

Campos de subjetivação e redes simbólicas: contribuições para compreensão das práticas de promoção em saúde

Subjectivity fields and symbolic networks: contributions to the comprehension of health promotion practices

Raimunda Magalhães da Silva¹

Fátima Luna Pinheiro Landim¹

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço de formação e capacitação profissional e também para desenvolvimento de uma variedade de ações de saúde junto à comunidade atendida no SUS. Esse campo profissional oferece chances valiosas para integrar, socializar, movimentar, planejar e avaliar elementos que contribuam para o desenvolvimento de potencial humano, visando valorizar o conhecimento cultural da pessoa e do coletivo.

Mesmo assim, algumas questões chegam ao pensamento de que a ESF ainda não se apoderou da função de agregar, democratizar e de ser um eixo condutor de ações voltadas para o ensino-aprendizagem de profissionais e da comunidade que recebe a assistência direta no serviço de saúde, em casa, na rua, na prisão e em outros locais, se necessário. Outras indagações permanecem sobre a ESF:

Quais as repercussões das ESF nas mudanças em relação à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida? Como a educação permanente se articula junto aos profissionais, no dia a dia de trabalho, com vistas às transformações de práticas de saúde visando um ser humano capaz de saber o que quer e sente? Como fazer promoção de saúde junto a uma população que muitas vezes não tem do que se alimentar, um espaço minimamente adequado para morar, um emprego digno para sobreviver e, acima de tudo, falta a educação, a vida social e a política?

Vivemos em um mundo onde impera a alta tecnologia ao lado de uma pobreza que grita por recursos de variados aspectos para a continuidade da vida. Esse contraste, que possivelmente viveremos por muito tempo, nos remete a pensar sobre a implementação das políticas em andamento no País e que estão lentamente sendo discutidas e avaliadas pelos gestores, profissionais e usuários do SUS.

Após esse preâmbulo, passemos a nos ocupar do debate, que requer se desconstruir as subjetividades com implicações nos seus modos operacionais. Trata-se de visitar e revisitar os discursos como produto da interação humana – explicando-os e justificando-os em determinadas situação social e tempo histórico – reconhecendo a importância das

dimensões simbólicas para a formulação e a permanente recriação de processos psicossociais, tais como são as práticas humanas¹.

Convidamos o leitor a refletir sobre as formulações discursivas, a realidade das práticas como complexa teia de interdependências, como redes simbólicas de emaranhados fios a determinarem formas diferenciadas de intervenção segundo o paradigma da promoção em saúde.

Os discursos como organização de signos que dão sentido à prática

A constituição social da subjetividade é alvo de condicionantes, de tal forma que as ações de saúde, inclusive as de promoção (PS), geralmente são processos não reflexivos². As ações são (re)significadas pelos discursos, reflexo de representações sociais, algo determinante do caráter construtivo da subjetividade envolvida nas práticas.

Põem luz sobre esse fenômeno Sícoli e Nascimento³ quando pensam que as confusões relativas aos limites conceituais entre promoção e prevenção respondem pelas incoerências das práticas. Para os americanos essa confusão é compreensível, pois se trata de sociedades na qual a população há muito superou a fase de buscar suprir necessidades viscerais, e onde a implementação de ações e práticas que tenham implicações diretas na melhoria da qualidade de vida encontra-se conjuntamente favorecida.

Ora, trabalhar organização de saúde (OS) na sociedade é, ainda, basicamente, esperar das pessoas que não sejam miseráveis. As iniquidades trazidas pela miséria tornam tão grande o investimento que se tem de fazer em saúde que, no Brasil, há mesmo um enorme fosso entre prevenção (na lógica biomédica hegemônica) e promoção (de um paradigma mais holístico). A grande questão é promover pessoas para se sentirem mais e melhor, e isso, por si, traduz investimentos imensuráveis sob o prisma político, psicossocial e de formação de recursos humanos.

Nessa lógica, extrapolemos o conteúdo linguístico, para, em linhas subjetivas, analisar a expressão “promoção da saúde” organizada em termos de construção, passando a constar nos textos científicos em circulação no País. Defende-se a idéia de

¹ Programa de pós-graduação em saúde coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR).
rmsilva@unifor.br; lunalandim@yahoo.com.br

que nessa peculiar forma de se juntar símbolos o discurso pode constituir unidade que comanda uma (inter)ação social, cuja subjetividade humana remete a práticas cotidianas de padrão mais linear em termos operativos, do tipo “tem-se que fazer isto para resultar exatamente naquilo” (na saúde, no caso em foco).

De outro lado, cremos que a forma e o teor da comunicação discursiva organizada como “promoção em saúde” têm o poder de condicionar o trabalhador em saúde a pensar sua prática em estreita interdependência com a realidade socioeconômica e cultural de uma época, ou seja, com os contextos específicos em que a comunicação tem lugar. Decorre que o exato teor discursivo assim grafado – “em saúde” – exige não se pensar em saúde como um fim, mas a refleti-la como dimensão ou contexto no qual a produção social da saúde se dá como projeto de longo investimento nas condições de iniquidade, nos fatores econômicos e culturais locais, nos hábitos pessoais, estilo de vida e tudo o mais a animar os bastidores do adoecimento.

Conclui-se que um conjunto de enfoque teórico vincula a linguagem à ação, de maneira que a atenção crescente nos discursos forma parte crucial do desenvolvimento crítico das ações de PS. Trata-se, em última instância, de desconstruir práticas e discursos atrelados a uma ética que desconsidera as condicionantes psicossociais que perpetuam iniciativas tidas como limitadas ou fadadas ao fracasso.

Redes simbólicas

Qualquer tipo de argumentação ou prática subsume-se em complexa rede de interdependentes fatores sociais econômicos e político-ideológicos. No caso da PS, o próprio fenômeno da polissemia lexical da expressão, como vimos, evidencia a dificuldade de entendimento unívoco, apontando para a multideterminação de práticas. Essa reflexão ajuda a situar esse objeto de debate como um continuum de possibilidades, onde o primeiro desafio geral é como pôr em prática sem se reproduzirem os parâmetros simbólicos a que todos estão condicionados.

Ocorre que a dimensão saúde já é bastante ampla para se intervir, e ganha muito em complexidade quando o paradigma moderno a situa como componente essencial do desenvolvimento humano. Trabalhar com o objeto saúde requer que se mexa tanto com aspectos macroestruturais, providenciados por meio de políticas públicas, quanto individuais, com o “empoderamento” de pessoas que saibam, queiram e possam ser melhores em termos globais de vida.

Delicado é mexer com a dimensão do pessoal, pois se sabe, ou se deveria saber, que a saúde e a doença são, antes de tudo, experimentações condicionadas de representações muito singulares. As experiências subjetivas podem impor limitações para a operacionalização de qualquer modelo de intervenção mais pragmático, não dialógico.

Isso nos traz a situação em que a minha prática, para ser eficaz, terá sempre que ser uma tentativa de aproximação com o ponto de vista de uma pessoa, que é outra, é diferente. Por assim ser, ela não entra vazia na relação; traz, ao contrário, inúmeras experiências que a fazem encarar a vida com perspectivas diferentes das minhas; traz saberes em saúde distintos dos meus, e comportamentos, muitas vezes, que transparecem andar na contra-mão do sistema assistencial⁴.

O desafio reside em fazer essas coisas se encontrarem. E ocorre de (parecer) haver uma saída para o dilema – arriscando-nos a cair em retóricas – na medida em que a assistência em saúde é essencialmente relacional, portanto, psicossocial. Esse caráter é oportuno para fazer surgir formas de ação e, por conseguinte, modos de subjetivação de um fazer unívoco. A população está pronta para assumir essa posição ante o cuidado com a saúde? E o profissional de saúde, de fato, está? A resposta para esses questionamentos possivelmente ainda seja, não! Veja-se a retórica aí; são as redes simbólicas, lembram-se? A teia de interdependências...

A configuração do discurso da nova reforma em saúde pública ocorre entre sociedades capitalistas neoliberais, espaço em que o debate pode ser tomado como ingênuo por pouco considerar ou banalizar os fossos entre o serviço de saúde e a população em geral, consequência de um alto grau de iniquidade social – e chega a ser cruel esperar das equipes de saúde, em especial as alocadas em serviços com pouquíssimo poder de barganha, que venham a lutar contra isso, acusando-as quando não conseguem. Vale ressaltar que a pobreza não é só uma pobreza material, e que, ao se falar em fossos, isolando os serviços, não se questiona mera tecnologia de acesso do cliente ao sistema, mas uma privação crônica de possibilidades de ação, escolhas, recursos, poder e respeito aos direitos constitucionais⁵.

Repercussão desta realidade são os modos de fazer observados em pesquisa como a realizada por Charles Tesser e colaboradores. Parece que não temos o direito de dizer deles (dos modos de fazer) nem que são equivocados, ou que sejam “simplistas”; porque são mera materialização de forças simbólicas. Talvez seja o caso de se prestar mais atenção aos aspectos político-ideológicos implícitos nas entrelinhas de um modelo de saúde muito

concentrado em responder a padrões e expectativas internacionais. A grande pergunta a se fazer é: afinal de contas, a quem servem nossas práticas? Ou se pode questionar se serão estas práticas melhores resultados de processos alienados e alienadores das pressões internacionais de que sofreremos?

Referências

1. Traverso-Yépez MA. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. *Interface - Comunic. Saude Educ.* 2007; 11(22):223-238.
2. Spink MJ. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
3. Sícoli JL, Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice. *Interface Comun Saude Educ* 2003; 7(12):91-112.
4. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
5. Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.

Estratégia Saúde da Família: entre atos e revelações.

Family Health Strategy:
between acts and revelations.

*Maria Fátima de Sousa*²

Participar do debate sobre os sentidos que trazem os Gestores e as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da Promoção da Saúde e Educação Permanente, releva para mim mais que uma oportunidade. Um feliz espaço de continuar os diálogos abertos desde 1994, quando da criação dessa estratégia no Brasil.

Tesser e colaboradores nos apresentam em letras os atos dos seus sujeitos de pesquisa, convidando os gestores públicos do Sistema Único de Saúde, em geral os profissionais das equipes da ESF e os pesquisadores/formadores da Atenção Básica em particular, a pensarem sobre os sinais apontados naqueles três municípios da Grande Florianópolis. Ainda que modelados pelos diferentes contextos, sujeitos e potencialidades organizativas da atenção básica é preciso prestar atenção em seus achados. Sobretudo por se tratar de apontar questões muito caras à qualificação e consolidação da ESF. Uma estratégia que traz na gênese o conceito central da promoção da saúde/intersetorialidade calcada nos princípios de territorialização, vinculação, integralidade na atenção, trabalho em

equipe com enfoque inter/multidisciplinar e no fortalecimento das ações e de estímulo à participação da comunidade e, fundamentalmente, de tornar realidade esses princípios por meios da educação no trabalho.

Logo, em tese não deveria 16 anos depois de sua implantação, continuar reproduzindo práticas preventivistas e biomédicas do início do século XX^{1,2}. Muito menos suas equipes e gestores municipais e loco-regionais desconhecem os ideários da promoção e da educação permanente em saúde, com raras exceções, conforme evidencia o estudo. E mais, é preciso prestar atenção no que afirmam os autores ao mencionarem a confusão entre promoção e prevenção na leitura da realidade daquelas equipes. O que limita suas práticas e a busca de apoio institucional para o fortalecimento desse novo paradigma. Ou seja, diminui o potencial na busca de mudanças profundas, que reorientem uma outra forma de proteger, cuidar e produzir saúde.

Sabíamos desde 1991, quando da implantação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) que colocar a promoção como eixo orientador do pensar e do fazer desses sujeitos, que ora entravam em cena, lado a lado, dos processos de descentralização, municipalização e debates na “melhor” forma de organização dos serviços e ações de saúde, era um grande desafio à contemporaneidade, especialmente quando se trata de focar a saúde como qualidade de vida. E para tanto estávamos sinalizando para a integração das políticas públicas, governamentais e não governamentais.

De fato, estamos nos reportando à quebra de paradigmas. Ao desejo de deslocamento de pólos opostos: da doença para a saúde, da prevenção para promoção, dos objetos para os sujeitos, do objetivo para o subjetivo, da cultura para a multiculturalidade, dos conhecimentos disciplinares para os transdisciplinares e, sobretudo, do setor saúde para os demais. Estes, juntos no exercício educativo, de forma permanente, na compreensão, leituras e explicações das diversas realidades das determinações sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais do significado da saúde e conseqüentemente de sua proteção e promoção.

Dizíamos à época, e reafirmamos hoje, que as ações e as estratégias a serem adotadas na construção de territórios verdes e saudáveis passam necessariamente por uma nova ordem governativa, no campo da ação política e da edificação de espaços

² Coordenadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública e professora da Universidade de Brasília. fatimasousa@unb.br

legítimos de gestão e gerência democráticas e participativas. Desse modo, o agir político da promoção da saúde nas cidades, sobretudo nas de médio e de grande porte, significa abrir várias janelas de oportunidades ao desenvolvimento dos indivíduos, famílias e comunidades. Portanto, mais uma vez imprimindo deslocamentos da educação em saúde prescritiva e autoritária para a organização de espaços coletivos, cujo ponto de partida era considerar os sujeitos em suas singularidades e potencialidades. E com isso oportunizando a entrada em cena de novos atores políticos e sociais capazes de ampliar as lentes nas explicações de realidades tão complexas, e por vezes tão duras e difíceis de olhar com as “fibras” do coração. Nesse sentido, aglutinar diferentes setores, saberes e práticas deveriam ser o horizonte ao exercício permanente na construção da cultural educativa para a promoção da saúde.

Obviamente que num Brasil doente de pobreza e de suas consequências, ainda se faz fortemente presente a agenda de prevenção e controle das doenças, sobretudo as crônicas não transmissíveis, entre elas a violência expressa em suas diferentes matrizes. Há uma nítida sensação de que o paradigma que preside o modelo de intervenção na saúde – representada pela medicalização, centrada no hospital e crescentemente dependente de tecnologia – não pode dar conta dos desafios propostos. O que faz com que as ESF fiquem mergulhadas num trabalho árduo de correr atrás do “prejuízo”. Suas agendas ficam imersas cotidianamente nas queixas condutas, melhor no cuidado aos processos de adoecimentos e de prevenção de risco aos conhecidos agravos de diabetes, hipertensão, hanseníases, tuberculoses, malária, febre amarela, dengue e outros, lhes sobrando pouco tempo ou quase nada para pensar e construir ambientes saudáveis.

Lendo o artigo com o carinho merecido, vejo, nessa pesquisa e em outras, que a ESF ainda não teve tempo de se dedicar à sua responsabilidade social de promover a saúde das famílias e dos seus coletivos. E mais, que em quase duas décadas, ocupar-se de revelar os males de um sistema que luta ano após ano por estabilidade em seu financiamento, por novos modelos de gestão, de atenção, onde os profissionais sejam capazes de ler as necessidades do processo saúde-doença-cuidado de uma outra forma. Mais acolhedora, humana, solidária e generosa. E, principalmente, por ter nas famílias e nas comunidades seus parceiros efetivos e afetivos na organização dos Sistemas municipais de saúde, olhando para a qualidade de vida e de morte com dignidade.

E nessa trajetória é preciso reconhecer e fazer coro nos cenários nacional e internacional sobre

as conquistas da PACS/ESF na redução da mortalidade infantil, materna, no controle da tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, tabagismo, dengue, pré-natal, aleitamento materno e tantas outras ações. Aportar essas conquistas não diminui nossa corresponsabilidade social, histórica, ética e científica em revelar suas fragilidades, sobretudo em sua função social de contribuir na construção de territórios saudáveis.

De igual medida, devemos rememorar que desde a origem da implantação da ESF a questão da Educação Permanente (EP) vem a tona como condição essencial para a resignificação dos processos de trabalho, e assim contribuir na reorganização das Unidades Básicas de Saúde. Espaços reais na busca permanente da inter-relação dos projetos de reformas sanitária e educacional. Dito de outra forma, a iniciativa dos Pólos de Educação Permanente, mereceria ser vista na sua capacidade de produzir mudanças, especialmente se eles são construídos a partir dos saberes coletivos e dos poderes compartilhados.

Movimentos em sentido oposto podem trazer incompreensões, equívocos e frustrações que, em certo sentido, trazem o artigo em debate. Ou seja, não há nada, mas nada mesmo, sob o sol que por ser mediado pela inteligência humana e pelo pensamento, não seja ao mesmo tempo mediado socialmente³. Logo, apontam esta e outras pesquisas, que o projeto de educação permanente ainda não foi socialmente incorporado. O que existe no mundo real são as evidências de que as instituições formadoras de profissionais para o setor saúde, em parte, não estão preparadas para apoiarem os municípios na construção de um novo modelo de atenção à saúde focado nos processos de trabalho com abordagem familiar e comunitária. E este “despreparo”, em maior e ou menor grau, representa o círculo vicioso da desintegração histórica entre as instituições de ensino e de serviços e as comunidades, marcada há décadas pelo modelo de formação nas ciências biomédicas.

Modelo esse que se sustenta, principalmente, com as seguintes feições: (i) ênfase na formação disciplinar com forte foco nos conteúdos de anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, bacteriologia e patologia; (ii) desvalorização dos aspectos de prevenção e promoção da saúde, e concentração nos aspectos de atenção médica individual; (iii) valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, desconhecendo a realidade e o espaço social onde as famílias/ comunidades estão inseridas, com ênfase na especialização precoce; (iv) enorme descompasso entre as universidades, os serviços de saúde e a comunidade, acarretando o des-

compromisso ético, humano e social com os usuários do Sistema Único de Saúde; (v) desconsideração do ambiente do trabalho como princípio pedagógico e estratégia educativa para a edição de novos saberes e práticas. Esses jeitos revelam um verdadeiro desencontro entre as várias iniciativas de se promover o encontro entre as vocações das instituições formadoras de pessoas para o SUS e deste na oferta organizada, acolhedora, humana e qualificada das ações e serviços de saúde o mais perto possível de cada família e comunidade.

Estas questões sinalizam para a revisão da formação de formadores. Os autores colocam a educação permanente em um elevado patamar de potencialidade à extensão e profundidade, na compreensão e análise das mais diferentes realidades para a construção de ações estratégicas à promoção da saúde.

Concordando com os autores, acrescento que essas incompreensões, equívocos e frustrações se avolumam quando se deparam diante da difícil realidade enfrentada no cotidiano dos municípios, sobretudo quando não há entendimento por parte dos gestores e/ou equipes, nem vontade e intenção razoável em promover as mudanças necessárias. Estas mediadas pelo processo de Educação Permanente (EP). Parafraseando Paim⁴, é lícito celebrar as conquistas dos projetos de EP, mas sem esquecer a crítica. Somente esta pode reduzir os riscos do triunfalismo e da acomodação tão presentes no transformismo e na revolução passiva que têm marcado a história da construção do SUS no Brasil. E no particular da Estratégia Saúde da Família, não pode prescindir da compreensão **entre atos e suas revelações** que as duas questões tratadas no artigo ainda se configuram uma agenda incompleta⁵ no trabalho diário dessas equipes e na tomada de decisão política dos gestores públicos governamentais em investirem em uma nova governança. Esta iluminada pelas interações célula-célula dos processos educativos na construção permanente de ambientes saudáveis.

Referências

1. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 1975.
2. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1975.
3. Adorno TW. *Introdução à sociologia*. São Paulo: Editora de UNESP; 2008.
4. Paim J. 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2008; 2(1):63-86.

5. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.

The authors reply

Os autores respondem

Promoção da saúde e cuidado, símbolos e práticas

Agradecemos aos debatedores sua generosidade e o grande espectro de suas reflexões, estimulando-nos a ampliar a visão, contextualizar os resultados da pesquisa e com elas dialogar.

Maria Fátima de Sousa afirma no seu comentário algo relativamente repetido nas diretrizes oficiais e em textos da Saúde Coletiva: a idéia de que a promoção da saúde (PS) é ou deveria ser um novo “paradigma” a orientar as práticas assistenciais na atenção primária à saúde (APS)/ESF. A PS seria uma diretriz orientadora de uma transformação das práticas ativadoras de parcerias, ações intersetoriais, mobilizações políticas e culturais locais, empoderadoras dos usuários. Isso supõe que uma versão da PS, voltada para questões de participação social e política tanto quanto questões microculturais e subjetivas, seria um novo paradigma ou “norte” para a APS/ESF. Tal vertente parece-nos pouco conhecida, compreendida e, sobretudo, pouco praticada, mas a adotamos e a ela nos filiamos.

Todavia, essa valorização da PS nos parece hipertrofiada e pouco fértil, por várias razões interligadas (aqui não desenvolvidas): a) Parece haver um imbróglio sobre os contextos de origem da PS e do Brasil, como salientaram Raimunda Silva e Fátima Jardim no início do seu comentário. Num ambiente em que há acesso relativamente garantido ao cuidado clínico e uma melhor situação social, que supõe melhor grau de cidadania e bem estar social, como o Canadá, faz mais sentido um discurso na direção dos clássicos cinco campos de ação da PS, já que apenas o cuidado clínico (ali já existente e acessível) é limitado e de custo crescente. b) A versão comportamentalista da PS, limitada e criticável que seja, faz algum sentido e tem sido talvez a mais difundida e aplicada, dada sua afinidade eletiva com a tradição biomédica prescritiva de condutas individuais (antes preventivas, agora saudáveis). c) Além disso, as raízes epidemiológicas e preventivistas da PS são bem conhecidas¹. Não é a toa que o ‘estilo de vida saudável’ confun-

de-se, operacionalmente falando, com ‘comportamentos redutores de fatores de risco cardiovascular e câncer’, de modo que seria ingênuo esperar que significados e propostas mais libertárias e politizantes da PS a transformariam num novo “paradigma”. A PS é importante e necessária, mas não deve ser considerada um ‘norte’.

Avançamos uma posição mais construtivista, operacional e menos ambiciosa para a PS, esboçada embrionariamente no próprio artigo, em que ela é tão somente uma das três tarefas ou missões das equipes de APS/ESF a serem integradas no seu cotidiano: (1) cuidado clínico adequado acessível e coordenação deste cuidado; (2) prevenção de doenças; (3) promoção da saúde. Esta última possui um caráter transversal (3a) de permear as anteriores, necessário e promissor; mas tem também um aspecto próprio, relativo a ações específicas (3b), de caráter mais participativo, por vezes coletivo, empoderador e politizante. Considerando que (3a) é um processo de qualificação e ampliação progressivas da clínica e do cuidado individual e coletivo, que converge com o defendido por Campos², ele está apenas engatinhando no Brasil, mas há alguns sinais promissores a seu respeito detectados na pesquisa. Talvez seja tempo de melhor esmiuçarmos na Saúde Coletiva e para os gestores as dimensões e proporções operacionais desejadas entre 1), 2) e 3b).

Apesar de haver expressa priorização contrária em textos oficiais brasileiros, o cuidado (1) é bem mais amplo e complexo do que a prevenção (2), na dimensão individual e familiar (microsocial), e merece o grosso do tempo de trabalho das equipes de APS/ESF, além de ser o que mais legitima a APS e o SUS na sociedade. Vale ressaltar que ele, quando centrado na APS com função filtro, tem cada vez mais sido considerado como dispositivo de maior equidade social, assim como redutor relativo de morbimortalidade coletiva, pela experiência histórica, pela vivência profissional e por evidências científicas. Embora isso talvez tenha pouca efetividade em comparação com a determinação social do processo saúde-doença (especialmente no Brasil, como salientado pelas debatedoras), já é em si um desafio de grande vulto. Além disso, o acesso ao cuidado vem sendo considerado direito de cidadania, o que é uma conquista legal notável, mas está longe de ser uma realidade disseminada. Neste sentido estrito, basta que o cuidado seja acessível e satisfatório em adequação técnica e em vínculos de solidariedade autêntica, ampliado², centrado nas pessoas³ e o menos medicalizante possível⁴, para que sua busca seja em si importante para a ESF e a Saúde Coletiva, complexa e difícil

de se conquistar no Brasil. Isso implica em necessidade de reforma e qualificação das práticas clínicas, no caso da medicina, na direção da construção, fortalecimento e aperfeiçoamento de uma tradição de Medicina de Família Comunidade⁵ e de organização e extensão dos serviços, para viabilizar acesso rápido a toda ou quase toda a população, com função filtro, longitudinalidade, resolubilidade e coordenação do cuidado.

A prevenção (2) tem valor importante, mas um tanto superestimado na tradição sanitária, muito valorizada recentemente na clínica biomédica e pela epidemiologia (na saúde coletiva), principalmente na sua vertente de abordagem de alto risco. Esta última é centrada em intervenções individuais, cujas possibilidades de impacto são restritas, como mostrou Geoffrey Rose⁶, cuja medicalização também é intensa e problemática⁷. Parte da prevenção, na dimensão individual, pode e deve ser grandemente protocolada, como os rastreamentos⁸ e parte da prevenção primária (imunizações), sendo incorporada ao cuidado e à organização dos serviços, devendo ser tecnicamente bem fundada e ocupando pouco tempo específico dos profissionais mais requisitados para o cuidado clínico (médicos e enfermeiros), exceção talvez feita aos dentistas. Cumpre lembrar que ações preventivas específicas, tanto de amplitude nacional e populacional quanto locais, têm sido fortemente atreladas a “campanhas” amedrontadoras ou culpabilizantes e a educação em saúde tem sido de tipo bancário, por meio de “palestras” para grupos de doentes específicos, o que necessita também de transformação.

Se considerarmos que as ações específicas de PS (3b) tem valiosos e significativos desdobramento microsociais para pessoas e comunidades e suas redes de apoio social; e que um difuso trabalho de empoderamento, de ressignificação das questões de saúde-doença e de consciência/ação política-social-ecológica é relevante tanto para aumentar a efetividade do cuidado quanto para aumentar a possibilidade de mudanças micro(macro)sociais-culturais, temos que (3b) devem estar também presentes na ESF/APS, em sinergia com (1) e (2), sem obstruí-los.

A questão é equacionar o equilíbrio entre as ações. Um primeiro olhar sugere que (3b) (PS como investigada no artigo em debate) esteja mais centrada nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que já estão atuando na comunidade e vivem em imersão nela, mas isso traz uma dificuldade: eles são os menos escolarizados e profissionalizados, os menos empoderados nos serviços e necessitariam ter boa qualificação para esta atuação de “trabalhadores e empoderadores sociais”, para além

de uma função de mediadores culturais e agentes de capilarização comunitária do cuidado clínico-preventivo. Isso indica que a PS deve ser eminentemente interdisciplinar, para que os ACS sejam apoiados e exercitem coletivamente esse campo de cuidado e intervenção. Espaços periódicos semanais de trabalho (reuniões das equipes da APS/ESF) são desejáveis, para que possa ocorrer gestão participativa, construção de projetos terapêuticos individuais e familiares, intervenções coletivas e de PS, facilitando a educação permanente e a interdisciplinaridade. Isso gera a necessidade de montar agendas dos profissionais em que o fluxo do cuidado clínico transcorra com o mínimo de interrupções, permitindo o acesso da população, ao mesmo tempo em que há momentos para reflexão, avaliação e gestão do trabalho, execução de atividades territoriais, coletivas e intersetoriais. Algumas diretrizes nesse sentido são discutidas em Norman e Tesser⁹.

Além disso, boa parte do ideário da PS foi e é também compartilhado pela Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva, que envolvem saberes, práticas e transformações os quais, todavia, não se restringem a ela e em alguns aspectos a ultrapassam, ou se desenvolvem ao largo dela. Alguns exemplos são a qualificação educativa da ação dos profissionais de saúde pelo movimento da educação popular em saúde^{10,11}, as experimentações e propostas de cogestão democrática e participativa dos serviços^{2,12-14} e as discussões, estudos e práticas sobre a integralidade¹⁵⁻¹⁷.

Embora a pesquisa em debate tenha como referencial conceitual a PS, consideramos que ela não deva imperar como critério ou diretriz maior nos serviços e sim seu “espírito” (3a) deve permear (1), (2) e (3b). As práticas e símbolos na APS/ESF e na Saúde Coletiva são mais amplas e maiores do que o ideário da promoção, se considerarmos que a estruturação do SUS, tendo como eixo central a APS/ESF, significa uma verdadeira e profunda reforma política, prática e simbólica no cuidado à saúde no Brasil, democratizando o acesso ao cuidado clínico de referência biomédica, que necessita melhorar em qualidade, humanização, resolubilidade e caráter empoderador, mas que não deixa, por isso, de ser cuidado clínico biomédico, em uma ‘relação de cuidado/cura’ (numa acepção quase antropológica do termo), a ser exercida e compartilhada pelos profissionais da ESF.

No Brasil, a baixa cobertura da APS/ESF, a baixa qualidade do cuidado médico nela, a pouca valorização social, acadêmica e profissional da APS e da Medicina de Família e Comunidade, o comum difícil acesso, a alta rotatividade de profissionais (inviabilizadora da longitudinalidade), o grande

número de usuários adscritos a cada equipe ou serviço, a burocratização dos serviços, a precariedade do apoio médico especializado e hospitalar quando necessários, fazem com que o desafio da transformação do cuidado clínico seja uma tarefa de grandes dimensões políticas, institucionais, culturais e simbólicas. Isso nos abre o diálogo com Raimunda Silva e Fátima Landim, que valorizaram aspectos ideológicos e simbólicos da questão da PS, cujas considerações julgamos poderem plenamente ser estendidas ao cuidado biomédico, aos adoecimentos e à necessidade de sua ampliação e reforma.

Se queremos que os nossos curadores e de nossos filhos, pais, vizinhos e colegas de trabalho sejam os profissionais da ESF/APS de nosso bairro, a mudança cultural terá que ser tamanha no setor saúde e na sociedade e de uma natureza tal que pressupõe mudanças de contexto social e político convergentes com o discurso da promoção da saúde ou promoção em saúde, embora haja quem diga que estaríamos apenas “estendendo a cobertura” e ampliando e garantindo o acesso ao cuidado biomédico, sem superar ou transcender o “modelo”.

Ora, essa desejada reforma e democratização do acesso ao cuidado, significa quase uma revolução cidadã no direito ao cuidado biomédico e uma profunda reforma social desse cuidado, e implica em uma reconstrução simbólica que mal se inicia no país. A ressignificação da APS/ESF como local de cuidado de pobres e ação preventiva/educativa (e agora promotora) para pobres é tão arraigada no Brasil e na classe média que a APS somente terá futuro e estruturará o SUS como universal e integral se ousarmos desmontar simbólica e praticamente a “idolatria” social disseminada da medicina especializada e privada no nosso país, nas classes médias e médias-altas, letradas. Pois que usamos comumente (nós, profissionais de saúde e intelectuais), na nossa prática e nas nossas vidas, o sistema suplementar especializado com vários subsídios do Estado através de convênios médicos e descontos no Imposto de Renda, desmontando na práxis social e contradizendo nos atos as propostas e valores do SUS, da APS/ESF e da Saúde coletiva. Quando ousarmos experimentar como cidadãos e categorias profissionais os serviços da APS/ESF, e os tomarmos como nossos em movimentos e reivindicações sociais visíveis, usando e induzindo a classe média a usar a APS/ESF, haverá mais chance de mudanças significativas na qualidade, no profissionalismo, na técnica, nas relações, na prevenção e também na promoção da ou em saúde.

Concordamos com as debatedoras de que mudanças são possíveis/necessárias na formação de profissionais, especialmente, se pautadas em

estratégias de interação ensino-serviço que aproximem os estudantes da prática cotidiana das equipes de APS/ESF, utilizando metodologias ativas e estimuladoras da reflexão e da ação, como o aprendizado em serviço, a aprendizagem baseada em problemas, a problematização, etc., facilitando a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos para sua participação efetiva na construção da história de seu tempo¹⁸.

Simultaneamente, lutamos por mudanças macrosociais no país e estimulamos a promoção da saúde na APS/ESF, mas é desejável cuidado para não adotar “novos” nomes (ambíguos e pouco efetivos) para a constatação não nova de que há necessidade de mobilização e de empoderamento social para criar e aglutinar forças políticas no sentido da realização de profundas reformas (quiza transformações) sociais e setoriais, que teimam em não acontecer no Brasil, como já dizia José Honório Rodrigues¹⁹, de que o SUS e a APS/ESF podem vir a ser um exemplo. A luta pela construção do SUS e da APS para todos é uma luta social e política, e o ideário da PS é valioso e importante nela e para ela (mas não um paradigma), sobretudo se estiver vinculado e em sinergia com a luta social, política e institucional pela construção do acesso ao cuidado e pela sua qualificação, ampliação e resolubilidade.

Referências

1. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
2. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010.
5. McWhinney IR. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Rose G. *Estratégias da medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
7. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal Epidemiol. Community Health* 2008; 62(7):580-583.
8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
9. Norman AH, Tesser CD. Demanda espontânea, acesso ao cuidado e processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre cuidado e promoção/prevenção. Artigo em avaliação pela revista *Interface Comun Saúde Educ* 2011.
10. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica* 2001; 27(1):7-18.
11. Vasconcelos EV. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
12. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos - A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. Campinas: Hucitec; 2000.
13. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
14. Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
15. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco; 2001.
16. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco; 2003.
17. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comun Saúde Educ* 1998; 2(2):139-154.
19. Rodrigues JH. *Conciliação e reforma no Brasil: um desafio histórico cultural*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1982.