

Este número de **Interface** brinda-nos com textos que analisam as possibilidades de o Programa de Saúde da Família (PSF) contribuir para o desenvolvimento de um novo paradigma no Sistema Único de Saúde e de formação dos trabalhadores de saúde. Além do Dossiê sobre o PSF e dos Debates sobre Educação Permanente em Saúde, a revista traz uma análise da produção científica sobre programas de prevenção do consumo de drogas, bem como artigos que privilegiam os sujeitos das práticas de saúde, sejam os negligenciados pelo modelo médico hegemônico, como mães ou idosos, sejam aqueles submetidos a espaços de aprendizagem e de encontro e troca entre professores e alunos.

Os textos do Dossiê apresentam um olhar sobre o sistema de serviços de saúde no Brasil a partir dos modelos de atenção, destacando desafios quanto à realização do princípio da integralidade na produção de cuidados. Reconhecem o PSF como uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção, ainda que incapaz, até o momento, de viabilizar a ruptura do modelo hegemônico. Nas palavras de Scherer et al. (2005): *ou o SUS se consolida, respeitando-se seus princípios e diretrizes, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais, tal como o PSF, ou se mantém o modelo dominante clínico/biológico/flexneriano*. Já o artigo de Lêda da Silva e Leny Trad, ao problematizar a articulação técnica e a interação entre os *agentes-sujeitos* no trabalho em equipe, ilumina aspectos da questão que transcendem o PSF, apontando a problemática dessa forma de trabalhar em saúde nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Reconheço o PSF como uma das políticas públicas mais exitosas implementadas no Brasil, não só pela dimensão quantitativa que alcançou, mas sobretudo pelas novas relações que engendrou na construção do SUS. A despeito de sua expansão e de seus avanços, mantém-se subalterno às políticas de saúde hegemônicas. Mesmo em municípios considerados exemplares e em equipes reconhecidas como mais desenvolvidas, constata-se a defasagem entre a realidade e as proposições do Ministério da Saúde, com sérios reflexos no cotidiano do trabalho. A cobertura insuficiente do programa diante da ocupação desordenada do espaço urbano e da ampliação da miséria, penaliza as equipes comprometidas com seu ideário e com a qualidade da atenção e tende a reforçar a focalização em vez de políticas que radicalizem o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Trabalhar com quase duas mil famílias cadastradas e atendendo 14 consultas em turnos de quatro horas significa retornar a problemas “pré-históricos” dos modelos de atenção e reproduzir o “modelo de desatenção” vigente, desacreditando o PSF perante a população. Enquanto o paciente “roda” pelos pronto-socorros e pela unidade de saúde da família que não foi capaz de resolver seu problema, desmoraliza-se todo o discurso do programa e desqualifica-se o projeto ético-político de proponentes e dirigentes do SUS. Se os critérios, agentes e condutas utilizados na triagem não passam pelo crivo da discussão com a comunidade como imaginar que pessoas doentes e fragilizadas aceitem de bom grado que não serão atendidas, especialmente tratando-se de crianças, gestantes ou urgências? Que dificuldades técnicas ainda impedem consultas com hora marcada? Como aceitar que se estabeleça o mesmo número de consultas para o profissional do PSF e para uma unidade básica convencional? Enfim, sem superar problemas de infra-estrutura, como enfrentar novas questões para promoção da saúde, prevenção de danos e riscos e para o cuidado integral, incluindo aspectos psicossociais?

A oferta organizada e a vigilância da saúde não constituem propostas de mudança de modelos assistenciais para racionalizar ou reduzir custos da assistência, mas mudar a racionalidade ou, no mínimo, possibilitar maior racionalização no uso dos recursos visando a alcançar maior efetividade. Rotinas draconianas que estabelecem 50% das vagas de odontologia para a faixa etária de zero a 14 anos, que asseguram apenas um retorno para as demais faixas etárias e que estabelecem cota mensal de consultas e procedimentos para cada equipe na atenção especializada só podem gerar stress nos trabalhadores comprometidos, conflitos entre membros da equipe e perda de legitimidade do PSF diante dos cidadãos.

As tensões observadas na vida cotidiana das equipes e na participação dos sujeitos no planejamento do trabalho, particularmente o local e o municipal, colocam novas questões no sentido de desobstruir as passagens de agentes da equipe para sujeitos-agentes históricos. Em vez de contrapor o agir comunicativo ao agir estratégico, o cotidiano dos serviços pode ser pensado como espaço político para instauração de relações sociais voltadas para a emancipação dos sujeitos. Para tanto, entaves na

construção de um projeto assistencial comum precisam ser enfrentados. Uma supervisão com caráter político-pedagógico e técnico merece ser considerada pelos responsáveis pelo PSF. A consciência da potência do trabalho pode sugerir alguns caminhos que transcendam o educativo e o cultural na organização pública de saúde e reponham a ação política no cotidiano institucional e os cálculos de “custo-benefício” realizados pelos sujeitos nas suas escolhas. Assim, o controle democrático sobre o processo de trabalho não pode ser escamoteado. Não se trata do controle interno efetuado verticalmente pela enfermeira sobre os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ignorando-se como se dá o trabalho do médico e do dentista, mas de alternativas de supervisão de equipes que problematizem o autoritarismo dos profissionais e mesmo dos agentes comunitários de saúde sobre os usuários e que fomentem valores de autonomia e de emancipação dos sujeitos.

Nesse particular, as reflexões apresentadas por Silvia Matumoto et al. (2005) acerca da supervisão de equipes no PSF redimensionam a concepção dominante de supervisão e sugerem pistas para o desenvolvimento de abordagens alternativas: *supervisão externa com o objetivo de facilitar o enfrentamento de dificuldades, dos movimentos de resistência que produz, mediante sucessivos processos de idas e vindas, de auto-análise e auto-gestão que podem encorajar a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde*. Trata-se de uma supervisão centrada em práticas político-pedagógicas e não apenas gerenciais.

Daí ser imprescindível a crítica da formação pedagógica em saúde, uma das possíveis vias de reprodução do modelo médico hegemônico no campo da saúde. Os trabalhadores de saúde que têm sido formados, conformados e reformados como “sujeitos assujeitados” dentro e fora das universidades têm muita dificuldade de estabelecer relações educativas dialógicas junto aos cidadãos. É ilustrativo o fato de profissionais de saúde do PSF, mesmo em municípios que o adotaram como estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, apontarem dificuldades para o desenvolvimento de práticas educativas. Todavia, não basta argüir a pertinência de mudanças na formação universitária desses profissionais e de implantação de programas de educação permanente nos serviços. Cabe pensar e agir sobre os processos de trabalho, acionando dispositivos para alterar relações técnicas e sociais (políticas, ideológicas e simbólicas) nas organizações. Nesse sentido, o investimento e a aposta na capacidade comunicativa e dialógica dos sujeitos, bem como a valorização e promoção de espaços de reflexão conjunta dos agentes não representam apenas proposições políticas da luta contra-hegemônica mas expressam uma necessidade concretamente estabelecida pelo próprio modo de produção do cuidado em saúde. Na medida em que os profissionais de saúde não têm sido preparados para ser sujeitos autônomos, face à educação bancária que recebem e à supremacia da cultura biomédica, não é de estranhar a reprodução dessas relações e valores junto aos pacientes, às famílias e às comunidades. Vânia Alves, em seu artigo, revisa o estado da arte referente às práticas educativas em saúde e discute uma proposta dialógica considerada coerente com o PSF.

A identificação de tendências contra-hegemônicas, ainda que minoritárias, em certas organizações de saúde, no pensamento de intelectuais formuladores e na prática de alguns profissionais, sugere que o modelo dialógico é possível e indica a necessidade de alianças para a mudança na atual correlação de forças. As reflexões produzidas por Ricardo Ceccim, Mario Rovere e Emerson Merhy sobre educação permanente em saúde representam uma ilustração das possibilidades dessas alianças. Nessa perspectiva, impõe-se, permanentemente, uma análise escrupulosa da realidade e uma contextualização dos conceitos e categorias de análise para que idéias, suposições ou hipóteses possam se distinguir de proposições políticas conseqüentes em cada situação concreta. A passagem de “recursos humanos” para a situação de atores sociais não depende só de um ato de vontade, como assinala Rovere: *“Esta transformação é complexa e profundamente social já que incluir-se nas lutas pelo direito à saúde requer condições e tempos de maturação”*.

A construção de uma prática educativa em saúde, culturalmente sensível e dialógica, dentro ou fora do PSF, não será resultante apenas de uma transformação cultural ou pedagógica, mas de uma nova distribuição do poder em saúde como um dos componentes estratégicos da construção cotidiana da mudança societária. Isto é política, além de pedagogia e cultura.

Jairnilson Silva Paim

Professor, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

<jairnil@ufba.br>