de gestão da atenção básica (BODSTEIN, 2002).

Mais do que uma proposta de gestão pública, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)³ nos anos de 1980, representou uma estratégia de descentralização das ações em saúde, voltada a resgatar uma política sanitária que fosse de fato mais democrática e propicia-se a transferência de competências da união para os gestores estaduais e municipais. Em tese significaria um melhor planejamento dos investimentos em saúde, pois consideraria o controle social exercido pela população aos programas via conselhos civis em defesa da formulação e o acompanhamento de ações que promovessem o cuidado as populações mais carentes.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde procurou incentivar programas como a Saúde da Família (PSF), que atuassem junto às comunidades mais pobres, seguindo os critérios do *Mapa da fome*, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2003), no início dos anos de 1990, onde são priorizadas as ações em

³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Art.196** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

áreas de risco, assim como incorporou os seguintes objetivos: a) o ajustamento dos repasses de recursos financeiros da União para com os estados e municípios; b) uma gestão descentralizada da saúde, considerando a participação da sociedade civil representada pelos conselhos e fóruns municipais e estaduais; c) a preocupação em incorporar, de forma mais ampla a realidade sócio-cultural dos indivíduos; d) uma proposta que se contrapõe ao modelo médico-hospitalar (*cf* Senna, 2002).

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo contribuir para a transformação dos modelos de políticas públicas vigentes em saúde, ao priorizar a humanização na atenção aos usuários através de uma ação direta na família e na comunidade na qual estão inseridos. O PSF tem um papel central na reorganização da prática médica tradicional, visto que, está prática em muitos casos supervaloriza as ações meramente curativas, especializadas e hospitalares, sem dar à devida atenção as dimensões sócio-culturais dos agentes envolvidas no processo de adoecimento. Este programa constitui-se numa estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo.

Todavia estudos⁴ realizados sobre a experiência de programas de humanização na saúde em comunidades pobres têm procurado refletir sobre o monitoramento dos 20 anos do SUS, observando: i) entraves quanto à transição dessas diretrizes (a transferência de responsabilidade da união para a população); ii) presença de praticas tradicionais em saúde promovidas pela população, assim como: iii) a implementação das políticas públicas em saúde no âmbito local.

⁴ Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007), financiada pelo CNPq, sendo realizada nas cidades do Recife-PE, Fortaleza-CE, Campinas – SP e Porto Alegre-RG, sob a coordenação do Núcleo de Cidadania (NUCEM) da Universidade Federal de Pernambuco.

Todas essas características demandam um maior cuidado quanto às serias dificuldades de infra-estrutura das comunidades, aliado ao debate sobre a relação médico-paciente, que na conjuntura atual, reproduz uma prática hierárquica orientada pela medicina biocientífica em detrimento de uma prática médica preventiva.

Diante desse contexto para consolidação do sistema de saúde pública, tem se observado nos últimos anos, o crescente número de centros de pesquisa nas ciências sociais interessados em abordar a questão da integralidade da saúde em âmbitos mais específicos, mas também, que possam ser cotejados com outras experiências em diferentes realidades sociais, onde se discuta a saúde como um *bem público*, inalienável, ou seja, que não pode ser investigado fora de um contexto ecológico aos quais os indivíduos estão imersos, contemplando a sua esfera *biopsicossocial* como contribuição da perspectiva sociológica para os graves problemas oriundos das iniquidades no atendimento e no cuidado às comunidades de baixa renda.

Neste sentido, este artigo enfoca algumas perspectivas abordadas pelos processos sociais pós reforma sanitária, tratando retrospectivamente de alguns elementos que nortearam esse processo de discussão por novos paradigmas para gestão da saúde pública no Brasil e, em seguida, procurarmos dar continuidade ao debate sobre o binômio saúde/doença a partir das perspectivas de alguns estudos clássicos da sociologia, que abordaram diferentemente ou indiretamente⁵ a questão da saúde em diversos contextos sociais, como aspecto de reavaliação do debate promovido pelo impacto da adoção de mudanças no sistema de saúde. Sobretudo, porque, entendemos que o debate promovido pela sociologia da saúde contribui para iluminar a prospecção de uma avaliação que procuramos realizar num campo *biopsicossocial* das políticas da vida, examinando empiricamente uma estratégia de atenção básica à saúde, o Programa

⁵ Fontes, Breno (2008). Anotações realizadas em sala, durante o curso de Sociologia da Saúde, no programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE.

Saúde da Família (PSF), ao enfrentar os principais desafios para consolidação da promoção da saúde.

Abordagens clássicas da sociologia da saúde

No âmbito das sociologias⁶ (da saúde, da medicina e das doenças) vários estudos clássicos se notabilizaram pela preocupação em analisar o fenômeno das transformações na atenção ao binômio saúde-doença, sobretudo a partir do paradigma da medicina na modernidade, principalmente, com o olhar voltado à relação da institucionalização do saber médico como ciência positiva, e sua afinidade com as práticas sociais em saúde. As pesquisas sociológicas investigaram como os diversos aspectos do discurso biocientífico contribuíram para o controle sob o viver e o morrer na contemporaneidade⁷.

O estudo mais conhecido é o de Durkheim⁸ sobre o suicídio, em 1897, no qual se investigou as motivações *sui generis* do suicídio em diversos contextos sociais. Sua perspectiva não se postulou apenas em difundir um entendimento de uma ordem individual direta, mas sim, uma compreensão coletiva de um fenômeno de ordem social. “(...) *la medida en que se puede admitir que el suicidio se reproduce por unas o por otras de estas direcciones, habrá que hacerlo depender de causas sociales y no de condiciones individuales*”. (Durkheim, Pg.53)

Uma observação que não se limitou a um procedimento científico motivado pela *psique*, mas na interpretação de regularidades de comportamentos e/ou aspectos distintos dos grupos sociais como um todo. De acordo com Durkheim, a sociedade

⁶ ADAM, P. e HERZLICH, C. (2001) *Sociologia da doença e da medicina*, Bauru, SP, EDUSC.

⁷ FOUCAULT, Michel (2006) *O Nascimento da Clínica*. São Paulo: Editora Forense Universitária, 6ed. 252p.

⁸ DURKHEIM. Emile (1971) *El Suicidio*. Estúdio de Sociologia. Buenos Aires: Amorrortu. 232p.

induz os indivíduos a determinados tipos de comportamentos. Por conseguinte, a necessidade de se examinar através das taxas de suicídios em países da Europa, frequências distintas em diferentes épocas e diferentes contextos sociais (influenciadas por corte populacional e/ou ocorrências históricas) demonstrando como regiões onde houve ocorrência de convulsões sociais a população reagiu de diferentes formas.

Giddens (1978) alerta que uma das grandes inquietações durkheimianas era a necessidade de se implantarem reformas sociais que dessem conta dos efeitos perversos que o desenvolvimento econômico causou para a *coesão social*. Esse fenômeno, segundo Durkheim, inicia-se com a separação das esferas econômica e familiar, e ganha força com a intervenção do Estado que, embora assegure a liberdade de ação dos indivíduos a partir das relações de mercado, demonstra com isso o que Durkheim chamou de “transmutação” de valores, ao desintegrar os vínculos associativos e contribuir para o crescente número de suicídios nas sociedades européias.

O modelo teórico proposto por Durkheim buscou comprovar padrões de comportamento que influenciaram a prevalência de regularidades históricas que iriam (des) integrar indivíduos a grupos de pessoas com características socioeconômicas ou socioculturais semelhantes. Esses episódios orientaram o pesquisador a demonstrar valores a partir da construção de categorias como: suicídio anômico, egoísta e altruísta. Tratando de momentos de anomia social, onde houve grandes ocorrências de suicídios, bem como situações onde as pessoas se sentiam sujeitadas pela sociedade a procurar o bem comum, e ao se virem diante dessas circunstâncias eram “obrigadas” a doar suas vidas em prol de uma causa capaz de glorificá-las. (fundamentalismo religioso).

Numa outra abordagem, Simmel (1993) postulou sobre a condição dos indivíduos nas sociedades industrializadas. Ele demonstrou como influências resultantes de uma intensa quantidade de relações sociais na vida moderna impactaram sob a formação de sujeitos cada vez mais *multifacetados*, mediados pela ampliação da relação

econômica, pelo processo de expansão do mercado, da moeda e da racionalização⁹ da vida nos espaços urbanos. Com isso, desenvolvem uma espécie de “vida mental” como estratégia de intelectualização do *self* para amenizar as frustrações que a divisão social do trabalho possibilitou. Se por um lado liberta o sujeito para novas possibilidades, restringe por outro lado, suas relações pessoais ao primado da esfera monetária e individualizada. Esse distanciamento da vida social foi denominado por Simmel como comportamento *blasé*. Significa o sujeito indiferente, incapaz de sentimentos, atormentado e distanciado das coisas do mundo. Nesse sentido Simmel e Durkheim dialogam com a psicologia, na medida em que seus trabalhos influenciam estudos sobre a psiquiatria, sobre os portadores de transtornos mentais e como estes estudos vão buscar examinar determinantes sociais para a compreensão da saúde mental¹⁰.

Podemos observar que diferentes estudos da sociologia clássica trouxeram grandes possibilidades teórico-metodológicas para o desenvolvimento de pesquisas no campo na saúde. Tratam-se de linhas de investigação que conduzem a situações sociais bem vastas, estudos que transitam desde a dimensão empírica, assim como investigações de natureza ensaística, como a contribuição de Simmel, significando um novo espaço de pesquisa que discorre com as análises que permearam o florescer dos estudos das ciências sociais no decorrer do século XIX e início do século passado.

⁹ Nesse ponto, Simmel se aproxima bastante da abordagem weberiana que postula que a forma como a racionalização ocorre no ocidente, influencia as culturas a partir deste paradigma.

¹⁰ FONTES, Breno Augusto Souto Maior. *Redes Sociais e Saúde*. Sobre a Formação de Redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. N. 26 Abril de 2007 - p. 87-104. Disponível em: <http://www.nucleodecidadania.org/nucleo/extra/pdf>

Saúde da Família uma releitura

Muito embora, o PSF tenha desempenhado um papel central na reorganização da prática médica tradicional, visto que, esta prática em muitos casos supervaloriza as ações meramente curativas, especializadas e hospitalares, sem dar à devida atenção as dimensões sócio-culturais dos agentes envolvidas no processo de adoecimento, tem-se observado que ainda há uma grande desarticulação entre as ações promovidas pelo sistema de saúde e a demanda da população por atendimento de qualidade em serviços públicos de saúde. Todavia, esse programa constituiu-se, segundo o Ministério da Saúde (1995) numa estratégia que priorizou as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo. De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo do PSF é contribuir para a transformação dos modelos de políticas públicas em vigor na saúde do país, ao priorizar a humanização na atenção aos usuários através de uma ação direta na família e na comunidade na qual os indivíduos estão inseridos. Segundo Fontes e Martins (2004) o Programa Saúde da Família significou a ação estatal de descentralização das políticas públicas de maior êxito nos anos de 1990 por estar ancorada num modelo de gestão horizontalizada e flexível, permitindo a articulação em rede entre a sociedade civil e o sistema de saúde.

Pode-se afirmar que o PSF teve como modelo, dentre outras experiências de programas sociais, em especial, as ações coordenadas pela Pastoral da Criança (Igreja Católica) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que o antecederam. Destacam-se experiências nos estados do Ceará, Pernambuco, Maranhão, Goiás etc.(Scott, 2000). Inicialmente estes programas agiam isoladamente, mas na medida em que essas experiências, somadas aos esforços do trabalho dos agentes de saúde ganhavam notoriedade em âmbito nacional¹¹, apresentando redução de índices de

¹¹ Scott (2000) cita a participação efetiva dos agentes de saúde na orientação e no acompanhamento aos grupos materno-infantil, principiante nos estados do Nordeste. Este autor, aponta que em 1993, os ACS,

mortalidade infantil, sobretudo junto às “famílias-problema” como aponta Scott, localizadas na região do nordeste brasileiro, fez com que a atuação desses programas/profissionais na melhoria da condição de vida dos locais atendidos, obtivesse o reconhecimento dos gestores públicos, que procuraram a partir de então, centralizar esforços num programa de saúde que pudesse reunir essas experiências e, contemplando a participação comunitária e um bom andamento das ações sócio-educativas nos grupos sociais. Esta participação é prevista tanto no planejamento das ações no sistema de saúde, via plano micro-territorial, como também na definição das famílias atendidas pelo programa, de modo, que o processo de seleção e treinamento, privilegia pessoas que atuam em conselhos de saúde, como também na comunidade, enquanto agentes de saúde.

Todavia, esse processo de reorganização da atenção básica a saúde não ocorreu sem traumas. As dificuldades vieram à tona a partir do processo de transição do PACS que posteriormente fora “suplantado” em âmbito nacional pelo PSF (MS, 1995) como parte da estratégia de privilegiar um maior número de grupos sociais ao invés dos indivíduos como citamos anteriormente (Scott, 2000). Se por um lado no PACS os agentes comunitários tinham maior liberdade para a organização das visitas junto às famílias, tinham também menor dependência com as unidades de saúde estando hierarquicamente subordinados apenas a coordenação de um profissional da área de enfermagem. Por outro lado, com o PSF, esses agentes passaram a ter um maior controle interno de suas atividades, o que segundo Scott (idem, 200) despertou entre os agentes de saúde um “saudosismo” quanto ao antigo programa. Haja vista, que no PSF estes tiveram que dividir suas atenções não só com as famílias, mas também com os demais membros da equipe de saúde (médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem), o

tiveram um papel de destaque nas campanhas de prevenção do cólera. O que chamou a atenção dos gestores do MS, atuando com ênfase nas ações de prevenção e promoção aos grupos sociais com os piores indicadores de desenvolvimento humano (IDH).

que significou maior dependência hierárquica, maior número de protocolos médicos para serem preenchidos e, conseqüentemente, maior carga de trabalho nas unidades de saúde (Idem, pg.55).

Alguns estudos (Vitoria *et alli*, 2008) que se dedicaram a investigar o processo de composição de programas como o PSF e a “inserção do agente de saúde Sistema Único de Saúde (SUS)” apontam que este novo desenho de programa tem colaborado para a “ambigüidade” das ações do ACS ao propor em suas diretrizes que a pessoa seja membro da comunidade, tenha liderança e respeito desta, ao passo que possa traduzir melhor os problemas de saúde da região. Contudo, tem se ressaltado que entre as equipes (médicos, enfermeiros e gestores públicos) há uma tendência pela seleção de pessoas com um perfil técnico, cuja atuação seja orientada apenas para obtenção de metas de atendimentos previstas pela unidade. Nessa perspectiva, o caráter comunitário da ação do agente de saúde, fica sujeito ao cumprimento de normas e diretrizes administrativas do distrito, enfatizando os critérios técnicos em detrimento da participação nas questões de saúde da comunidade (Idem, 2008).

Constata-se com este imbróglio, patrocinado pelos *inputs* da organização, ou seja, uma inversão de papéis entre o educador social (ACS), membro da comunidade, com o representante do “discurso legal” (membro da equipe técnica), significando que os *outputs* da organização moldam um comportamento que não traduz a filosofia adotada pelo programa, que se caracteriza pela maior proximidade desses comunitários com as questões de saúde da população, promovendo os cuidados necessários para prevenção de doenças nas populações de baixa renda. Reforçando o argumento, acerca da necessidade de se investigar de forma mais abrangente, que tipo de vínculo social acompanha o ACS na realização de seu trabalho? Algo que não podemos responder aqui, mas de todo modo, contribui para o debate acerca das freqüentes modificações que são impostas pelo sistema de saúde na organização das estratégias de atenção básica.

Principalmente, quando Vitoria (Idem, pg.254) citando Everardo Nunes (2002) aponta que esse fenômeno tem fomentado o caráter “híbrido e polifônico” da atuação do agente de saúde nas unidades de saúde. Sobretudo, se considerarmos que os ACS passam grande parcela do seu tempo preenchendo planilhas referentes a programas oficiais (bolsa família), visto que, encontram-se menos presentes representando os interesses comunitários, ensejando a possibilidade de maior controle do poder público sob a sua ação.

Considerações Finais

Iniciamos este artigo, apresentando elementos sobre o processo de reforma sanitário para iluminar o palco do debate a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o impacto desse novo olhar para o contexto social ao qual estamos inseridos. Na segunda parte, apresentamos algumas temáticas chaves da sociologia da saúde, e suas diversas perspectivas, que nortearam o debate sobre a saúde na modernidade e que também influenciaram muitos temas de pesquisa. Na terceira parte, procuramos também desenvolver uma proposta analítica de releitura da atenção básica, tomando como base, a experiência do programa saúde da Família, que de acordo como os estudos citados durante este artigo, apresenta desarticulação entre a ação pública e a própria comunidade, no que diz respeito às melhorias dos serviços prestados a estas comunidades, por parte do poder público. Isto se reflete nas ações desempenhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde que, em muitos casos, não estabelecem vínculos sociais com estas comunidades e ficam mais restritos às atividades burocráticas. Concluindo, ao invés de estarem mais presentes realizando suas visitas às famílias e agindo enquanto representantes da comunidade nos serviços de saúde, estão cada vez mais vinculados à hierarquia da relação com os técnicos (médicos e enfermeiros) que definem sua rotina

de trabalho. Neste sentido, este artigo propõe chamar atenção para a ausência de vínculos estabelecidos pelos comunitários (representados aqui pelos ACS) para uma ação em saúde mais preventiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, P. e HERZLICH, C. (2001) *Sociologia da doença e da medicina*, Bauru, SP, EDUSC.

BODSTEIN, Regina. *Atenção básica na agenda de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3): 401-412 2002.

BRASIL (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº. 1/92 a 46/2005- Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2005, 437p.

BRASIL (2001). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*.

BRASIL (2001). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da saúde, 2001.

BRASIL (2001). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da saúde, 2001.

BRASIL (2004). DATASUS/Ministério da Saúde. *Pacto de Indicadores de Atenção Básica*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2004/pacmap.htm>
Acesso em: 14 de agosto de 2008.

DONATI, Pierpaolo. *Manual de sociologia de la salud*. Madrid, Ediciones Diaz de Santos, 1994.

DURKHEIM. Emile (1971) *El Suicidio*. Estúdio de Sociologia. Buenos Aires: Amorrortu. 232p.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. *Redes Sociais e Saúde*: Sobre a Formação de Redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. N. 26 Abril de 2007- p. 87-104. Disponível em: <http://www.nucleodecidadania.org/nucleo/> Acessado em: 30/07/2008.

FOUCAULT, Michel (2006) *O Nascimento da Clínica*. São Paulo: Editora Forense Universitária, 6ed. 252p.

GIDDENS, A (1978). *As idéias de Durkheim*. São Paulo: Cultrix.

MARTINS, Paulo Henrique; **FONTES**, Breno. (2004). *Redes sociais e saúde*: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da UFPE.

NUNES, Everardo Duarte (2007). *Sobre a Sociologia da Saúde*: origens e desenvolvimento. Ed. Hucitec, São Paulo SP.