

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
NÍVEL: MESTRADO**

Dissertação de mestrado:

**EDUCAÇÃO E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO
EM SAÚDE:**

**Estudo comparativo de duas experiências em serviços
de saúde comunitária. Porto Alegre e Montevideu.**

BÁRBARA RAUPP

PROF. DR. AUGUSTO NIBALDO SILVA TRIVIÑOS

Orientador

000 272277

Porto Alegre, outubro de 1999

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO(CIP)
BIBLIOTECA SETORIAL DE EDUCAÇÃO DA UFRGS, PORTO ALEGRE, BR-RS

R247e Raupp, Bárbara

Educação e planejamento participativo em saúde : estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária : Porto Alegre e Montevideu / Bárbara Raupp. - Porto Alegre : UFRGS, 2000.

f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação.

1.Educação comunitária. 2.Saúde pública. 3.Profissionais da saúde - Formação. 4.Planejamento participativo. 5.Brasil. 6.Uruguai. 7.Habermas, Jürgen. 8.Freire, Paulo. I.Título.

CDU 37.018.8:614

Dedico este trabalho:

*A todos que, apesar das dificuldades, resistem
Aos que não perdem a capacidade de indignar-se
Àqueles que acreditam que a vida poderia ser melhor
Aos que são capazes de se emocionar com o cotidiano*

A todos aqueles que ainda se apaixonam

Aos que sonham, mas trabalham duro

À vida e todos os seus ensinamentos

Aos que acreditam que ainda é possível construir

fazeres em saúde

mais humanos, mais justos, mais solidários

Dedico este trabalho de modo especial:

Aos meus filhos: ***Tiago***, exemplo de esforço na superação das adversidades, ***Bolívar***, companhia permanente e alegre durante todo o tempo em que “gestei” este trabalho e ***Bibiana***, com imensa saudade.

Aos meus pais, ***José e Izolda***, por seu amor e exemplo na valorização do trabalho.

Ao meu orientador e amigo, ***Prof. Triviños***, pelo modo afetivo, sábio e sensível com que vem orientando e acompanhando minha caminhada teórica. Muito obrigada.

À ***Alicia***, amiga e companheira na “luta” da saúde comunitária e da educação em saúde, pelas valiosas contribuições, ensinamentos e hospitalidade. Obrigada!

À ***Margarita***, amiga, companheira de trabalho, provocadora de muitas reflexões. Obrigada.

À Renata, Margarete, Ananyr e Margarita, do ***Grupo de Educação & Saúde***, Sílvia e Cris, do ***Núcleo de Epidemiologia***, pelo modo afetivo e respeitoso de compartilhar saberes.

Ao ***Serviço de Saúde Comunitária e à equipe da Unidade Divina Providência***, por me liberarem para a realização deste trabalho.

À ***Prefeitura de Montevideú***, por viabilizar a coleta de informações nas Policlínicas Comunitárias.

Ao ***Grupo de Saúde da Unidade Divina Providência***, Sérgio, Maria Ivone., Cecília, D. Lourdes, Nena, Gracy e Andréia, companheiros nos sonhos e no trabalho.

*Às equipes, usuários e lideranças das comunidades atendidas pela
Unidade Divina Providência e Policlínicas San Vicente e Los
Angeles que participaram desta investigação:*

Não os nomearei individualmente, mas gostaria de destacar que estão todos lembrados em meu coração e que a convivência com cada um tem me proporcionado aprendizados muito significativos.

Obrigada a todos vocês!

“A rebeldia é ponto de partida indispensável, é deflagração da justa ira, mas não é suficiente. A rebeldia enquanto denúncia precisa se alongar até uma posição mais radical e crítica (...). É a partir deste saber fundamental: mudar é difícil mas é possível, que vamos programar nossa ação político-pedagógica, não importa se o projeto com o qual nos comprometemos é de alfabetização de adultos ou de crianças, se de ação sanitária, se de evangelização, se de formação de mão-de-obra técnica.”

Paulo Freire (1997, p.88)

SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS	IX
	RESUMO	X
1.	APRESENTAÇÃO	001
	1.1 Inserção num projeto geral	001
	1.2 A caminhada pessoal e a escolha do tema de pesquisa	001
	1.3 Apresentação dos demais capítulos	008
2.	ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	011
	2.1 Definindo o problema de pesquisa	011
	2.2 Objetivos e questões de pesquisa	013
	2.3 Natureza do estudo	014
	2.4 A coleta de informações	017
	2.5 Análise e interpretação	025
3.	EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA EM DUAS REALIDADES DO MERCOSUL/CONESUL	028
	3.1 Serviço de Saúde Comunitária e a comunidade Divina Providência: conquistando o posto de saúde	028
	3.2 Prefeitura Municipal de Montevideu e as comunidades San Vicente e Los Angeles: construindo um projeto de saúde comunitária	032
	3.3 As experiências de saúde comunitária nas duas realidades: construindo as práticas no diálogo	037
4.	PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: DIFERENTES RACIONALIDADES	054
	4.1 Teoria da Ação habermasiana: diferentes racionalidades da ação ...	058
	4.2 Planejamento participativo em saúde como uma ação comunicativa	069
	4.3 Planejamento participativo em saúde como um processo educativo	074

5. POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO: PARTICULARIDADES NO BRASIL E NO URUGUAI .	078
5.1 Brasil: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado	080
5.2 No Uruguai, a saúde pública para os indigentes	084
5.3 Políticas de saúde nas duas realidades: coerências e contradições ..	092
6. SAÚDE COMUNITÁRIA COMO UMA PRÁTICA CONTRADI- TÓRIA	102
6.1 O paradigma da Medicina Comunitária, suas origens, seu papel, suas contradições	106
6.2 A participação comunitária, elemento estrutural da Medicina Comunitária	152
7. PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO EM SAÚDE COMO PROCESSO EDUCATIVO EM DUAS REALIDADES DO MERCOSUL/CONESUL	166
7.1 “Mergulhando” novamente na história do planejamento nas duas realidades	181
7.2 É possível mudar o modo de fazer saúde?	191
7.3 É esta a única história possível?	199
7.4 Algumas sugestões às equipes, comunidades e instituições nas duas realidades investigadas	207
7.5 Chegando ao final, tempo de recomeço	209
BIBLIOGRAFIA	212
ANEXOS	217
- Instrumentos de coleta de dados em Porto Alegre	218
- Instrumentos de coleta de dados em Montevideu	232

SIGLAS UTILIZADAS:

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

IAMC - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

MSP - Ministerio de Salud Pública

PLA - Policlínica Los Angeles

PSV - Policlínica San Vicente

SSC - Serviço de Saúde Comunitária

UDP - Unidade Divina Providência

RESUMO

Este trabalho foi delineado a partir de problemáticas que surgem de minha experiência como odontóloga em uma equipe de saúde comunitária. É um estudo de caso comparativo, de natureza qualitativa, dialética e hermenêutica. Compreendo as experiências de planejamento participativo como *processos educativos* de construção de conhecimento crítico e intervenção criativa na realidade, onde se educariam profissionais de saúde e população. Busquei evidenciar as limitações e possibilidades destas experiências, tendo como principais referências teóricas Habermas e Paulo Freire. A teoria da ação habermasiana - articulada com a perspectiva pedagógica de Paulo Freire - ofereceria possibilidades significativas no planejamento em saúde, por sua capacidade de envolver diferentes atores e saberes numa perspectiva dialógica, problematizadora, de busca de entendimento e solidariedade entre equipes e comunidades. A *contradição entre sistema e mundo vivido* - o contexto mais geral - se expressaria nas experiências de planejamento participativo estudadas: o *sistema*, representado pelas instituições de saúde, suas políticas, sua burocracia, seus poderes; o *mundo vivido*, pela população, seus saberes, suas crenças, suas práticas em saúde. Os técnicos se encontrariam numa situação *sui generis*: formados e situados na perspectiva do sistema, onde predomina a *racionalidade técnico-instrumental e estratégica*, mas mergulhados também no seu mundo da vida e no da população, caracterizados pela *racionalidade comunicativa*. O estudo evidencia a co-existência de diferentes racionalidades nos espaços investigados, o que se expressa em contradições. Apesar da adversidade do contexto em que nos encontramos atualmente, acredito que as práticas de saúde comunitária poderiam ser tomadas como lugar de cultura, de significação, de (re)interpretação, de (re)construção e, portanto, de constituição de sujeitos mais livres, menos oprimidos, mais emancipados. Esta perspectiva colocaria a história nas práxis cotidianas como lugar de resistência e a emancipação já não se encontraria em nenhum lado - como defendem os neoliberais - mas, por isso mesmo, poderia situar-se em múltiplos lugares, tantos quantos permitam que o pensamento e a práxis críticos, éticos e criativos possam frutificar.

APRESENTAÇÃO

1.1 Inserção num projeto maior

Esta investigação foi concebida dentro da problemática geral do projeto **A FORMAÇÃO DE PROFESSORES NO MERCOSUL (ARGENTINA, BOLÍVIA, BRASIL, CHILE, PARAGUAI E URUGUAI): princípios, objetivos, modalidades. Perspectivas de uma formação básica, comum, geral**, do qual participam pesquisadores dos seis países mencionados.

Embora o tema tratado na dissertação não diga respeito especificamente à formação de professores, minha intenção foi a de oferecer uma contribuição tanto no aspecto teórico-metodológico desta linha de pesquisa quanto na reflexão da temática mais geral, qual seja, a das políticas sociais no contexto do Mercosul-Conesul.

COORDENADOR GERAL DO PROJETO:

Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños

Neste processo de investigação estudei comparativamente experiências de *planejamento participativo em saúde* em dois serviços de saúde comunitária, um em Porto Alegre e outro em Montevideu, entendidas como processos educativos de construção de conhecimento e intervenção na realidade, onde se educariam profissionais de saúde e população.

1.2 A caminhada pessoal e a escolha do tema de pesquisa

Desde que decidi buscar uma formação na área da odontologia, minha vida profissional vem tomando rumos antes não imaginados. Minha vivência

profissional, associada a algumas experiências acadêmicas no campo da saúde pública e coletiva, pouco a pouco, foram fazendo com que eu assumisse uma opção profissional bastante diversa daquela que inicialmente me motivara na escolha de minha profissão.

Logo após a formatura, do mesmo modo que a maioria dos colegas do curso de odontologia, instalei, plena de expectativas, um consultório particular. O desejo de exercer a profissão e de nela encontrar um meio não apenas de auto-sustento econômico, mas igualmente de realização de um trabalho socialmente significativo sempre foi muito forte.

Instalado o consultório, comecei a esperar pela clientela. Pacientemente, eu aguardava pelos “clientes”. O consultório estava instalado em um bairro de classe média e baixa de Porto Alegre. Muitas pessoas entravam, eu fazia o exame inicial, o plano de tratamento e o orçamento. A maioria das pessoas não retornava, apesar de toda a facilitação que eu procurava oferecer na forma de pagamento. A insatisfação profissional ia crescendo, pois havia uma distância muito grande entre o desejo de trabalhar e contribuir para melhorar a saúde das pessoas e as possibilidades de elas pagarem por meu trabalho.

Uma outra preocupação me assaltava. Eu apostava na prevenção das doenças bucais, mas era também muito difícil conseguir que as pessoas mudassem seus hábitos relacionados com a saúde bucal. Por mais que eu procurasse as palavras apropriadas para explicar-lhes a importância de mudar os hábitos de higiene e alimentação para prevenir as doenças da boca, os resultados que obtinha eram muito escassos. E isso me frustrava tremendamente.

Em 1985 surgiu a oportunidade de trabalhar no projeto de um novo serviço odontológico no Hospital da Criança Conceição em Porto Alegre. Juntamente com outras duas colegas, elaboramos o projeto de um serviço de atendimento a crianças, na perspectiva de uma odontologia preventiva e integral. Mas os “ventos políticos” mudaram e o projeto não foi implantado.

O desejo de exercer meu trabalho de modo a trazer algum impacto social ficou, no entanto, fortalecido através desta experiência. Ela serviu também para me motivar a buscar uma formação no campo da saúde coletiva. Iniciei uma especialização em Odontologia Preventiva e Social na Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, em 1986. Uma das disciplinas que mais me chamava a atenção foi a de Educação em Saúde, pois nela eu começava a encontrar respostas para algumas de minhas inquietações.

Também nesta época comecei a atuar como odontóloga no Módulo de Odontologia Comunitária, serviço vinculado à UFRGS, de atendimento a escolares. A questão da educação em saúde me parecia fundamental, porém eu percebia que, assim como eu, a maioria dos colegas estava pouco preparada para trabalhar com a população de uma perspectiva educativa, especialmente com grupos populares.

A educação em saúde, fruto de nossa formação fragmentada e descontextualizada da realidade da população, é geralmente entendida como uma simples prescrição de hábitos saudáveis para a obtenção de uma boa saúde. A realidade em que os indivíduos e grupos estão inseridos, suas reais condições de vida e de trabalho, seus valores, suas crenças em relação à saúde são geralmente desconsiderados, impossibilitando o diálogo e a busca de alternativas possíveis para a promoção de uma vida mais saudável e prevenção das doenças.

Esta postura dos profissionais de saúde, que valoriza exclusivamente o conhecimento científico e desconsidera o saber popular, é outro aspecto que, em meu entendimento, dificulta a relação educativa entre os profissionais e seus pacientes. Conseqüente a esta concepção de educação em saúde - como transmissão de conhecimento dos técnicos para a população - quando a ação educativa não surte os efeitos desejados pelo profissional, o paciente é geralmente culpabilizado e, assim, eximimos a sociedade, a prática de saúde e o profissional de toda a responsabilidade.

Muitas vezes, a falta de resultados concretos e de uma reflexão crítica sobre estas questões faz com que os profissionais se desestimulem em seu papel de educadores e de desenvolverem uma prática de promoção de saúde e prevenção que tenha efetivamente impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos.

Tais questões vinham, cada vez mais, aumentando as inquietações a respeito de minha prática e para elas eu buscava respostas.

Em 1989, fui contratada pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) para atuar no serviço de atendimento aos funcionários. Pareceu-me, entretanto, que o espaço onde eu teria maiores oportunidades de exercer uma prática comprometida com as necessidades dos grupos populares seria o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), vinculado a este Hospital. Depois de alguns “esforços burocráticos e políticos”, consegui chegar ao posto Divina Providência, uma das unidades deste serviço. Passei a entender como meu papel fundamental construir uma proposta de atenção à saúde bucal que guardasse coerência com os princípios da saúde comunitária.

Naquela época, no entanto, devido a uma certa falta de clareza da equipe e do Serviço sobre a problemática da prática odontológica, havia no posto Divina Providência um atendimento odontológico tradicional, baseado no atendimento da demanda espontânea e no tratamento curativo, sem maiores preocupações com a promoção da saúde, prevenção e educação. Além disto, a prática odontológica era um tanto “separada” das demais ações desenvolvidas pela equipe. Novamente fui buscar subsídios teóricos para compreender melhor minha prática: uma especialização em Saúde Pública.

Este foi o início de uma longa caminhada e de uma experiência muito rica, tanto em termos profissionais quanto pessoais, uma caminhada que ainda hoje procuro percorrer pois, apesar das dificuldades inerentes à prática de saúde

comunitária, ela ainda faz muito sentido para mim e me estimula de modo significativo.

Durante o ano de 1991, a experiência como chefia da Unidade Divina Providência me oportunizou uma visão mais clara da totalidade do trabalho da equipe e das dificuldades e contradições que se apresentavam em nosso cotidiano. As questões relativas ao planejamento das ações desenvolvidas pelo posto, à educação em saúde e à participação da comunidade, desde então, passaram a apresentar-se como essenciais para a qualificação da atuação da equipe.

Partíamos de uma equipe já constituída: médicos gerais comunitários, residentes de Medicina Comunitária, enfermeira, auxiliares de enfermagem, odontólogos, técnicos de odontologia, assistente social, psicóloga, auxiliares administrativos e de serviços gerais e estagiários de diferentes áreas. Alguns, como os médicos, a enfermeira, a psicóloga, a assistente social, tinham uma formação específica em saúde comunitária e outros, entre os quais eu estava incluída, sem nenhuma formação nesta especialidade. Era uma equipe bastante heterogênea em experiência de vida, bagagem profissional e formação acadêmica.

Tendo como perspectiva melhorar o nível de qualidade da prática de saúde e preparar a equipe para o desenvolvimento de seu trabalho, comecei a desenvolver - junto com alguns colegas também interessados nisto - oficinas de trabalho com a equipe que tinham o objetivo de reflexão sobre alguns temas considerados importantes em nossa prática cotidiana.

Paradoxalmente - e por motivos que eu não compreendia bem naquele momento - a comunidade se encontrava um tanto afastada da equipe, diferentemente do que havia acontecido por ocasião da implantação do posto de saúde, em que esta relação havia sido bastante próxima.

Entendemos que uma proposta de *planejamento participativo* poderia servir tanto ao objetivo de qualificar a atenção prestada pelo posto de saúde à população quanto de reaproximação entre a equipe e a comunidade.

A idéia de cursar um Mestrado em Educação e de trabalhar no tema do planejamento participativo em saúde surgiu desta vivência e das carências na formação dos profissionais de saúde para o trabalho com a população que minha experiência profissional evidenciava. O projeto do mestrado, entretanto, por diversos motivos, teria de aguardar até o ano de 1997.

Enquanto isso, a equipe tentava levar adiante uma estratégia de problematização de sua prática de saúde e de reaproximação à comunidade.

As inúmeras dificuldades e contradições evidenciadas no dia-a-dia de trabalho da equipe, assim como nossa precária formação no campo da saúde comunitária, foram os principais motivos que me levaram a buscar o Mestrado em Educação.

Compreender melhor a realidade das pessoas com quem trabalhamos e do serviço onde estamos inseridos e explorar as possibilidades da *educação em saúde, da participação e do planejamento* em meu campo profissional foram, e continuam sendo, meus objetivos mais prementes.

Pretendo também oferecer uma contribuição ao processo de trabalho de uma equipe de saúde que, apesar das dificuldades de um cotidiano muitas vezes desgastante e das limitações impostas pela instituição, vem se propondo a construir e desenvolver um trabalho capaz de abordar a realidade de forma mais crítica e mais criativa.

Meu pressuposto é de que a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e a população é uma relação fundamentalmente educativa. Embora nós, profissionais de saúde, não tenhamos suficiente clareza sobre nosso papel como educadores, a relação educativa acontece sempre: nas consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, de psicologia, da assistente social, nas atividades

educativas desenvolvidas no posto de saúde ou na comunidade, nos grupos de saúde, nas conversas informais com a população, nas reuniões com a comunidade e, principalmente, no planejamento participativo.

O que eu me perguntamos é *de que modo se dá esta relação educativa?* Em que sentido esta relação poderia realmente contribuir para a desalienação do cotidiano dos profissionais de saúde e da população? Em que sentido ela poderia favorecer uma compreensão mais crítica sobre o processo saúde/doença das comunidades com quem trabalhamos, sobre nossa prática de saúde comunitária e sobre a realidade das instituições de saúde onde atuamos?

Numa conjuntura em que as políticas neoliberais estão a promover um amplo desmonte de direitos duramente conquistados no campo da saúde em muitos países da América Latina, a questão da participação da população nos serviços de saúde me parece fundamental.

Em aparente contradição, os discursos oficiais na maioria dos países latinoamericanos incorporam os princípios da participação e da descentralização na organização dos sistemas de saúde. O paradigma da Atenção Primária à Saúde que orienta nossas práticas também apresenta a participação comunitária como um de seus pilares mais importantes.

Suponho que experiências de *planejamento participativo em saúde - entendidas como processos educativos de construção de conhecimento e intervenção na realidade, onde se educam profissionais de saúde e população* - poderiam constituir-se em estratégias para a construção de práticas de saúde comunitária baseadas numa racionalidade comunicativa, onde o diálogo entre os saberes científico e popular possa efetivamente ser exercitado, buscando a desalienação do cotidiano de profissionais e comunidades, a melhoria das condições de saúde da população e a construção de sistemas de saúde mais justos, mais humanos e mais democráticos.

Diante disso, considere fundamental interrogar-me a respeito de que conceitos de *saúde*, de *saúde comunitária*, de *participação* e de *planejamento* orientam nossas práticas cotidianas e também os discursos oficiais. Interessa-me investigar diante disto que racionalidades subjazem às práticas de saúde na Unidade Divina Providência, em Porto Alegre, e nas Policlínicas Comunitárias de Montevideu e que implicações concretas poderiam ter o desenvolvimento destas práticas e suas diferentes racionalidades nos contextos em que elas se concretizam.

1.3 A estrutura do estudo

Além da apresentação, o estudo consta dos capítulos indicados a seguir, em suas dimensões peculiares. Em seu conjunto os capítulos representaram as sucessivas aproximações teórico-metodológicas e empíricas que realizei ao tema proposto ao longo deste processo de investigação.

Busquei realizar um movimento que partiu da realidade que vivencio, da percepção e do conhecimento que dela tinha inicialmente, a partir de minha experiência como integrante da equipe de saúde da Unidade Divina Providência. A seguir, passei à busca de um referencial teórico capaz de iluminar a reflexão sobre os achados empíricos desta investigação - e, num último momento procurei construir uma síntese em que retomo as realidades das duas experiências estudadas para compreendê-las comparativamente e à luz do referencial teórico, destacando os principais pontos de toda a discussão elaborada.

A partir do conhecimento alcançado destas duas realidades, faço algumas sugestões para a qualificação das experiências de planejamento participativo e das práticas de saúde estudadas.

No segundo capítulo - *Aspectos teórico-metodológicos da investigação* – descrevo o problema de pesquisa, apresento os objetivos e as questões de pesquisa que orientaram o estudo e faço considerações sobre a natureza do estudo tal como foi proposta e a descrição do modo como ocorreu efetivamente a fase empírica da investigação, com as dificuldades que tive e as formas como busquei superá-las.

No terceiro capítulo - *Experiências de saúde comunitária em duas realidades do Mercosul/Conesul* - descrevo comparativamente as realidades das comunidades e os processos de planejamento participativo nos serviços de saúde comunitária nas duas experiências em foco.

No quarto capítulo, que denominei *Planejamento em saúde na América Latina e suas diferentes racionalidades*, procurei construir teoricamente uma caracterização das diferentes correntes de planejamento em saúde que se desenvolveram na América Latina a partir da década de cinquenta e realizar uma análise das diferentes racionalidades que a elas subjacem, optando por um enfoque de planejamento que incorpora uma racionalidade comunicativa.

No quinto capítulo - *As políticas de saúde no contexto do neoliberalismo* - busquei uma compreensão teórica da natureza das políticas sociais e de saúde no contexto do neoliberalismo e seus determinantes político-econômicos e procurei compreender as diferenças entre os contextos brasileiro e uruguaio no que se refere ao campo da saúde e as relações do mesmo com as totalidades em questão.

No sexto capítulo, denominado *Saúde comunitária como uma prática contraditória* – procurei refletir criticamente sobre o paradigma que orienta as

práticas de saúde comunitária e seu papel no contexto das sociedades capitalistas e da crise da Medicina Científica¹. Parti de uma análise de cada um dos elementos em que se apoia o paradigma da Medicina Comunitária, do ponto de vista de Mendes², trazendo outras contribuições teóricas que me permitiram refletir sobre as diferentes conotações que as práticas de saúde comunitária poderiam assumir e sobre as implicações disto na prática. A questão da participação comunitária é particularmente analisada, encaminhando a reflexão para o último capítulo.

No último capítulo - que denominei *Planejamento participativo em saúde como processo educativo em duas realidades do Mercosul-Conesul* - busquei, à luz do referencial teórico construído, refletir sobre os resultados da investigação nas duas realidades. Tentei elaborar uma síntese – que considero provisória - relacionando as experiências de planejamento participativo com as práticas de saúde e os contextos em que elas se inserem. Finalizando, faço algumas sugestões que visam contribuir com o desenvolvimento das experiências estudadas.

¹Medicina Científica é entendida neste trabalho como o paradigma que fundamenta a prática médica hegemônica, que o senso comum chama de “tradicional”.

²MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. p. 34. Mimeo.

2. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

2.1 O problema de pesquisa

Neste trabalho investiguei, comparativamente, experiências de planejamento participativo em dois serviços de saúde comunitária, um em Porto Alegre, outro em Montevideu.

Meu pressuposto foi de que nestas experiências se estabeleceria, mais formalmente, uma relação educativa entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Como todas as demais práticas sociais, estas experiências possuiriam uma determinada racionalidade que as orientaria.

Entendendo preliminarmente racionalidade como “saberes que fundamentam as práticas”, penso que a vivência de uma relação dialógica no sentido de Freire³ ou de uma experiência de ação comunicativa, no sentido de Habermas⁴, isto é, a vivência de experiências baseadas numa racionalidade comunicativa poderia favorecer o desenvolvimento de práxis em que seria possível superar o senso comum e construir saberes críticos sobre a problemática da Saúde e alternativas criativas de intervenção na realidade.

Na busca conjunta e solidária de melhores níveis de saúde para a população, seria possível a desalienação do cotidiano dos profissionais de saúde e da população e, neste sentido, o planejamento participativo poderia contribuir na qualificação das práticas de saúde comunitária.

As experiências que investiguei foram as seguintes: a) a da Unidade Divina Providência (UDP), Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, Brasil; e b) a das

³ FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. P. 165-184.

⁴ HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa**. v. I. Madrid: Taurus, 1987. P.136-146.

Policlínicas Comunitárias San Vicente (PSV) e Los Angeles (PLA) da prefeitura de Montevideu, Uruguai.

A primeira situação foco do estudo é o serviço onde desenvolvo minhas atividades profissionais, como odontóloga, há cerca de dez anos. A sua escolha se deveu, fundamentalmente, à minha convicção de que um processo de conhecimento - como é o caso de uma dissertação de mestrado - deve partir sempre de nossa prática. Em segundo lugar, porque penso poder melhorar minha prática na medida em que melhor a conheça.

A segunda situação que me propus a investigar foi escolhida devido à associação de um conjunto de fatores. Em primeiro lugar, por também tratar-se de um serviço de saúde comunitária - portanto orientado no mesmo paradigma - o que estabeleceria entre as duas situações uma semelhança fundamental e permitiria a comparação. Em segundo lugar, sendo esta uma experiência relativamente nova, em fase de implantação, houve bastante interesse por parte das pessoas que coordenam e participam das Policlínicas Comunitárias no estudo proposto, como uma forma de avaliar o trabalho que vem sendo desenvolvido. Em terceiro lugar, pela relativa facilidade no acesso às informações, pois já tinha vínculos profissionais e pessoais anteriores com a coordenadora do projeto.

Estudei ambas as experiências no momento atual, sendo que a coleta de dados se realizou entre julho de 1998 e março de 1999. Buscando entender os fenômenos em seu desenvolvimento, procurei evidenciar as contradições desde suas origens - 1986 na UDP e 1996 nas policlínicas de Montevideu - e nos momentos de significativas rupturas.

Considerarei que seria fundamental situar os fenômenos em foco no contexto mais geral, procurando evidenciar as principais relações entre as realidades em estudo e os fenômenos que se delineiam a partir avanço do processo de globalização, da integração dos países do Mercosul/Conesul e

consolidação de projetos político-econômicos de corte neoliberal na América Latina.

Cabe, por fim, ressaltar que minha principal motivação para o desenvolvimento desta investigação foi minha suposição de que as experiências de planejamento em saúde que incorporam a participação da comunidade de uma perspectiva crítica e criativa poderiam conformar relações mais solidárias e democráticas dos profissionais de saúde entre si e destes com a população e assim contribuir na construção de práticas de saúde de maior impacto sobre a qualidade de vida e saúde da comunidade.

2.2 Objetivos e questões de pesquisa

Diante das perspectivas colocadas, defini os seguintes **objetivos** para a investigação:

1- *Conhecer*:

- a) as racionalidades que orientam as experiências de planejamento participativo na Unidade Divina Providência, Porto Alegre, Brasil e nas Policlínicas Comunitárias San Vicente e Los Angeles da prefeitura de Montevideú, Uruguai.
- b) as racionalidades que subjazem às práticas de saúde desenvolvidas neste dois serviços de saúde comunitária.
- c) como se relacionam as experiências de planejamento participativo com as práticas de saúde numa perspectiva de mudança.

2- *Estabelecer*, à luz dos resultados deste estudo, um conjunto de *sugestões* que visem:

- a) melhorar a qualidade das experiências de planejamento participativo estudadas;

b) apontar as possíveis articulações entre estas experiências e as práticas de saúde destes serviços, numa perspectiva de mudança.

3 - Fazer **sugestões** sobre as possíveis articulações dos processos participativos que se dão no interior das práticas de saúde comunitária com processos participativos mais gerais na definição das políticas de saúde.

Os objetivos assim definidos encaminharam para o estabelecimento das *questões de pesquisa* que orientaram o desenvolvimento da investigação:

Que contradições existem ?

a) nas práticas de planejamento em saúde que incorporam a participação da comunidade?

b) entre o discurso que fundamenta estas experiências e as práticas efetivamente realizadas?

c) nas práticas de saúde comunitária em questão?

d) entre estas práticas de saúde e os contextos onde estão inseridas, isto é, as instituições a que se vinculam, os sistemas e políticas de saúde do Brasil e do Uruguai, as formações sócio-econômicas brasileira e uruguaia?

2.3 Natureza do estudo

A opção teórico-metodológica realizada, um estudo de caso comparativo, de natureza qualitativa, dialética e hermenêutica, em meu modo de ver, possibilitou um processo de conhecimento aprofundado e uma maior riqueza na pesquisa da realidade onde estou inserida, através da evidenciação de diferenças e semelhanças em relação à realidade de Montevideú, de uma perspectiva crítica. Espero também ter contribuído de algum modo para aprofundar o conhecimento das experiências de Montevideú.

Apesar de baseadas num mesmo paradigma, estas duas experiências estão inseridas em realidades diferentes, onde se concretizam processos sociais, históricos, culturais e grupais diferenciados. Entretanto, por tratar-se de países latinoamericanos - ambos caracterizados pela inserção dependente no processo capitalista globalizado e por processos político-econômicos de corte neoliberal, estas experiências apresentariam também muitos traços em comum. Estes aspectos favoreceram uma melhor compreensão da essência dos fenômenos estudados.

A opção teórico-metodológica se justificaria, em meu modo de ver, por vários aspectos que a seguir menciono.

O estudo de caso permitiria compreender em profundidade fenômenos de natureza complexa. Triviños⁵ destaca que o estudo de caso, uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa em profundidade, permitiria explorar um fenômeno em toda a sua complexidade, sendo o maior ou menor aprofundamento determinado pelos enfoques teóricos adotados pelo investigador.

A abordagem qualitativa do estudo viria ao encontro da natureza dos fenômenos em questão: *planejamento participativo em saúde como processos educativos*, onde a dimensão qualitativa é particularmente relevante.

A opção pela abordagem dialética relacionou-se, em primeiro lugar, pela compreensão que tenho do real como contraditório, em permanente mudança, onde as contradições são fonte de transformações.

A associação da dialética com a hermenêutica teve a intenção de apreender o fenômeno em sua historicidade e complexidade.

Através do emprego do método comparativo pretendi enriquecer a investigação, ampliando a totalidade onde ela se insere, o que, no contexto dos

⁵ TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Ed. Atlas, 1994. p. 133-136.

processos de globalização e integração de blocos regionais, considero fundamental.

Esta opção metodológica veio também ao encontro da intenção de articular a pesquisa aos processos de trabalho em desenvolvimento, o que constituiria uma práxis. A dialética, por sua capacidade de apreensão da realidade numa perspectiva crítica e transformadora e pela possibilidade de associação à hermenêutica, favoreceu a apreensão dos fenômenos em suas diferentes dimensões, integrando movimentos de explicação, interpretação, compreensão e retorno à prática.

Stein⁶ assim analisa a perspectiva teórico-metodológica que associa estes dois enfoques: “Dialética e hermenêutica são a afirmação extrema do significado prático da razão humana, no seu sentido mais forte. Não simplesmente porque esses dois métodos têm a práxis como objeto, mas porque não há práxis no sentido pleno sem que pressuponha os horizontes do pensamento dialético e hermenêutico.”

No método comparativo, procurei explorar as seguintes etapas:

1 - **Descrição:** esta etapa, de natureza fundamentalmente qualitativa, porém apoiada em alguns dados quantitativos, buscou caracterizar e descrever os serviços, as comunidades, as equipes de saúde e as suas propostas de trabalho que incorporam a participação das comunidades.

2 - **Comparação por justaposição:** nesta fase, busquei, apoiada na fase anterior de descrição, construir - através da elaboração de quadros - uma visão sintética, global e comparativa das duas experiências.

⁶ STEIN, Ernildo. Dialética e Hermenêutica. Uma Controvérsia sobre Método em Filosofia. In: HABERMAS, Jürgen. **Dialética e hermenêutica: para a crítica da Hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L&PM., 1987. p.131-132.

3 - Interpretação, explicação e compreensão: estas três operações intelectuais aconteceram, na verdade, de modo simultâneo e baseadas nas análises realizadas nas duas fases anteriores. Assim, nesta fase, através destas três operações simultâneas, busquei determinar as causas - de natureza econômica, política, social, cultural, ideológicas, etc. - dos fenômenos em estudo e entender sua historicidade, destacando as contradições no desenvolvimento dos fenômenos.

Na interpretação procurei dar significado às informações reunidas na investigação dos fenômenos em foco. Na compreensão - categoria básica e fundamental da abordagem dialética comparativa, que permeou todas as fases do desenvolvimento da pesquisa - tratei de apreender os fenômenos em sua complexidade, na totalidade de suas dimensões e relações, nas suas semelhanças e diferenças, no momento atual, em sua origem e desenvolvimento, em suas limitações e possibilidades concretas de mudança.

2.4 A coleta de informações

A amostra que considerei no estudo ficou constituída por duas unidades, a primeira delas, a Unidade Divina Providência, do SSC. A Segunda unidade, o projeto de saúde comunitária da prefeitura de Montevideú, constituído pelas Policlínicas San Vicente e Los Angeles. A escolha da amostra nestes moldes permitiu realizar um estudo comparativo de caso.

A primeira unidade, um dos doze postos de saúde do SSC, foi selecionada intencionalmente, já que eu tinha interesse particular em estudar a realidade em que estou inserida. Na segunda unidade, decidimos considerar as duas policlínicas, já que as equipes eram relativamente pequenas e uma realidade antes não conhecida. Avaliei que seria mais rico envolver as duas policlínicas.

Para a coleta de informações, em cada unidade da amostra deste estudo de caso comparativo, selecionei sujeitos mais diretamente envolvidos nas

experiências de planejamento participativo, isto é, profissionais de saúde e pessoas das comunidades que vinham participando destas experiências, já que meu interesse era investigar a natureza da relação entre equipes e comunidades no trabalho conjunto em saúde.

Realizei a coleta de informações - nas duas unidades (UDP e Policlínicas de Montevideu) - através de diferentes instrumentos: análise de documentos, entrevistas individuais semi-estruturadas, grupos de discussão, e observações semi-dirigidas de reuniões das equipes com as comunidades, consultas e atividades educativas.

Os documentos me forneceram dados quantitativos e informações sobre: a) aspectos sócio-demográficos e de saúde das comunidades em questão e das populações de Porto Alegre, Montevideu, Brasil e Uruguai; políticas institucionais de saúde (Serviço de Saúde Comunitária e Prefeitura de Montevideu), organização dos sistemas de saúde e políticas de saúde no Brasil e no Uruguai, propostas de trabalho das duas equipes e relatórios de atividades já desenvolvidas pelas equipes.

Na definição dos instrumentos para a coleta de dados, levei em consideração vários fatores. Minha intenção principal era evidenciar as diferentes concepções sobre a prática de saúde comunitária e sobre a participação das comunidades nos serviços em foco, entre os integrantes das equipes de saúde e entre os usuários, partindo do pressuposto de que poderiam existir, no interior destas práticas, diferentes racionalidades e, portanto, diferentes conceitos, e que estas diferenças poderiam ser explicadas pela situação de vida e pela história de cada sujeito, isto é, pela sua inserção social, sua formação e bagagem profissional, sua cultura, sua vivência nas práticas em estudo e sua subjetividade.

O pensamento de Minayo⁷ - fundamentado no diálogo entre Habermas e Gadamer - defendendo o emprego da dialética e da hermenêutica no estudo dos fenômenos de saúde foi particularmente iluminador nas reflexões que precederam as decisões referentes à coleta de informações e seleção dos sujeitos de cada unidade da amostra.

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete 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 que as tensões e perturbações sociais.

Assim, supondo que cada sujeito traga consigo uma bagagem que é, ao mesmo tempo, social, cultural e subjetiva, e que isto se expressaria na comunicação, considere fundamental identificar as falas dos informantes com o “lugar”⁸ ocupado pelos mesmos nas experiências estudadas.

Para a seleção da amostra e definição da dinâmica da coleta de informações, foi preciso levar em consideração as diferenças entre as duas equipes de saúde, na sua constituição e organização, e na sua relação com as comunidades.

Assim, em *Montevideú*, nas decisões relacionadas à coleta de informações e seleção dos sujeitos considere os seguintes aspectos: a) é uma realidade em que não estou inserida e, portanto, não vivenciada cotidianamente, diferente de minha inserção na UDP; b) as equipes das policlínicas comunitárias são menores do que a da UDP; c) as propostas de trabalho nas duas policlínicas têm o mesmo delineamento geral e a mesma coordenação; d) as equipes incorporam Agentes

⁷MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde** 4.ed. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1996. P. 227-228.

⁸LUGAR: entendo este termo como os diferentes modos de inserção dos sujeitos nas experiências estudadas. Estas diferentes inserções, em meu modo de ver, estariam relacionados, em primeiro lugar, com a diferenciação fundamental entre *profissionais* e *usuários* dos serviços de saúde. Além desta diferenciação fundamental, creio que também influenciariam a inserção dos sujeitos nestas experiências a sua formação e experiência profissional, a história de vida e o papel específico de cada um nestas experiências.

Comunitárias de Saúde (ACS), chamadas de “vecinas”; e) as duas policlínicas são administradas através de um convênio entre prefeitura municipal e o “Consejo Vecinal” das comunidades.

Considerando estes aspectos, procurei envolver, de algum modo, os diferentes sujeitos que participam destas experiências, seja através de entrevistas individuais semi-estruturadas, de observações semi-dirigidas ou grupos de discussão. Desse modo, acredito ter sido possível obter uma ampla gama de informações, em que diferentes sujeitos puderam trazer sua contribuição para o conhecimento da realidade.

Realizei entrevistas semi-estruturadas individuais com um representante de cada “lugar” nas equipes e na relação das comunidades com o serviço:

- a) a coordenadora do projeto, médica geral comunitária⁹
- b) uma médica estagiária
- c) um estudante de medicina estagiário de 6.º ano
- d) um estagiário de odontologia
- e) a psicomotricista de uma das creches comunitárias
- f) duas Agentes Comunitárias de Saúde que trabalham numa das Policlínicas
- g) dois líderes comunitários
- h) uma usuária de uma das policlínicas.

Empreguei também um *grupo de discussão* - integrado por profissionais de saúde (a médica coordenadora, uma estagiária de medicina) e duas “vecinas” (uma Agente Comunitária de Saúde que atua na policlínica e uma usuária da policlínica). Este grupo de discussão foi orientado por algumas das questões que

⁹ O médico geral comunitário é um especialista com formação através de um Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. O SSC oferece este programa. A coordenadora do projeto em Montevideu, Dra. Alicia Sosa Abella realizou sua formação neste Serviço, já que somente em 1999 foi implantado um Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária na “Universidad de la República”, em Montevideu.

considerei relevantes e que, nas entrevistas individuais, não consegui explorar suficientemente.

Foram também realizadas *observações semi-dirigidas* das seguintes atividades:

a) Atividades educativas: “Talleres de estimulación precoce de niños” e grupos de mães em creches comunitárias: 2 observações.

b) Consultas médicas (2 da médica coordenadora, 2 de médica estagiária e 1 de estagiário de medicina): 5 observações.

c) Reunião da equipe e comunidade: 1 observação.

Todas as entrevistas e o grupo de discussão foram gravados em fitas cassete e as observações, algumas filmadas e outras registradas por escrito.

Além do emprego destes instrumentos formais na coleta de dados, considero que foi de fundamental importância no conhecimento da realidade das policlínicas e de seu contexto, outras maneiras mais informais que tive a oportunidade de vivenciar por ocasião das visitas a Montevideu. Diferentes atividades me foram oportunizadas: a) visita a uma das policlínicas da prefeitura de Montevideu, que atua como referência às policlínicas comunitárias; b) reunião com uma equipe de veterinária para a planificação do Curso de Agentes Comunitários de Saúde; c) participação em reunião da “RED” - fórum constituído por lideranças comunitárias e representantes de diferentes instituições governamentais e não-governamentais a nível local; d) reunião com o secretário de saúde de Montevideu; e) conversa informal com o professor da “Universidad de la República”, responsável pelos estágios realizados nas policlínicas; f) observações informais do funcionamento das policlínicas; g) conversas informais com pacientes que esperavam as consultas; h) “passeios”

pelas duas comunidades; j) conversas informais com as pessoas que trabalham nas equipes de saúde.

Mas, principalmente, gostaria de destacar a importância que teve para mim, neste processo de investigação, o convívio - embora breve - com os “compañeros uruguayos” das equipes de saúde das Policlinicas San Vicente e Los Angeles. Talvez, muito mais do que conhecer, pude “sentir” o que significa esta experiência, em que o respeito entre as pessoas, o compromisso e a seriedade da proposta, a afetividade e a solidariedade entre profissionais e “vecinos” é o tom marcante. Somente esta vivência já me teria proporcionado um grande aprendizado de vida.

Trabalhar em saúde comunitária não é tarefa fácil, especialmente na atual conjuntura. É fundamental para todos nós que desejamos nos comprometer com esta proposta saber que não estamos sós e que existem, em outros pontos da América Latina, pessoas que ainda acreditam na possibilidade de trabalhar em saúde de forma mais humana.

Na *Unidade Divina Providência*, considerei os seguintes aspectos nas decisões referentes à seleção dos sujeitos para a coleta de dados.

Entre os *profissionais de saúde* considerei os seguintes aspectos: a) por estar inserida nesta experiência, supostamente a conheceria melhor do que a de Montevideo; b) é uma equipe relativamente grande e bastante diferenciada em áreas profissionais; c) pretendia identificar as principais diferenças conceituais e aproveitar a oportunidade para conhecer como se dá o processo de interação entre os colegas. Assim, optei pela seguinte dinâmica:

- a) *Questionário aberto individual* respondido por todos os integrantes da equipe, que contemplava algumas questões de pesquisa.

- b) Realização de três *grupos de discussão*, constituídos por profissionais de diferentes áreas - orientados por um roteiro.
- c) Seleção de três sujeitos para *entrevistas individuais*, baseado na identificação de diferentes concepções sobre saúde, saúde comunitária e participação. Estes três sujeitos foram selecionados a partir da análise do material dos grupos de discussão. Este material evidenciou a existência de dois sujeitos que, com maior clareza, se identificavam com diferentes correntes de pensamento. Um terceiro sujeito foi selecionado pois considerei que a falta de clareza conceitual ou a coexistência de conceitos relacionados a diferentes teorias é prevalente na equipe em geral.

A escolha da técnica de *discussão de grupo* teve a intenção de captar não apenas as diferenças conceituais existentes na equipe, mas a dinâmica da interação e as possibilidades dela decorrentes. Esta decisão estava relacionada com meu interesse em conhecer melhor os “processos educativos” que se dão na equipe, já que temos empregado esta estratégia de pequenos grupos interdisciplinares de discussão como forma de favorecer uma maior participação de todos nas reflexões sobre o cotidiano e nas discussões teóricas, buscando também uma maior aproximação entre os saberes e práticas das diferentes áreas.

Cada grupo de discussão deveria discutir e chegar a um consenso sobre os conceitos de *saúde, saúde comunitária, participação e planejamento participativo*. Estas questões, que já haviam sido propostas a cada membro da equipe individualmente e respondidas por escrito, foram trazidas para os grupos, como uma forma de desencadear a discussão.

Foi possível observar, através desta experiência, que apareceram diferenças conceituais bastante marcantes, porém os grupos não chegaram a reconhecer com clareza a existência das mesmas, e a busca de consenso, talvez

por isso, não foi bem trabalhada, em minha opinião. Na dinâmica dos grupos, o que me pareceu mais marcante foi que realmente existe, por parte de todos, bastante respeito pela opinião dos colegas. Ficou claro também que existem aqueles que “falam primeiro” ou que tem maior clareza conceitual do que os demais. O pensamento destes profissionais - que têm maior clareza ou são mais participantes - parece ser “aceito” pelos demais como sendo o pensamento do grupo.

Além disto, percebi que as diferenças, ao invés de serem problematizadas para buscar o consenso, foram tratadas de modo que todas elas fossem aceitas e respeitadas. Para a construção do “consenso”, foram sendo acrescentadas as idéias de cada um, formando assim o conceito do grupo.

Suponho que dois fatores principais teriam influenciado para que a dinâmica dos grupos se desse desta forma: o tempo insuficiente para amadurecer a discussão e talvez inabilidade dos coordenadores dos grupos de discussão no sentido de não promover a problematização. De qualquer modo, penso que esta dinâmica possibilitou conhecer um pouco melhor a interação cotidiana desta equipe, tal como ela realmente se dá, com todas as suas virtudes e imperfeições.

A seleção dos sujeitos da *comunidade* considerou a natureza da proposta de planejamento da UDP e que existem diferentes formas de participação da comunidade no posto de saúde. A atual proposta de planejamento preconiza a priorização de “micro-áreas de risco à saúde” ou “territórios de risco”¹⁰, onde seria fundamental promover a participação dos moradores. A participação da comunidade no posto de saúde, entretanto, se dá de modo mais formal através do “Grupo de Saúde”¹¹.

¹⁰ O termo se refere a grupos populacionais que, por apresentarem maior carência em sua situação de vida, teriam maior risco a agravos de saúde de modo geral.

¹¹ O termo se refere a um “conselho” constituído de representantes da comunidade e da equipe de saúde, através do qual se estabeleceria mais formalmente uma “parceria” com a comunidade no planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pela Unidade Divina Providência.

Assim, busquei contemplar, na seleção dos sujeitos da unidade de amostra da UDP, pessoas com diferentes inserções no posto de saúde.

Realizei *entrevistas semi-estruturadas* com os seguintes sujeitos:

- a) 1 usuária do posto
- b) 1 liderança comunitária, com inserção em outros espaços
- c) 1 integrante do Grupo de Saúde
- d) 3 moradoras de territórios de risco

Outro instrumento que utilizei na coleta de informações foram as *observações semi-dirigidas*, à semelhança de Montevideu. Fiz observações, orientadas por roteiros, das seguintes atividades:

- a) 1 consulta médica do “dia”¹²
- b) 1 consulta preventiva da enfermeira
- c) 2 consultas odontológicas – uma de manutenção, outra de tratamento inicial¹³
- d) reunião da equipe com a comunidade para formação do Grupo de Saúde.

Todo o material coletado em Porto Alegre e Montevideu foi integralmente transcrito, categorizado e analisado.

2.5 Análise, interpretação, explicação e compreensão

A análise das informações obtidas através da coleta de dados foi realizada à luz da fundamentação teórica do estudo e orientada, em primeiro lugar, pelos objetivos que estabeleci.

¹² Na UDP existem dois tipos de consulta médica: as preventivas, agendadas com antecedência e as chamadas “consultas do dia”, aquelas reservadas para a demanda espontânea e casos de urgência.

¹³ As consultas odontológicas na Unidade Divina Providência são de três naturezas, de urgência, de tratamento inicial e de tratamento de manutenção. A atenção clínica em saúde bucal se propõe a oferecer tratamento “básico” e de manutenção periódica preventiva.

Num primeiro momento, antes de empregar os demais instrumentos de pesquisa, estudei os documentos disponíveis, o que me proporcionou uma visão geral das propostas de trabalho nas duas realidades, das políticas de saúde das instituições a que se vinculam os serviços foco do estudo e das políticas e organização dos sistemas de saúde nos dois países. Estudei também documentos referentes a aspectos sócio-demográficos e de saúde das comunidades atendidas pelos dois serviços. Este estudo geral e preliminar me permitiu elaborar alguns quadros comparativos e estabelecer semelhanças e diferenças entre a constituição das equipes de saúde, a realidade das comunidades e os contextos mais gerais.

Após esta aproximação inicial, iniciei a coleta do material através dos demais instrumentos, a transcrição das fitas e a categorização do material.

Numa primeira etapa, separei os dados atendendo ao objetivo de *conhecer as racionalidades que subjazem às experiências de planejamento participativo e às práticas de saúde comunitária*. Para isto, analisei todo o material coletado utilizando as categorias que havia estabelecido *a priori*.

Estas categorias foram: *conceito de saúde, conceito de saúde comunitária, prática de saúde, conceito de participação, conceito de planejamento participativo, prática de planejamento participativo, contexto da prática de saúde*. Na definição das mesmas considerei a natureza dos fenômenos em foco, os objetivos do estudo - conhecer as racionalidades - e estudos já realizados na interface Saúde/Ciência Social, nos temas sobre “processo saúde/doença”, “Atenção Primária à Saúde”, “planejamento em saúde” e “participação”.

Separei o material em dois grandes blocos: um dos *profissionais de saúde*, outro dos *usuários* dos serviços em questão. Os dados ficaram organizados nas categorias estabelecidas *a priori* e, dentro destas, foram classificados segundo subcategorias. Desse modo, a análise do material empírico

obtido nas duas realidades foi sistematizada e organizada em quadros comparativos.

Na categoria *conceito de saúde*, considerei as seguintes subcategorias: ausência de doença, bem-estar ligado a condições de vida, direito de cidadania, higiene e prevenção, valor importante.

A categoria *conceito de saúde comunitária* gerou as seguintes subcategorias: prática orientada pelo planejamento estratégico, prática baseada no diálogo entre técnicos e comunidade, atenção preventiva, orientação para a saúde, prática humana.

Na categoria *prática de saúde*, apareceram as subcategorias: o que mais valoriza no posto/policlínica, o que não gosta no posto/policlínica, o que o posto/policlínica faz, modelo de prática, preparo dos profissionais para o trabalho, relacionamento da equipe.

A categoria de *conceito de participação* gerou as seguintes subcategorias: atitude ativa para resolver problemas, conquista de espaço de cidadania, fazer baseado no diálogo, colaborar com os técnicos, poder opinar e decidir, informação e crescimento pessoal.

Outra categoria empregada na análise dos dados empíricos foi a de *conceito de planejamento participativo*. Nela, considerei as seguintes subcategorias: processo de tomada de decisão baseado na interação, trabalho em parceria com a comunidade para resolver problemas, colaboração no posto/policlínica, escutar a comunidade.

Na categoria *prática de planejamento participativo* estabeleci as subcategorias: vivência pessoal do planejamento participativo, dificuldades no planejamento participativo, como superar as dificuldades no planejamento participativo.

A categoria *contexto da prática de saúde* gerou as seguintes subcategorias: contexto geral (político-econômico), contexto do setor Saúde (políticas de saúde).

A interpretação, a explicação e a compreensão - que procurei realizar através de um movimento único - na verdade permearam todo o desenvolvimento do estudo, mas se deram de modo mais específico a partir da sistematização da análise, isto é, da categorização e das descrições e quadros que elaborei.

Desse modo, busquei refletir sobre as práticas de saúde e os processos educativo-participativos em questão, comparativamente, identificando as suas contradições, se confirmavam ou não a fundamentação teórica do estudo, em que aspectos isto se dava, as suas semelhanças básicas, suas particularidades e diferenças, e as relações entre essas semelhanças e diferenças com os contextos das sociedades brasileira e uruguaia, do bloco Mercosul-Conesul e da globalização.

Este processo se constituiu na construção do *concreto lógico*, onde tentei elaborar uma síntese comparativa, destacando as contradições, as relações das mesmas com o movimento e desenvolvimento dos fenômenos e apontando as suas limitações e possibilidades de mudança.

Alguns resultados deste processo de investigação já foram apresentados de forma provisória às equipes envolvidas no estudo com o objetivo de oferecer - ao longo do processo de investigação - uma contribuição ao desenvolvimento das experiências de planejamento participativo e às práticas de saúde que se dão no cotidiano destes serviços.

Pretendo apresentar esta dissertação nos diferentes espaços vinculados imediatamente com o estudo: as equipes de saúde comunitária, em Porto Alegre e Montevideu, o Grupo de Saúde da UDP e as instituições envolvidas nas duas

realidades, para que o trabalho possa ser problematizado e assim contribuir na qualificação das experiências que estudei.

3. EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA **EM DUAS REALIDADES DO MERCOSUL/CONESUL**

3.1 A comunidade Divina Providência e o Serviço de Saúde Comunitária: a conquista do posto de saúde

A *Unidade Divina Providência* (UDP) é um dos doze postos de saúde que constituem o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital N.S. da Conceição (HNSC), em Porto Alegre, Brasil. Neste posto de saúde, localizado na Vila Jardim, zona leste da cidade, venho exercendo minhas atividades profissionais desde o ano de 1989. Também conhecido como o posto do “Valão”, devido à existência de um deles na comunidade, foi instalado no ano de 1986, atendendo às reivindicações da comunidade local, isto é, dos moradores da área correspondente à Associação de Moradores Divina Providência, que abrange uma parte da Vila Jardim.

Desde a época da reivindicação do posto já tinha a comunidade uma certa clareza sobre o modelo de atendimento que desejava: um atendimento “humanizado, no qual os médicos ‘olhem’ para os pacientes ao atender no consultório”, como ressalta uma das lideranças que participou do movimento pela reivindicação do posto. Baseado nos princípios preconizados pelo SSC, teria início nesta época o processo de organização do trabalho da equipe para atender à comunidade.

O *Serviço de Saúde Comunitária*, ao qual está vinculada a UDP, tem uma proposta de atuação que prevê o trabalho das equipes de saúde com populações de áreas geograficamente delimitadas, no espaço da cidade de Porto Alegre. Iniciou suas atividades em 1983, com a implantação da primeira Unidade de Saúde, localizada no HNSC, sendo nesta época fortemente influenciado pelo

modelo de Atenção Primária inglês¹⁴ e recebendo o nome de *Medicina de Família*. Dois objetivos principais existiam nesta ocasião: atender às necessidades de saúde dos moradores da área próxima ao hospital e adequar-se à solicitação da Comissão Nacional de Residência Médica para credenciar um Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária¹⁵.

A emergência de diversos movimentos nacionais no campo da saúde e saúde comunitária iriam começar a influenciar o “pensamento” neste Serviço, principalmente o Movimento Sanitário Brasileiro, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e os 1º e 2º Congressos Nacionais de Medicina Geral Comunitária. Também a preocupação dos profissionais em romper com o conceito mais restrito de Medicina de Família e em satisfazer as necessidades das comunidades, famílias e indivíduos influenciariam as práticas desenvolvidas.

Todos estes movimentos se refletiram na mudança do nome do Serviço para *Serviço de Saúde Comunitária* em 1989. A partir desse momento começaria a consolidar-se a incorporação nas equipes de saúde de profissionais de diferentes áreas.

A expansão do Serviço, hoje com doze postos, deu-se a partir das solicitações de comunidades vizinhas e também pelo interesse da instituição em ampliar o número de pessoas atendidas em nível primário de atenção, a fim de desafogar a demanda aos ambulatórios do hospital.

A Divisão de Saúde Comunitária (DSC), além das doze Unidades situadas nas zonas norte e leste de Porto Alegre, conta com uma área de internação de 32 leitos e atende a uma população de aproximadamente 120.000 pessoas, distribuídas em comunidades que, em sua maioria, se caracterizam por

¹⁴ STARFIELD, B. *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. Oxford: University Press, 1992. p.

¹⁵ HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO. Divisão de Saúde Comunitária. **Breve histórico e apresentação da Divisão de Saúde Comunitária**. Porto Alegre, 1995.

apresentarem baixa renda familiar, baixa escolaridade, carência social e difícil acesso a serviços de saúde¹⁶.

A Divisão atua em três perspectivas: atenção à saúde, formação de recursos humanos e assessoria a municípios. Defende os mesmos princípios da Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: integralidade das ações, equidade, gestão participativa, ações descentralizadas, autonomia gerencial, hierarquização dos níveis de atenção, universalidade do atendimento (nas áreas adstritas), atuação em equipes multi-profissionais e avaliação permanente das ações de saúde desenvolvidas¹⁷.

Acrescentam-se aos princípios do SUS mais alguns que caracterizam o Serviço de modo específico, tais como: respeito às práticas e valores culturais da população, lançando mão de instrumentos para conhecê-las; atenção continuada às famílias cadastradas; registro sistemático das atividades realizadas; desenvolvimento de ações nos diferentes níveis de complexidade - primário e secundário; intervenção no plano individual e coletivo e desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção. As equipes de saúde realizam consultas programadas, "atendimentos do dia", visitas domiciliares, organizam grupos de auto-ajuda, desenvolvem atividades educativas e promovem mobilização comunitária¹⁸.

O SSC possui atualmente 188 profissionais distribuídos entre as doze equipes de saúde, sendo os médicos gerais comunitários a categoria profissional mais numerosa, 52 ao todo. Além destes, existem outros profissionais: 6 médicos internistas, 9 dentistas, 7 psicólogas, 11 enfermeiras, 7 assistentes sociais, 44 auxiliares de enfermagem, 28 auxiliares administrativos, 14 agentes de saúde, 2 terapeutas ocupacionais e 6 técnicos de odontologia¹⁹.

¹⁶ ibid.

¹⁷ ibid.

¹⁸ ibid.

¹⁹ ibid.

A equipe da *Unidade Divina Providência*, a fim de dar início à organização de seu trabalho, realizou em 1986 um “diagnóstico de comunidade”²⁰, visando conhecer o perfil sócio-demográfico e de saúde da população. Os resultados deste estudo inicial - e de outros posteriormente realizados - evidenciaram que a população da área de abrangência desta Unidade - cerca de 6000 pessoas - apresentava uma realidade não muito diferente daquela da maioria das populações de periferia urbana no país.

A distribuição etária da população mostrou que 11% eram menores de 5 anos, que as mulheres em idade fértil representavam 23 % da população e os idosos, apenas 6%, sendo portanto uma população predominantemente jovem²¹.

No que se refere à ocupação e renda, o estudo mostrou que 28% dos trabalhadores eram não-qualificados e a renda familiar média, de 3,7 SM, mas a metade das famílias recebia menos de 3 salários mensalmente²².

Foi também pesquisado o tipo de moradia das famílias desta comunidade. 4% eram malocas, em 25% das famílias dormiam mais de três pessoas no mesmo quarto e 17% dos domicílios não tinham água encanada dentro de casa²³.

Quanto a dados de morbidade, chama a atenção que, de todos os nascidos vivos, 14% tinham baixo peso ao nascer; que a incidência de alcoolismo era de 10% e 13% da população adulta sofria de hipertensão²⁴.

Os dados de escolaridade evidenciaram um índice de analfabetismo de 10% e que 33% das mulheres haviam estudado menos do que 5 anos²⁵.

²⁰ Estudo que visava conhecer o perfil sócio-epidemiológico das populações das áreas de atuação dos postos para definir prioridades e organizar a atenção à saúde.

²¹ TAKEDA, Sílvia. **Avaliação de unidade de atenção primária: modificações dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. SSC. Porto Alegre. 1993. Dissertação de mestrado em epidemiologia - UFPel/RS

²² *ibid.*

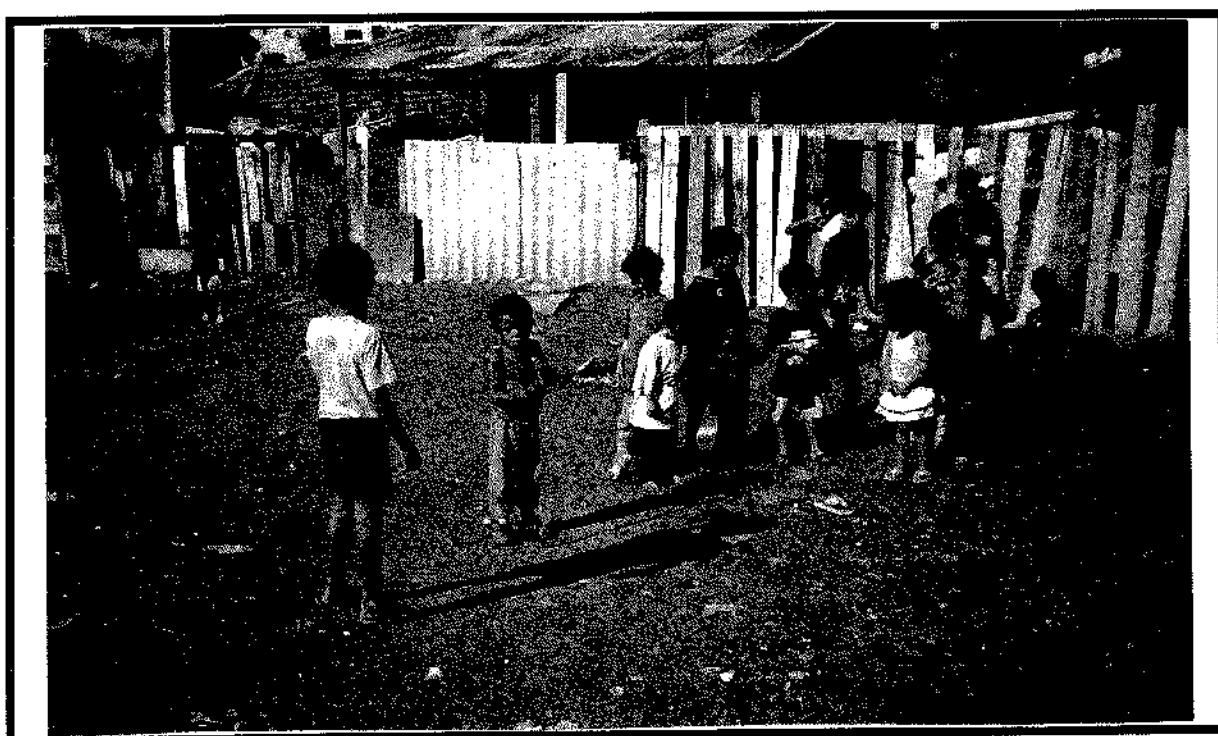
²³ *ibid.*

²⁴ *ibid.*

²⁵ *ibid.*

Para esta área da cidade, a Vila Jardim, a taxa de mortalidade infantil em 1997 foi de 22/1000, enquanto na cidade de Porto Alegre como um todo foi de 15/1000. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil em 1996 foi de 37/1000²⁶.

Este quadro reflete uma realidade de saúde e de vida que se apresenta na maioria dos países latino-americanos: a população reúne, a um só tempo, as ditas “doenças da pobreza” a as “doenças do mundo desenvolvido”.



3.2 As comunidades San Vicente e Los Angeles e a prefeitura municipal de Montevideu: construindo um projeto de saúde comunitária

A política institucional da *prefeitura municipal de Montevideu*, no marco da saúde, é a aplicação plena da Atenção Primária à Saúde em todas as suas policlínicas. Na perspectiva de implantação deste modelo na rede municipal – e vindo ao encontro das reivindicações da comunidade local - foi criado um

²⁶ PRA-SABER: Informações de interesse à saúde (Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância à Saúde. Equipe de Informação em Saúde). Porto Alegre, RS: CEDIS, v3. n.1, jul. 1998.

projeto piloto de saúde comunitária, em maio de 1996. Estas duas Policlínicas - San Vicente e Los Ángeles - pertencem às comunidades onde estão inseridas, localizadas numa das zonas mais marginalizadas da capital uruguaia e caracterizadas por terem uma longa história de participação comunitária.

Em Montevideu, o trabalho das equipes de saúde das duas Policlínicas - San Vicente (PSV) e Los Angeles (PLA) - que integram o projeto de saúde comunitária, iniciou também pela realização de um “diagnóstico de comunidade” que incluiu sua delimitação geográfica, conformação econômica, cultural e social, a identificação de sua história, a situação atual no que se referia a organizações e instituições que atuavam na área e os processos organizativos que aconteceram até o momento da chegada das equipes de saúde nestas comunidades²⁷.

A PSV atua numa área geográfica delimitada que inclui as comunidades de San Vicente, Santa Maria e La Palmera, integrantes da “Obra Padre Cacho” e a PLA tem como área de abrangência todo o bairro Municipal. A partir deste estudo preliminar, do qual participaram moradores e lideranças das comunidades - os “vecinos” como costumam ser chamados - e os profissionais de saúde, as duas equipes procuraram dialogar e sensibilizar outros moradores nos temas detectados como necessidades sentidas pela população ou identificados pela equipe de saúde, a fim de que pudessem atuar como multiplicadores das propostas de trabalho, sempre baseadas na integralidade da atenção à saúde, no estímulo à autoestima das pessoas e na valorização da comunidade²⁸.

As duas comunidades atendidas por este projeto de saúde comunitária fazem parte do cordão de pobreza que circunda a cidade de Montevideu, fenômeno que até pouco tempo atrás não existia no país.

²⁷ Este “diagnóstico de saúde” não se encontrava sistematizado em seus resultados no momento da coleta de dados em Montevideu, por isso não foi possível ter acesso a ele.

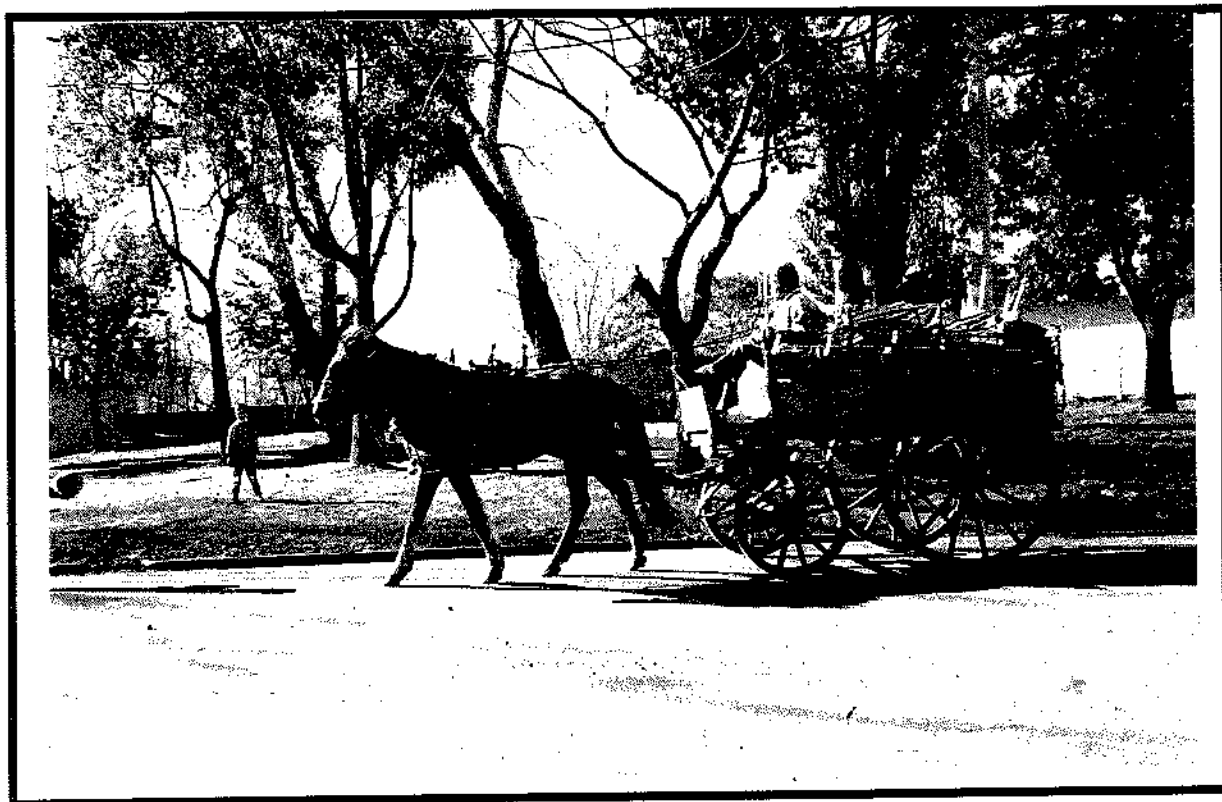
²⁸ INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. Programa de salud comunitaria. Aprendiendo a pensar nuestra salud. Alicia Sosa Abella. Montevideo, 1996.

Um informe do Ministério de Salud Pública (MSP) refere que cerca de 38% da população desta zona tem suas necessidades básicas insatisfeitas e vive abaixo do nível de pobreza. A falta de dados precisos, entretanto, impede de determinar taxas a nível local para as comunidades San Vicente e Los Angeles.

A mortalidade infantil no ano de 1996 para toda esta zona foi de 54/1000, quando a taxa média para a cidade de Montevideu era de cerca de 17/1000, igual à do Uruguai como um todo. Da mesma forma que a comunidade Divina Providência, em Porto Alegre, os moradores desta região de Montevideu constituem uma população majoritariamente jovem.

A eliminação de dejetos das moradias nestas comunidades é geralmente inadequada e muitas vezes realizada diretamente nas correntes de água próximas aos domicílios. Não existe água potável em todas as casas, embora todas contem com um ponto de água tratada nas proximidades. A instalação de luz é irregular na maioria das moradias e os “ranchos” (malocas) nos assentamentos da zona são construídos de chapas de metal, em sua maioria, ou blocos com teto de chapas ou madeira. Seus pisos, são geralmente de terra²⁹.

²⁹ Ibid.



Embora as pessoas que cheguem a esta área venham do interior do país em busca de melhores condições de vida, a população que aí se localiza tem um alto nível de desemprego e subocupação, sendo as atividades mais frequentes a classificação de resíduos, o trabalho doméstico e operários da construção. Em relação à educação, 8% dos moradores da região nunca foram à escola e 34% só chegou ao 4o. ano escolar, embora o ensino básico (educação secundária completa) seja obrigatório no país.

As duas realidades em estudo: semelhanças e diferenças.

O quadro que segue apresenta alguns aspectos - já referidos anteriormente no texto - que caracterizam as comunidades atendidas pelos postos de saúde comunitária.

COMUNIDADES ATENDIDAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA

UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA. Porto Alegre. Brasil	POL S. VICENTE E LOS ANGELES Montevideu. Uruguai
População urbana e jovem	População urbana e jovem
Metade das famílias tem renda < 3SM; Alguns grupos tem renda < ISM Altos níveis de desemprego e subocupação	38% da população vive abaixo do nível de pobreza. Altos níveis de desemprego e subocupação.
10% de analfabetismo 33% com escolaridade < 5 anos	8% de analfabetismo 34% com escolaridade < 5 anos
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade infantil: Vila Jardim – 23/1000 (1997) Porto Alegre – 15/1000 (1997) Brasil – 37/1000 (1996) • Drogadicção, alcoolismo, hipertensão, SIDA, violência • Falta de saneamento básico • Moradias irregulares • Destino inadequado do lixo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade infantil: área de SV e LA: 54/1000 (1996) Montevideu: 17/1000 (1998) Uruguai: 17/1000 (1998) • Zoonoses, drogadicção, alcoolismo, SIDA, violência • Falta de saneamento básico • Moradias irregulares • Destino inadequado do lixo

3.3 Experiências de saúde comunitária nas duas realidades: os processos de construção das práticas de saúde

A equipe da *Unidade Divina Providência*, originalmente centrada na figura do médico geral comunitário, na dinâmica de sua relação com a comunidade e com a instituição, aos poucos começaria a incorporar outros profissionais, sendo hoje uma das equipes mais completas em termos de áreas profissionais.

Atualmente nossa equipe está constituída por quatro médicos gerais comunitários, três residentes em Medicina Geral Comunitária, dois estagiários/medicina, uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, duas dentistas, duas técnicas de odontologia, uma psicóloga, uma estagiária/psicologia, uma assistente social, uma auxiliar administrativa, uma estagiária/auxiliar administrativo e uma auxiliar de serviços gerais. Esta equipe tem como norte para o desenvolvimento de seu trabalho o paradigma da Atenção Primária à Saúde e os princípios tradicionalmente defendidos pelo Serviço de Saúde Comunitária.

Desde a implantação da Unidade Divina Providência, a equipe de saúde vem buscando implementar uma proposta de trabalho. Esta vem se delineando ao longo do tempo e representa, em meu modo de ver, o resultado de uma dialética entre os princípios da Atenção Primária à Saúde como paradigma de referência, a realidade institucional, a realidade da comunidade e a visão dos profissionais que integram a equipe. A intenção da equipe por certo é buscar a melhoria da realidade de saúde da população. Para isto, o planejamento tem sido um instrumento valioso, do qual a equipe vem tentando apropriar-se.

No ano de 1992 a equipe começaria a realizar movimentos no sentido de melhor capacitar-se para o planejamento e, em especial, para o trabalho com a população. O planejamento das ações desenvolvidas pelo posto incorporando a participação da população local passaria a ser encarado como uma estratégia

para qualificar nossa prática. Neste ano, a comunidade participaria pela primeira vez da definição de prioridades. Desde então temos procurado envolver a comunidade no planejamento, mas as dificuldades encontradas neste trabalho são muitas. Isto nos levaria a uma reflexão sobre a relação *planejamento/participação/educação em saúde*.

Entre 1993 e 1994 - a equipe continuaria a buscar a participação da comunidade na escolha de problemas prioritários, porém, ainda sem muita clareza teórico-metodológica.

Em 1995, com maior clareza, nos propusemos a discutir com a população os problemas da comunidade, as ações desenvolvidas pelo posto de saúde e foi escolhida uma prioridade para iniciar um trabalho conjunto. Com muita criatividade e a participação de todos foi chamada e preparada uma reunião onde a comunidade deveria participar. A este processo chamamos de *“Planetário - o planejamento comunitário”*.

Saímos com um carro de som pelas ruas da comunidade, convidando as pessoas para a reunião, ao som de um “pagode” que falava do planejamento do posto com a comunidade, cuja letra ilustramos a seguir:

Planejamento comunitário
É uma necessidade urgente
Posto e comunidade
Pensando em nossa gente

É um coração batendo forte
O pessoal todo contente
Modificando e participando
Prá vida melhorar

....

No planetário vamos ver
No planetário vamos dizer
O que a gente quer fazer
Buscando soluções³⁰

³⁰ RAUPP, Bárbara. *Momentos & perspectivas em saúde*. Planejamento participativo em saúde: a experiência do Valão. Porto Alegre, 1996. p.21-29.

Na preparação desta reunião houve ampla participação de todos os integrantes da equipe, divisão de tarefas, discussões, estudos, preparações. Ela foi organizada de forma que, num primeiro momento, através de várias técnicas participativas, a equipe apresentava e discutia aspectos de nosso trabalho e da realidade da comunidade e do Serviço e, num segundo momento, formavam-se grupos de trabalho para escolher problemas prioritários.

Houve algumas dificuldades no desenvolvimento da reunião que atribuímos à inexperiência da equipe. O instrumento utilizado na escolha de prioridades, excessivamente técnico, ao invés de facilitar, dificultou o processo. A escolha da prioridade acabou sendo feita através do voto. Mas as avaliações posteriores permitiram à equipe dar-se conta de que a questão do planejamento participativo estava intimamente vinculada com a educação em saúde e que uma melhor preparação para este trabalho era fundamental.

Na avaliação da equipe o *Planetário* representou o salto qualitativo na proposta de planejamento participativo da Unidade.



Apesar dos problemas, consideramos que houve um avanço: formou-se uma comissão de saúde com representantes da comunidade - pessoas que, na verdade, já vinham se envolvendo com o trabalho do posto de saúde há mais tempo. Neste grupo, que inicialmente não tinha muita clareza sobre o papel dos representantes da comunidade neste trabalho conjunto, algumas vezes manifestavam-se desconfianças e ambigüidades quanto ao interesse dos profissionais neste tipo de trabalho. Isto fica bem representado na fala de um de seus integrantes:

Eu não entendo pessoas que têm faculdade, médicos, que se propõe a trabalhar com nós aqui da comunidade, tá ... eu não sei, nunca teve médicos assim tão próximo da gente ... eu acho que as pessoas que se chegam mais dos pequenos é para se aproveitar ...

Quando questionado em suas dúvidas pelos demais companheiros, entretanto, ele complementa:

Eu acho que isso é muito bom!

No ano de 1996, procuramos dar continuidade ao processo de planejamento participativo. Desta vez adotando uma perspectiva de *planejamento por territórios*.

Esta estratégia de planejamento, fundamentada no conceito de equidade em saúde³¹, baseia-se na compreensão de que a comunidade não é um todo homogêneo mas que, pelo contrário, possui heterogeneidades e diferenças importantes entre grupos populacionais e indivíduos no que se refere às

³¹ **Equidade em saúde** será entendida neste trabalho no sentido que lhe dá BERLINGUER (1994): "Falarei de equidade, em vez de igualdade, também em oposição a uma interpretação niveladora que passa por alto o significado positivo da diferença. (...) pensando, por um lado, no valor intrínseco e irrepetível (...) de cada pessoa e, por outro, na importância de medidas capazes de remover os obstáculos que se opõem ao bem-estar (entendido como estar bem): aqueles e só aqueles que não podem ser superados com a vontade e os comportamentos pessoais". BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994. p. 70.

condições de vida e de saúde, às experiências de participação, vivências, percepção, costumes e linguagem com que expressam suas vivências.

Este enfoque de planejamento nos pareceu interessante também por favorecer uma visão da realidade de modo mais integral, o que poderia facilitar a superação da histórica fragmentação da prática de saúde e a sua freqüente abstração em relação ao cotidiano dos indivíduos, das famílias e dos grupos. Nesta perspectiva de trabalho, a equipe de saúde teria maiores possibilidades de perceber os grupos populacionais em sua dinâmica relação com a realidade onde estão inseridos.

Ficaram definidas quatro áreas da comunidade como *territórios de risco*, e, portanto, prioritárias para o trabalho da equipe. A comissão de saúde também participou neste processo, trazendo o aporte de seu conhecimento sobre a realidade da comunidade. Para a definição dos territórios de risco nos baseamos, além do conhecimento empírico das diferentes realidades da comunidade, em dados de natureza sócio-demográfica, nos diagnósticos de saúde já realizados e em avaliações de programas e trabalhos já desenvolvidos pela equipe. Territórios de risco seriam considerados aqueles locais da comunidade onde vivem grupos populacionais que, por apresentarem situações de vida e de trabalho mais precárias, teriam maior probabilidade de sofrerem agravos à saúde³².

Ao iniciar o trabalho com os moradores desses locais percebemos o quanto era difícil incorporar a participação da comissão de saúde nos territórios de risco. Talvez por não serem moradores desses locais e ainda não reconhecidos como representantes da comunidade junto ao posto, não estavam sendo bem aceitos pelos moradores dos territórios de risco, o que dificultava a sua participação.

³² HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Unidade Divina Providência. **Trabalhando em microáreas de risco à saúde. 1996-1998.** Texto elaborado pela equipe de saúde da UDP. No prelo.

Assim, a partir daí, o trabalho com esta comissão passou a restringir-se às questões mais gerais do posto e da comunidade como um todo. Nos territórios de risco somente a equipe atuaria, buscando a participação dos moradores desses locais.

O trabalho com a comissão de saúde, entretanto, acabou evoluindo para a constituição do “*Conselho Gestor*” do posto. Esta proposta atendia, além do interesse da equipe e deste grupo de pessoas em um trabalho conjunto, também a um dos princípios do SUS, o controle social.

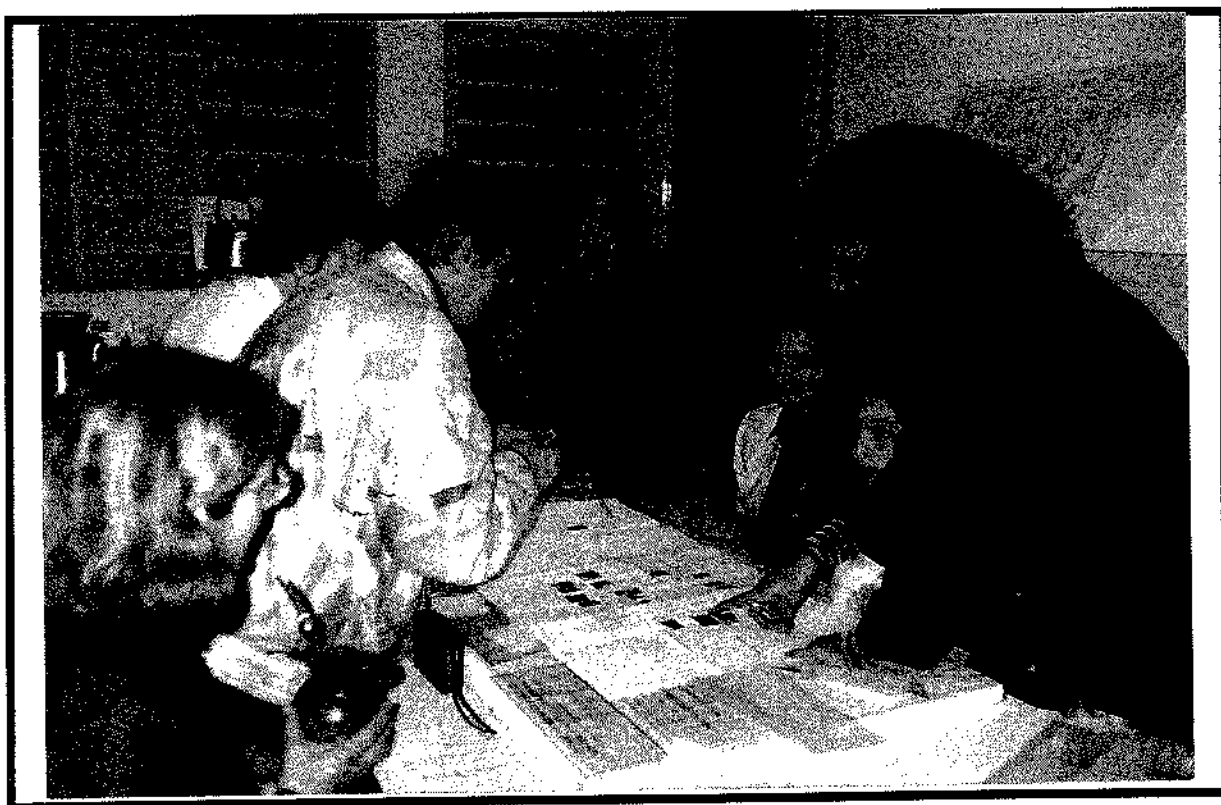
Para a constituição deste Conselho - que decidimos chamar de “*Grupo de Saúde*” para que fosse melhor entendido pela comunidade - preparamos, no final do ano de 1997, uma nova reunião aberta a toda a comunidade. Houve uma participação numericamente importante, se considerados os parâmetros desta comunidade nas questões da saúde: compareceram 80 pessoas. Os moradores dos territórios de risco, pela primeira vez, estavam representados e isso se deu provavelmente como fruto do maior vínculo construído pela equipe através do trabalho nos territórios. Também outros locais da comunidade tiveram representantes.

Nossa intenção era formar um Grupo de Saúde com representantes da comunidade em geral e também dos territórios de risco. Esta forma de constituição do Grupo estava relacionada com as características do planejamento no posto - já que uma das principais “funções” do Grupo de Saúde seria participar do planejamento. Em função disso, deveria ter representantes tanto dos territórios de risco quanto da comunidade em geral.

A reunião foi bem sucedida e dela saíram 18 representantes para formar o Grupo de Saúde. Nas primeiras reuniões, vieram todos. Logo em seguida, as coisas começaram a mudar. Os representantes dos territórios de risco aos poucos foram deixando de comparecer às reuniões. Hoje, permanecem no grupo principalmente os representantes da comunidade em geral.

A equipe percebeu, assim, que deveria começar a pensar a questão da participação da comunidade no posto de saúde através de duas formas complementares: uma, no Grupo de Saúde, outra, nos territórios de risco. E que deveria buscar formas de articular estes dois processos participativos heterogêneos.

De um modo ou de outro, todos os profissionais da equipe até hoje se envolvem no trabalho com a população. No Grupo de Saúde participam a chefia do posto e mais um ou dois profissionais como representantes da equipe.



No planejamento por territórios, dividimos a equipe em quatro grupos de trabalho, um para cada território. Os grupos foram constituídos de modo a garantir a “multiprofissionalidade”. Assim, por exemplo, trabalham juntos o médico, a dentista, a psicóloga, a auxiliar de enfermagem. Ou o médico, a enfermeira, a técnica de odontologia e a auxiliar de enfermagem. A intenção é desencadear e promover um processo de trabalho interdisciplinar.

Apesar das dificuldades encontradas, fruto de nossa formação acadêmica e prática de saúde fragmentada e especializada, podemos considerar que houve avanços, pelo menos quanto a um maior respeito aos saberes de todos os membros da equipe, o que representa um grande aprendizado para a maioria dos profissionais. As falas de alguns membros da equipe, ao serem questionados sobre o significado da experiência com o planejamento participativo, ilustram esta afirmação:

É uma das atividades mais interessantes e mais difíceis também. Estamos aprendendo juntos (Assistente social, chefe do posto).

Acho muito bom que isto esteja acontecendo, mas ainda está no começo (dentista).



A busca da participação da população local, como podemos constatar, não tem sido um processo fácil e muito menos rápido. Às vezes, é difícil perceber as mudanças e o trabalho vai em “altos e baixos”. Esta comunidade, provavelmente pela extrema carência a que está submetida ou pela vivência de situações marcadas pelo autoritarismo, oferece poucas respostas favoráveis às

para lidar com a realidade em que nos encontramos - podemos ir aprendendo e ao mesmo tempo, despertando o interesse nos colegas e na população por aprender; pensar que é possível trabalhar em saúde de modo mais crítico, criativo e, principalmente, desenvolver um trabalho no qual a afetividade entre os colegas e entre nós e a população pode e deve ser incorporada, me faz sentir que este esforço coletivo vale a pena!



Desde a implantação das *Policlínicas Comunitárias San Vicente e Los Angeles*, na cidade de Montevideu, as equipes de saúde vêm buscando implementar uma proposta de trabalho - também orientada no paradigma da Atenção Primária à Saúde - baseada fundamentalmente em ações de promoção de saúde e prevenção com grupos populacionais prioritários, além da atenção a patologias. Um dia na semana as policlínicas fecham as portas ao atendimento externo e realizam várias atividades educativas e trabalhos com a comunidade.



A atenção oferecida, sempre com ênfase na promoção da saúde, educação e participação comunitária, se constitui de: a) controle da criança sadia, priorizando o primeiro ano de vida; b) controle de gravidez de baixo risco, priorizando amamentação materna; c) imunizações; d) encaminhamento a serviço de referência para exames periódicos preventivos de câncer ginecológico; e) encaminhamento para serviço de referência para anticoncepção; f) atendimento de patologias crônicas do adulto³³.

Apesar de inicialmente não ter sido bem compreendida e aceita pela comunidade esta proposta de trabalho, os profissionais e as lideranças comunitárias relatam que atualmente existe bastante satisfação por parte da maioria das pessoas com esta proposta de atenção à saúde. A fala de um dos líderes comunitários que vem atuando junto às equipes desde a implantação da Policlínica Los Angeles, reflete seu entendimento de que esta proposta de trabalho é um processo que deve ser promovido entre a comunidade:

³³ cf. nota 28.

A experiência de trabalho conjunto parece ser bastante significativa também para as pessoas da comunidade que dela participam. A fala de J., usuária de uma das policlínicas comunitárias de Montevidéu é ilustrativa:

(...) yo creo que esta experiencia es doblemente enriquecedora, no? Tanto para los médicos que vienen (...) Para los vecinos también es una opción diferente (...) el trabajo comunitario va demostrando que, cuando las cosas se hacen entre muchos se pueden hacer.



A equipe da **Policlínica Los Ángeles** está constituída por um médico estagiário por um ano, um estagiário de 8o. ano de medicina por três meses, três estagiários de medicina de 6o. ano, também por três meses (que não atendem pacientes), uma estagiária de odontologia por um ano, além de seis “vecinas” que realizaram um curso de Agente Comunitário de Saúde e participam da Comissão de Saúde, do “Consejo Vecinal” ou da “Comisión Profomento” do bairro³⁷.

³⁷ cf. nota 28

... las personas estan muy conformes con el trabajo que se está realizando. No tenemos recibido ninguna queja. No es facil cambiar la mentalidad. Es un proceso, los procesos no pueden ser apresurados.

A equipe da *Policlínica San Vicente* está integrada por uma médica estagiária por um ano, uma estagiária de 8o. ano de medicina por três meses e duas “vecinas” que, da mesma forma que em Los Angeles, são Agentes Comunitárias de Saúde. O trabalho das duas policlínicas é coordenado por uma médica geral comunitária que realizou sua formação no Programa de Residência do Serviço de Saúde Comunitária em Porto Alegre. Além da coordenação, esta profissional atua como médica nas duas policlínicas³⁴.

A participação das populações locais nesses serviços de saúde vem se dando desde a delimitação da área de abrangência dos postos de saúde, nos “diagnósticos” realizados, na capacitação de agentes comunitários de saúde e em trabalhos educativos nas escolas da região, em creches, em atividades de sala de espera, em unidades móveis de saúde, nas oficinas com mulheres adolescentes e atividades de saúde bucal. Um dos principais objetivos da proposta é a formação e a integração de agentes comunitários de saúde nas equipes³⁵.

Segundo avaliação da coordenadora do projeto, no entanto, esta é uma das principais dificuldades encontradas, pois “... en un país con escasa trayectoria participativa en salud, como es el caso del Uruguay, donde el médico todavía es una autoridad quasi indiscutible, resulta difícil incorporar otros técnicos y sobretudo personas de la comunidad, con la intención de realizar un trabajo interdisciplinar”. Ela ressalta, porém, que a proposta de trabalho se baseia na continuidade a ser dada ao trabalho comunitário, na sólida formação técnica dos

³⁴ ibid.

³⁵ ibid.

integrantes da equipe e em uma postura que aposte no diálogo com as pessoas, sempre enfocando a atenção com um conceito integral de saúde³⁶.

³⁶ *ibid.*

O quadro que segue apresenta uma comparação entre as equipes de saúde nas duas realidades.

EQUIPES DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE E MONTEVIDÉU

UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA SSC - Porto Alegre - Brasil	POLICLÍNICAS COMUNITÁRIAS Prefeitura de Montevideu - Uruguai
Profissionais contratados pela instituição: Médicos gerais comunitários: 4 Enfermeiras: 1 Auxiliares de enfermagem: 4 Odontólogos: 2 Técnicos de odontologia: 2 Psicólogos: 1 Assistentes sociais: 1 Auxiliares administrativos: 1 Auxiliares de limpeza: 1	LOS ANGELES Profissionais contratados pela Instituição: Médicos gerais comunitários: 1 (coord. do programa) Estagiários: Médicos: 1 Estudantes de 6º ano de medicina: 3 Estudantes de 8º ano de medicina: 1 Estudantes de odontologia: 1
Profissionais contratados pela instituição: Médicos gerais comunitários: 1 (coordenadora do programa) Estagiários: Médicos: 1 Estudantes de 6º ano de medicina: 0 Estudantes de 8º ano de medicina: 1	SAN VICENTE Profissionais contratados pela Instituição: Médicos gerais comunitários: 1 (coordenadora do programa) Estagiários: Médicos: 1 Estudantes de 6º ano de medicina: 0 Estudantes de 8º ano de medicina: 1
Profissionais em formação e estagiários: Residentes em MGC: 4 Estagiários de 6º ano de medicina: 3 Estagiários de psicologia: 1 Estagiária de auxiliar administrativo: 1	Agentes comunitários: 6
Agentes comunitários: 2	

Compreender comparativamente as experiências de planejamento participativo na Unidade Divina Providência e nas Policlínicas San Vicente e Los Angeles, em suas particularidades e semelhanças, exigiria, em meu modo de ver, uma aproximação inicial ao contexto mais imediato onde cada uma delas se situa, especialmente no que se refere aos espaços de participação em saúde que se definem numa e noutra realidade.

O *Serviço de Saúde Comunitária* - e, portanto, a *Unidade Divina Providência*, por sua vinculação ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - integram o Sistema Único de Saúde.

O SUS prevê o controle social nas políticas de saúde através dos Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, integrados por representantes do governo municipal, dos serviços de saúde e da população. A Unidade Divina Providência faz parte do Conselho Local de Saúde 7.

A cidade de Porto Alegre, administrada nos últimos 10 anos pela coalizão de partidos de esquerda denominada Frente Popular, defende uma política municipal de saúde que se orienta pelos princípios do SUS. Assim, a prefeitura municipal vem realizando esforços que visam à implantação plena do SUS no âmbito municipal, o que significaria a municipalização de todos os serviços de saúde, em especial, a rede de atenção primária.

Grande parte dos serviços de saúde da cidade já são administrados pelo governo municipal. Porém, ainda não inclui o GHC.

Neste sentido, creio que se configuraria uma contradição: de um lado, a tendência de descentralização do sistema de saúde e os processos de municipalização; de outro, a situação concreta do SSC, em que se mantém a administração de um serviço básico de saúde nas mãos de uma instituição ligada ao nível federal do governo brasileiro. Muitos interesses envolvidos - que neste espaço não cabe analisar - parecem dificultar a resolução desta contradição.

As duas policlínicas do *projeto de saúde comunitária em Montevideu* atendem a comunidades que integram o “Centro Comunal Zonal 11”. Este Centro Comunal é um dos dezoito em que está dividido o Departamento³⁸ de Montevideu desde 1990.

A partir deste ano, assumiria o governo da capital uruguaia uma coalizão de partidos de esquerda, denominada “Frente Amplio”, trazendo uma proposta de descentralização que abarca as dimensões administrativa, social e política, na intenção de promover um aprofundamento da democratização do Estado.

Em cada uma destas 18 zonas está instalado um “Centro Comunal Zonal”, os quais vêm progressivamente desenvolvendo o vínculo com as organizações sociais e os moradores da zona. A partir das propostas das forças políticas e de eleições realizadas pelos moradores, se instalariam, em dezembro de 1993, as “Juntas Locales”, como órgãos locais de caráter político e os “Consejos Vecinales”, como órgãos locais de participação social³⁹.

Desta forma, em cada uma das dezoito zonas funciona uma “Junta Local” encarregada das decisões políticas vinculadas à programação, direção e controle dos planos zonais; um “Consejo Vecinal” com tarefas de apoio na identificação das necessidades e prioridades da zona e de controle e avaliação dos planos definidos; e um “Centro Comunal Zonal” que oferece serviços municipais desconcentrados a nível administrativo e de serviços⁴⁰.

As “Juntas Locales” têm sob sua órbita a decisão política e a gestão das políticas municipais locais definidas de acordo com os planos quinquenais, que são elaborados com a participação dos “Consejos de Vecinos” e organizações sociais, com o assessoramento de técnicos e profissionais. São órgãos executivos de integração colegiada e plural, integrados por representantes dos partidos

³⁸ A divisão político-administrativa no Uruguai se dá em “departamentos”. Seriam equivalentes a municípios, porém não existem estados, como no Brasil.

³⁹ INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. Departamento de descentralização. **Construyendo ciudadanías. Montevideo en Foro II. Montevideo:** Sacoltur, 1997. P. 7-24

⁴⁰ *ibid.* p. 7-24

políticos que têm representação na “Junta Departamental”, os quais são designados de acordo com a proposta de cada força política.⁴¹

A discussão da Saúde e a participação da população neste setor está situada, em Montevideu, no contexto deste processo de descentralização.

A comparação entre estas duas experiências de uma perspectiva crítica, necessita buscar a evidenciação das suas contradições, seus limites e possibilidades de mudança. Para tanto, penso ser fundamental refletir sobre as racionalidades que orientam as experiências de planejamento e de saúde comunitária em foco e sobre as racionalidades dos contextos em que as mesmas se inserem.

É este o desafio que me proponho a partir de agora.

⁴¹ ibid. p.7-24

4. PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA

LATINA:

DIFERENTES RACIONALIDADES

Neste capítulo procurarei discutir o planejamento em saúde na América Latina e suas diferentes correntes de pensamento - refletindo sobre a natureza das racionalidades que a elas subjazem - com a intenção de fundamentar teoricamente o conhecimento dos fenômenos em estudo.

Discutir planejamento em saúde na América Latina remete imediatamente a duas grandes correntes: o enfoque normativo e o enfoque estratégico.

Durante a década de 1960 se constituiria na América Latina uma metodologia de planejamento própria para o setor saúde que serviria como tecnologia para a direção das políticas do setor, na busca de uma maior efetividade das ações em torno dos problemas de saúde: o chamado método CENDES-OPS.

Este método de planejamento, de enfoque tipicamente normativo, nasceria dos esforços conjuntos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e do CENDES - instituição venezuelana de estudos e formação de recursos humanos que, na época, desenvolvia pesquisas e cursos na área de economia e de saúde.

Em contraposição a este enfoque normativo, surgiria depois o pensamento estratégico, desenvolvido em nosso continente principalmente por Mario Testa e Carlos Matus.

Segundo Merhy⁴², Testa critica a possibilidade de realizar um diagnóstico de uma realidade do ponto de vista sanitário sem que isto esteja vinculado com algum tipo de interesse, conforme era a pretensão do enfoque normativo. Ao

⁴² MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo (org.). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade.** São Paulo- RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p.136

procurar dar um conteúdo neutro e tecnicante a este campo, não se faria outra coisa que não imprimir ao planejamento em saúde uma perspectiva ideológica comprometida com o modo dominante e hegemônico com que o setor saúde se constitui nas sociedades capitalistas, vinculado ao interesse do capital em geral, de seus governos e dos grupos de interesses próprios do setor, tais como médicos, empresários da saúde e industriais de insumos e equipamentos do setor. O enfoque normativo em planificação é um enfoque técnico-econômico que lida com a realidade como uma problemática objetiva e neutral.

Rivera⁴³, ao analisar o enfoque normativo de planejamento social na América Latina, supõe que a relação que se estabelece entre o sujeito da planificação e a realidade planejada é uma relação típica do paradigma da consciência.

Um único sujeito - o Estado - instrumentaliza uma ação sobre um sistema social concebido de maneira objetual, em uma relação não-interativa. O que se está buscando neste enfoque é um caminho ótimo do ponto de vista da eficiência econômica para a obtenção de objetivos dados, definidos pelo sujeito da planificação.

Ao se referir ao planejamento estratégico, entretanto, o autor estabelece que este enfoque se constituiria como uma crítica ao enfoque normativo, já que este último seria um enfoque monológico, comportamental, economicista e suporia exclusivamente os fins do Estado - o sujeito da planificação. O enfoque estratégico, em contraposição ao normativo, realçaria a importância do elemento político-interativo.

A realidade planejada não pode ser considerada objetualmente: é uma realidade semi ou mal estruturada na medida em que inclui o projeto dos outros atores e na medida em que esses projetos representam fins valorativamente diferenciados, concepções de sociedade e criações imaginativas e ativas. O enfoque estratégico irá questionar a posição de externalidade que o enfoque normativo atribui ao Estado em sua relação com o sistema social, afirmando que esse sujeito também faz parte desse sistema, sendo condicionado por ele, isto é, o sujeito está em situação. Neste sentido o sistema planejado é um sistema criativo que interatua com o ator que planeja, o qual interpreta a situação e

⁴³ RIVERA, Francisco Javier Uribe Rivera. Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1995. p.51

formula suas intenções desde dentro de uma situação que o determina. Sujeito e objeto se entrelaçam ativamente. Ao ser um sistema interativo, ainda, o planejamento se abre à possibilidade de várias explicações, situações-objetivo e trajetórias, lidando com a incerteza.⁴⁴

Comparando as descrições desses dois enfoques de planejamento e os tipos de racionalidade descritos por Habermas em sua teoria da ação⁴⁵, seria possível identificar tanto o planejamento normativo quanto o estratégico à *racionalidade teleológica* em suas vertentes *instrumental e estratégica*.

Na intenção de desvendar as racionalidades inerentes às correntes de planejamento mais comumente utilizadas em saúde, refletir sobre as suas implicações na prática e buscar outras possibilidades teóricas que iluminem o conhecimento das experiências de planejamento participativo nas duas realidades do Mercosul/Conesul, passo a um incursão pela discussão habermasiana acerca da teoria da ação que, em meu entendimento, ilumina sobremaneira este pensar.

Antes, porém, de introduzir com maior profundidade esta teoria penso ser fundamental fazer algumas considerações gerais sobre a concepção de sociedade que adoto neste trabalho como referência contextual para as discussões nele realizadas.

Empregarei a visão de sociedade na perspectiva habermasiana, por acreditar que seria este o paradigma que melhor representaria as sociedades capitalistas no atual momento histórico.

A visão de *sociedade* construída por este teórico integra os paradigmas do *sistema* e do *mundo da vida*. Isto significaria ver a sociedade como uma totalidade onde interagiriam duas grandes esferas contraditórias que se interpenetram: o sistema e o mundo da vida. Seria, então, no contexto desta dialética permanente entre o mundo da vida - caracterizado pela *racionalidade*

⁴⁴ *ibid.* p.51

⁴⁵ HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus. 1987. p. 110-146.

comunicativa - e o sistema – onde predominaria a *racionalidade instrumental e estratégica* – que os fenômenos em estudo surgiriam e se desenvolveriam⁴⁶.

O mundo da vida, para Habermas⁴⁷ corresponderia ao horizonte de referências culturais, interpretações acumuladas ou recursos que permitiria aos sujeitos atuar comunicativamente e se entenderem. Estaria constituído pelas convicções de fundo, mais ou menos difusas, porém sempre aproblemáticas. Nele seria acumulado o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas. A linguagem, o diálogo e o entendimento seriam seus conceitos-chave. No mundo vital se dariam os processos de interação social e de socialização dos indivíduos.

O mundo da vida se constituiria por três estruturas simbólicas: cultura, sociedade e personalidade. Além desses três componentes simbólicos, deveria ser considerada a reprodução material do mundo da vida, que se realizaria através da ação teleológica, cuja lógica seria melhor captada pela perspectiva do sistema⁴⁸.

Habermas, não sendo um teórico do sistema, delineia este conceito a partir do conceito de mundo da vida, através de uma linha dialética. Assim, em casos normais seria possível explicar a reprodução simbólica do mundo vital a partir das forças comunicativas da ação social. Porém, em situações excepcionais ou de crise, o desmoronamento do mundo vital colocaria em cena o seu contrário, o sistema, onde atuariam as formas de integração sistêmica - com fins de conservação e manutenção do sistema - produzida pelos modos estratégicos de ordenar as conseqüências da ação⁴⁹.

Haveria dois subsistemas: um, representado pelo sistema econômico - onde os salários seriam trocados por prestações de trabalho e os bens e serviços

⁴⁶ ibid. p. 104.

⁴⁷ ibid. p.104.

⁴⁸ ibid.p.104

⁴⁹ SEIBENEICHLER, Flávio Beno. **Jurgen Habermas. Razão comunicativa e emancipação.** 3.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. p. 126-7

por procura dos consumidores. O outro subsistema, o administrativo, seria o espaço onde se trocariam prestações organizativas por impostos e decisões políticas por lealdade das massas⁵⁰.

A penetração da lógica sistêmica no mundo da vida explicaria, para Habermas, em grande medida, as patologias da sociedade moderna e estes fenômenos seriam entendidos por ele como a “colonização do mundo da vida pelo sistema”⁵¹.

A *sociedade*, da perspectiva habermasiana, seria então entendida como um complexo dialético, ao mesmo tempo mundo vital e mundo do sistema.

Depreendo destas considerações que as situações estratégicas e as situações comunicativas - e suas correspondentes racionalidades - estariam em interação permanente em todas as situações que envolvem ação e sujeitos, como, por exemplo, no planejamento participativo em saúde e nas práticas de saúde comunitária.

Passo agora a algumas reflexões baseadas na teoria da ação habermasiana com a perspectiva de construir um conceito de planejamento participativo em saúde que me possibilite a sua apreensão de uma perspectiva crítica.

4.1 Teoria da ação habermasiana: as diferentes racionalidades

Em primeiro lugar caberia definir o que entenderei por racionalidade. Adotarei a concepção habermasiana. Habermas considera que a racionalidade tenha menos que ver com o conhecimento ou com a aquisição de conhecimento do que com a forma com que os sujeitos capazes de linguagem e de ação fazem uso do conhecimento. A *racionalidade* de uma manifestação dependeria da confiabilidade do saber que encarnam. As manifestações poderiam se dar através de linguagem e de ação. Como *saber capaz de fundamentar a ação*, a

⁵⁰ RIVERA.Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 65

⁵¹ *ibid.*p.65

racionalidade encarnaria três tipos de saber, não completamente dissociados: o *teórico*, o *prático* e o *expressivo*⁵².

Um sólido estudo crítico da obra de Weber sobre a ação racional levaria Habermas a concluir que a racionalização das sociedades capitalistas ocidentais é um processo unilateral - devido ao predomínio *racionalidade cognitivo-instrumental* - e em consequência disso, este processo teria caráter parcial. Neste sentido propõe uma teoria crítica da modernidade capaz de resgatar as dimensões da racionalidade ainda não exploradas ou secundarizadas pela modernização capitalista, as suas dimensões *prático-moral* e *prático-estética*⁵³.

Weber considera basicamente duas formas de ação racional: a *ação racional com vistas a fins* e a *ação racional com vistas a valores*. O primeiro caso, o da racionalidade instrumental, se referiria a ações que cumprem condições de racionalidade no emprego dos meios para atingir fins pré-determinados. Isto significa que a racionalidade instrumental de uma ação se mediria pela eficácia na planificação dos meios para fins dados⁵⁴.

Por outro lado, as ações racionais com vistas a valores, segundo Weber, seriam aquelas que cumpririam as condições de racionalidade normativa e de dedução lógica de fins a partir de valores dados. A racionalidade deste tipo de ação seria então medida por sua força sistematizadora e unificante e pela capacidade de penetração que têm os padrões de valor e os princípios que subjazem às preferências de ação⁵⁵.

Habermas faz uma crítica ao ceticismo de Weber quanto à possibilidade de fundamentar racionalmente as questões valorativas. Weber acredita que as decisões de ordem valorativas seriam exclusivamente baseadas em critérios subjetivos e que a pluralidade de valores que se encontra na realidade não

⁵² HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. vol. I. Madrid: Taurus, 1987. p. 110-146

⁵³ *ibid.* p. 213-350

⁵⁴ *ibid.* p.233

⁵⁵ *ibid.* p.233

permitiria uma avaliação de natureza objetiva destas questões. Habermas não concorda com esta postura e defende, pelo contrário, uma fundamentação objetiva mesmo para as questões valorativas, baseada no uso de razões, argumentos e interpretação crítica⁵⁶.

Este decisionismo moral de Weber contribuiria também para o déficit de racionalidade que Habermas diagnostica nas sociedades modernas, o que inviabilizaria a regulação social das esferas das relações interpessoais. Considera Habermas que os conceitos de racionalidade de Weber situariam esta problemática de modo reduzido porque as colocaria apenas no plano das estruturas de consciência, ou seja, somente no plano da cultura e da personalidade⁵⁷.

A questão que me parece central aqui é que o subjetivismo cognitivo-instrumental da racionalidade normativa de Weber tem sido questionado por Habermas por representar uma ética dos fins últimos e não uma ética da responsabilidade. Assim, na concepção weberiana da ação racional com vistas a valores, para Habermas, os agentes absolutizariam as causas em que se empenham, o que implicaria não considerar as conseqüências sociais ou os efeitos que, para os outros e para si próprios, poderiam gerar determinadas intenções.

Rivera⁵⁸, analisando a obra de Habermas, conclui que a crítica habermasiana ao instrumentalismo de Weber se estende ao caráter de sua teoria da ação social, entendida como ação em situações interativas. Nesta teoria os outros atores seriam vistos como simples meios ou condições do ator principal: os “outros” deveriam ser induzidos a aceitar a compreensão de sentido ou a

⁵⁶ *ibid.* p.233.

⁵⁷ RIVERA. Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1995. p. 20.

⁵⁸ *ibid.* p. 21

intenção do ator principal ou seriam representados como meras expectativas de comportamento ou de condições da situação que precisariam ser sobrepujadas.

A reflexão proporcionada por este breve incurso teórico leva-me a supor que, no paradigma da ação instrumental as relações interpessoais passariam a ser concebidas como entidades pertencentes ao mundo objetivo, ao mundo das coisas, implicando, neste sentido, que as relações e interações entre as pessoas se coisificam. As ações excluiriam o diálogo em sua verdadeira concepção, negariam a possibilidade de obter consensos entre diferentes sujeitos interessados na planificação e, assim, eliminariam qualquer outro tipo de racionalidade que possa se contrapor ou acrescentar à racionalidade instrumental.

Habermas trata de construir uma base categorial para a teoria da ação racional que Weber passa por alto, tendo como ponto de partida a teoria dos atos de fala de Austin. Disto extrai uma taxonomia provisória da ação, classificando-a em ação instrumental, ação estratégica e ação comunicativa⁵⁹.

A uma *ação orientada ao êxito* denomina Habermas de *ação instrumental* quando considerada sob o aspecto da observância de regras de ação técnicas e avaliado o grau de eficácia da intervenção que representa esta ação no contexto de estados e sucessos; por outro lado, a uma ação orientada ao êxito chama de *ação estratégica*, quando a consideramos sob o aspecto de observância de regras de eleição racional e avaliamos o seu grau de influência sobre as decisões de um oponente racional. As ações instrumentais poderiam, assim, ser associadas a interações sociais e as ações estratégicas representariam, por elas mesmas, ações sociais⁶⁰.

Buscando superar as restrições da teoria da ação de Weber, Habermas apresenta o conceito de racionalidade comunicativa da ação. Fala em

⁵⁹ HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. vol. I. Madrid: Taurus, 1987. P. 366.

⁶⁰ *ibid.* p.367

racionalidade comunicativa quando os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito, mas perseguiriam seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam harmonizar-se entre si sobre a base de uma definição compartilhada da situação. Daí que a negociação de definições da situação seja um componente essencial da tarefa interpretativa que a ação comunicativa requer⁶¹.

Poderíamos, então, dizer que, em oposição às ações instrumentais e estratégicas, Habermas chama de *ação comunicativa* a toda aquela em que, ao elaborar seus planos de ação, os atores implicados não se coordenam através de um cálculo egocêntrico de resultados, se não mediante *atos de entendimento*. A ação comunicativa pressuporia um tipo de racionalidade que:

(...) possui conotações que, em última instância, remontam à experiência central da capacidade de unir sem coações e de gerar consenso que tem uma fala argumentativa em que diversos participantes superam a subjetividade inicial de seus respectivos pontos de vista e, graças a uma comunidade de convicções racionalmente motivada, se asseguram da unidade do mundo objetivo e da intersubjetividade do contexto em que desenvolvem suas vidas.⁶²

Rivera⁶³ ao analisar a teoria da ação habermasiana ressalta que este fala em *agir estratégico* na medida em que os atores estejam exclusivamente orientados para o sucesso, para as consequências de seu agir e tentam influir externamente por meio de armas ou bens, ameaças ou seduções, sobre a definição da situação ou sobre as decisões ou motivos de seus adversários. A isto corresponderia uma coordenação da ação por meio de um cálculo de ganhos egocêntricos. A cooperação e a estabilidade resultariam então dos interesses dos participantes.

⁶¹ *ibid.* p.367

⁶² *ibid.* p. 27

⁶³ RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 23-24

Em contrapartida, Habermas denominaria *agir comunicativo* quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e se dispõem a perseguir suas metas sob a condição obrigatória de um acordo existente ou da realização de negociação sobre a situação e as conseqüências dela esperadas⁶⁴.

Em ambos os casos, entretanto, a estrutura teleológica da ação seria pressuposta, uma vez que se atribuiria aos atores a capacidade de agir em vista de um objetivo e do interesse em executar seus planos de ação, definidos através de atos de entendimento.

Neste ponto penso ser possível fazer uma aproximação entre as categorias habermasianas de *agir estratégico* e *agir comunicativo* na análise da ação social e algumas categorias freireanas.

Paulo Freire fala de *ação dialógica* e *ação anti-dialógica*. Fala de ação anti-dialógica quando “as massas são objeto sobre que incide a ação da conquista”⁶⁵ ou quando, referindo-se aos técnicos de modo geral, “qualquer que seja a especialidade que tenham e que os ponha em relação com o povo, sua convicção quase inabalável é a de que lhes cabe ‘transferir’, ‘levar’, ou ‘entregar’ ao povo os seus conhecimentos, as suas técnicas”⁶⁶

Quando analiso mais detidamente meu cotidiano de trabalho e de outros serviços de saúde percebo que esta racionalidade teleológica está profundamente incorporada no fazer em saúde e que nossas ações são muitas vezes antidialógicas. Suponho que muitas das dificuldades que os profissionais de saúde vivenciam em seu trabalho - seja na interação nas equipes de saúde multidisciplinares, seja na relação com a população - estejam intimamente relacionadas com a racionalidade antidialógica, no sentido de Freire, ou com a racionalidade instrumental, no sentido habermasiano, que está incorporada ainda às nossas práticas de saúde.

⁶⁴ *ibid.*, p. 24

⁶⁵ FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 167.

⁶⁶ *ibid.*, p. 153.

Mesmo nos serviços de saúde comunitária a racionalidade instrumental ou estratégica parece estar bastante introjetada em nosso fazer, o que atribuo à nossa formação geral e profissional. Percebo, entretanto, que misturada a esta racionalidade antidialógica emerge, por vezes, uma outra racionalidade, aparecem outras lógicas, outras éticas e outras estéticas que muitas vezes não podemos compreender e nos surpreendem.

Quando nos aproximamos da comunidade ou nos propomos a discutir o cotidiano de trabalho entre os colegas, percebo que surge esta outra racionalidade, na qual afloram os saberes do cotidiano, da vida, os sentimentos, a subjetividade de cada um, embora muitas vezes tentemos sufocá-los, já que supostamente, no ambiente de trabalho esta “subjetividade” não deveria ser considerada ...

Concordando com Habermas e Freire, suponho que as ações sociais concretas poderiam distinguir-se fundamentalmente segundo os participantes dessas ações adotem uma atitude orientada ao próprio êxito ou uma atitude orientada ao entendimento, ao diálogo, à comunicação. A complexidade desta racionalidade mais ampla - a comunicativa - exigiria, é claro, uma atitude voltada para o entendimento. Isto implica revisar o conceito de *entendimento* de Habermas⁶⁷:

Entender-se é um processo de obtenção de um acordo entre sujeitos lingüística e interativamente competentes. (...) Os processos de entendimento têm como meta um acordo que satisfaça as condições de um assentimento, racionalmente motivado, ao conteúdo de uma emissão. Um acordo alcançado comunicativamente tem que ter uma base racional; ou seja, não pode vir imposto por nenhuma das partes, (...) Certamente que pode haver acordos que objetivamente sejam acordos forçados, mas o que a olhos vistos foi produzido por uma influência externa ou mediante o uso da violência, não pode constar subjetivamente como acordo. O acordo se baseia em convicções comuns. O ato de fala de um ator só pode ter êxito se o outro aceita a oferta que este ato entranha, tomando postura (mesmo implicitamente) com um sim ou com um não frente a uma pretensão de validade que em princípio é suscetível de crítica. Tanto ego, que

⁶⁷ HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. vol. I. Madrid: Taurus. 1987. p. 368.

vincula à sua manifestação uma pretensão de validade, como alter que a reconhece ou rechaça, baseiam suas decisões em razões potenciais.

Habermas ressalta que o entendimento seria imanente como telos à linguagem humana. Se não pudéssemos fazer uso do modelo de fala, não seríamos capazes de dar nem sequer um só passo na análise do que significa que dois sujeitos se entendam entre si. Baseado na teoria dos atos de fala de Austin, Habermas distinguirá, via análise lingüística, os atos comunicativos dos atos estratégicos.

Rivera⁶⁸ ressalta que à ação comunicativa seria inerente o entendimento direto e sem rodeios, e que, na ação estratégica, este teria um papel de coordenação com algumas especificidades importantes. Um exemplo disso seria o fato de que o saber que fundamenta uma regra de ação não seria, na ação estratégica, necessariamente, explicitado no momento de sua aplicação. Este saber seria apropriado apenas por especialistas e circularia nos âmbitos restritos de formação de profissionais. Assim, a circulação desse saber seria retirada dos contextos da ação comunicativa cotidiana. A eficácia da intervenção não dependeria, necessariamente, do conhecimento subjetivo das regras.

Isto remete a uma reflexão: o planejamento em saúde, fundamentado na racionalidade comunicativa, poderia ser pensado como uma estratégia político-pedagógica, já que deveria pressupor uma construção de conhecimento entre todos os sujeitos envolvidos na ação planificadora para fundamentar a ação. A circulação do saber que fundamenta a ação deveria, sim, ser socializada entre todos os interessados na ação.

Na teoria da ação de Habermas, um outro elemento me parece fundamental na compreensão da racionalidade comunicativa: a sua visão descentralizada de mundo, derivada da teoria dos três mundos de Popper. Nesta

⁶⁸ RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 28

concepção, não haveria um único mundo, nem portanto uma única racionalidade da ação, mas três mundos (até agora conhecidos), que se superporiam e interagiriam: o *mundo objetivo* dos estados de coisas existentes; o *mundo social* das relações intersubjetivas reguladas normativamente e o *mundo subjetivo* das vivências internas exteriorizadas.

Ao tratar de construir uma teoria do mundo desde a perspectiva dos atores em situação de ação, Habermas coloca de modo implícito esses mundos, que não seriam ontologicamente definidos, com exceção do mundo objetivo. Isto significa que estes mundos não pré-existiriam à consciência intersubjetiva, e sim, que seriam descobertos ou diferenciados ao longo da experiência da espécie em função das capacidades progressivamente acumuladas pela linguagem, como resultado da cooperação social⁶⁹.

Para operar com esta visão descentralizada do mundo, Habermas utiliza o par conceitual *mundo e mundo da vida*. Define preliminarmente *mundo da vida* como:

A totalidade difusa constituída pelas capacidades ou representações culturais, sociais e da personalidade acumuladas ou adquiridas através de processos cooperativos de comunicação, que os participantes de uma situação de ação assumem como pano de fundo comum para suas tarefas interpretativas. No sentido da consciência coletiva de um grupo social, o conceito de mundo da vida é o conjunto de pressuposições sobre as quais se baseia o entendimento em situações normais de interação. O conceito de mundo, por outro lado, é um conceito abstrato do qual os participantes de um diálogo (sobre uma situação) devem fazer uso implícito tendo em vista chegar a um acordo sobre a representação de estados de coisas, relações interpessoais e vivências internas que se tornam problemáticas (no sentido de não poderem ser equacionadas a partir dos padrões de interpretação existentes). Isto é, quando fragmentos do mundo da vida se tornam relevantes para a ação e problemáticos, eles seriam liberados do pano de fundo e tematizados. Esta tematização implicaria reordenação dos elementos desse fragmento mediante o sistema de referências dos três mundos ou, dito de outra forma, mediante a discussão crítica de pretensões de validade que dizem respeito a estados ou processos de algum desses mundos. Supõe-se, portanto, o pleno domínio destas referências por parte dos participantes de um diálogo; quase que a incorporação deste nível de diferenciação

⁶⁹ RIVERA. Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1995. p. 29

da linguagem no próprio mundo da vida. A categoria mundo designa, portanto, uma postura em que os conteúdos do mundo da vida são objetualizados⁷⁰.

Através de seu extensivo e aprofundado trabalho teórico reconstrutivo, Habermas⁷¹ chega à sua definitiva taxonomia da ação, identificando quatro tipos de ação e de relações com o mundo.

A primeira delas, a *ação teleológica*, incluiria as dimensões da *ação instrumental* e da *ação estratégica*. Neste tipo de ação o ator realizaria um fim ou faria com que se produza o estado de coisas desejado, elegendo em uma situação dada os meios mais congruentes e aplicando-os de maneira adequada. O conceito central aqui seria o de uma decisão entre alternativas de ação endereçadas à realização de um propósito, dirigida por máximas e apoiada em uma interpretação particular da situação. Esta ação orientada ao êxito se converteria em ação estratégica quando, no cálculo que o agente faz sobre o êxito de sua ação, intervenham também as expectativas de decisão de ao menos outro agente que também atua com vistas à realização de seus próprios propósitos.

Um segundo tipo de ação seria a *ação regulada por normas*, a qual se referiria não ao comportamento de um ator, em princípio solitário, que se topa em seu entorno com outros atores, mas sim aos membros de um grupo social que orientariam sua ação por valores comuns. O ator particular observaria uma norma - ou a violaria - sempre que, em uma determinada situação, se dessem as condições a que a norma se aplica. As normas expressariam um acordo existente em um grupo social. A expectativa de comportamento não teria o sentido cognitivo de uma expectativa de um sucesso prognosticável, e sim o sentido normativo de que os integrantes do grupo teriam o direito de esperar um determinado comportamento.

⁷⁰ *ibid.* p. 29

⁷¹ HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. vol. I. Madrid: Taurus, 1987. p. 122-36.

Outro tipo de ação seria a que Habermas classifica como *ação dramática*. Primariamente, não se faria referência nem a um ator solitário nem ao membro de um grupo, como os tipos já apresentados, mas sim a participantes em uma interação que constituem uns para os outros um público ante o qual se põem a si mesmos em cena. O ator suscitaria uma determinada imagem ou impressão de si mesmo ao desvelar sua própria subjetividade. Não significaria, portanto, um comportamento expressivo espontâneo; seria antes uma estilização da expressão das próprias vivências, feita com vistas aos espectadores. Este modelo dramático de ação serviria, principalmente, às descrições de orientação fenomenológica da ação.

Finalmente, Habermas traz o conceito de *ação comunicativa* como aquela em que se dá a interação de ao menos dois sujeitos capazes de linguagem e de ação e em que, seja com meios verbais ou extraverbais, estabelecem uma relação interpessoal. Os atores buscariam entender-se sobre uma situação de ação para poderem assim coordenar de comum acordo seus planos de ação e, com isto, suas ações. Os conceitos centrais aqui seriam o de *interpretação* e *entendimento* e se refeririam primordialmente à negociação de definições da situação suscetíveis de *consenso*. Neste modelo de ação a *linguagem* e o *diálogo* ocupariam lugares proeminentes.

A partir da análise habermasiana e iluminada pelo pensamento de Freire pretendo refletir sobre a problemática da planificação social em saúde. O enfoque de planificação estratégica, sem dúvida nenhuma, inova em relação ao normativo em vários aspectos. Na verdade, busca readaptar o paradigma da consciência, tornando-o mais dialético e mais dinâmico. Ao reconhecer a necessidade de uma explicação policêntrica e de um cálculo interativo que leva em conta também o projeto dos “outros” sujeitos, certamente avança na concepção de novas formas de planejar.

Percebo, entretanto, que mesmo este enfoque apresenta problemas que precisariam ser enfrentados. A vertente estratégica da planificação permanece ainda presa ao paradigma da consciência, tal como o enfoque normativo. Isto implica que a planificação estratégica privilegiaria o conhecer e o agir finalístico em relação às situações, numa perspectiva de dominação do sujeito sobre o objeto de planejamento. Ao passo que, no enfoque da racionalidade e da ação comunicativas, o planejamento teria uma conotação de entendimento intersubjetivo ou de ação dialógica, como diria Freire.

O planejamento estratégico implicaria considerar os outros sujeitos envolvidos no processo de planificação como simples recursos ou restrições para o projeto próprio e não haveria o devido reconhecimento da possibilidade de uma coordenação normativa da ação a partir de uma interpretação intersubjetiva e do entendimento sobre a situação objeto de planejamento. Outro aspecto que mereceria atenção é a tendência a uma absolutização da perspectiva do conflito neste enfoque de planejamento.

Com um enfoque comunicativo, o planejamento teria seu núcleo de definição no conceito de *entendimento intersubjetivo*. O conceito de ação dialógica, no sentido de Freire, em meu entendimento, enriqueceria esta perspectiva de planejamento em saúde através de seu potencial pedagógico.

4.2 Planejamento participativo em saúde como ação comunicativa

Ao optar por um enfoque comunicativo, fazemos uma opção por ampliar a racionalidade do planejamento. A racionalidade comunicativa, ao se referir aos três mundos que Habermas considera traria à tona, além da racionalidade cognitivo-instrumental, também as racionalidades normativa e a expressiva, omitidas pelo modelo finalístico de planejamento, isto é, pelo planejamento normativo e pelo planejamento estratégico.

Introduzindo a necessidade de entendimento referida aos mundos objetivo, social e subjetivo, uma compreensão comunicativa revalorizaria, ao lado das *questões técnicas e científicas*, também as *questões de legitimidade* e de *autenticidade* dos planos de ação.

O enfoque comunicativo subentenderia, assim, uma mudança paradigmática, representando um questionamento profundo do paradigma do sujeito. O planejamento, nesta nova concepção, deixaria de relacionar sujeitos isolados com objetos de planejamento, sob a forma do conhecer ou do atuar. Haveria antes uma substituição da categoria de sujeito pela figura de uma *intersubjetividade* lingüisticamente mediada, que conhece e atua sobre estados de coisas do mundo objetivo, sobre as configurações normativas do mundo social e sobre as vivências internas do mundo subjetivo⁷².

Rivera⁷³ refere o conceito de *situação* de Habermas como “o conjunto de meios, recursos e condições (restrições) que definem as possibilidades de ação, tendo em vista um fim, um plano de ação” e o entendimento sobre os elementos objetivos, normativos e expressivos da situação seriam as condições básicas para o êxito de um plano. A ação teleológica não seria excluída dos processos de planificação mas, da perspectiva de uma racionalidade comunicativa, este tipo de ação ficaria submetida aos processos de entendimento que a precederiam.

Nesta perspectiva, me parece ficar clara a necessidade de que o(s) planificador(es) seja(m) também *educadores e educandos*, na perspectiva de Freire. Pensar e fazer saúde pressuporia compreender a realidade em sua complexidade. Esta seria uma “tarefa” a ser assumida solidariamente pelos sujeitos implicados na planificação, através do aporte de seus diferentes saberes - o técnico, o administrativo e o popular.

⁷² RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 53

⁷³ *ibid.* p. 53-54.

O modo pragmatista de decisão assumido por Habermas sugere uma superação dialética dos modelos tecnocrático, referente ao planejamento normativo, e de planificação política decisionista, típico do planejamento estratégico, os quais implicariam dissociações entre as questões técnicas e as práticas (éticas). Com o planejamento fundamentado numa racionalidade comunicativa se abriria a possibilidade de uma interdependência crítica entre essas duas ordens de questões, na qual onde os valores definiriam a orientação do desenvolvimento técnico e a técnica condicionaria a possibilidade de realização dos valores.

(...) a racionalidade do mesmo é alargada ou diversificada, contendo elementos normativos ou instrumentais, elementos típicos de uma racionalidade material ou político-substantiva e elementos subjetivos, todos eles subordinados a um agir comunicativo de base. Não haveria, assim, uma única racionalidade do planejamento, mas várias, entrelaçadas criticamente pela comunicação.⁷⁴

Na ação de planificar trabalhamos essencialmente para resolver problemas apresentados pela realidade e a situação em que nos encontramos. Elegemos problemas que, em nosso entendimento, merecem uma intervenção. A compreensão do que significa *problema*, é também uma questão conceitual sobre a qual seria necessário refletir.

A categoria problema guardaria uma certa correlação com a problemática imanente aos três mundos de Habermas. Assim, haveria uma *problemática objetiva* (bem-estruturada), uma *normativa* (semi-estruturada) e uma *subjetiva* (mal-estruturada). A problemática normativa seria característica das organizações sociais e estaria representada pela aplicação de valores à definição de necessidades e à definição de compromissos de ação dotados de legitimidade. Já a problemática subjetiva corresponderia ao fator liderança e englobaria as capacidades cognitivas, comunicativas e de negociação adquiridas pelos

⁷⁴ ibid. p.54.

dirigentes, assim como sua experiência acumulada, o grau de desenvolvimento da intuição gerencial e a autenticidade do exercício de sua posição⁷⁵.

Baseado no conceito de racionalidade habermasiano como o saber capaz de fundamentar a ação, passível de enunciados, que apresentaria três diferentes naturezas - teórica, prática e expressiva - mas sempre interdependentes, Rivera⁷⁶ considera que estas formas de saber seriam um forte argumento a favor do *diálogo interdisciplinar*, diálogo esse que poderia marcar significativamente o campo da decisão e do planejamento organizacional.

Os critérios que nos permitiriam julgar reflexivamente os proferimentos realizados nestes três mundos seriam a *verdade*, com relação ao mundo objetivo, a *correção normativa*, com relação ao mundo social, e a *autenticidade*, quando as questões estão referidas ao mundo interno⁷⁷.

Assim, ação comunicativa se diferenciaria das ações teleológicas, normativas e dramatúrgicas pelo fato de que estas três se referem diretamente a um, ou no máximo a dois mundos, enquanto a ação comunicativa integraria sempre os três mundos, sendo seu objetivo o entendimento, compreendido como o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade referentes a estes três mundos. Seria também fundamental, na compreensão da teoria da ação habermasiana, considerar os dois tipos de comunicação existentes: a comunicação pura e o discurso.

A *comunicação pura* corresponderia ao desenvolvimento fuido de uma relação comunicativa, à aceitação plena ou ao reconhecimento acríptico das pretensões de validade. Esta forma de comunicação teria como correlato o conceito de *mundo da vida*, já que este tipo de comunicação se constituiria a

⁷⁵ ibid. p. 55

⁷⁶ ibid. p. 56

⁷⁷ HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. vol. I. Madrid: Taurus, 1987. p.119-146

partir de um mesmo acervo cultural, social e de capacidades de caráter inquestionado⁷⁸.

O tipo de comunicação denominada de *discurso* seria um processo de argumentação crítica advindo da “suspensão” de uma determinada pretensão de validade. Seria uma comunicação *sui generis* pois procuraria o entendimento por outras vias - que não a da comunicação pura - com a apresentação de argumentos e razões. Os discursos seriam *teóricos, práticos e expressivos*, segundo tematizam preferentemente aspectos do *mundo objetivo*, do *mundo social* ou do *mundo interno*⁷⁹.

Assim, a comunicação partiria sempre do mundo da vida. Porém, toda vez que um fragmento deste mundo da vida se tornasse problemático, poderia se apelar ao discurso. Havendo o entendimento, novamente esse fragmento ficaria à disposição no mundo da vida como um saber reciclado.

Para se constituir discursos, as bases do entendimento deveriam cumprir determinadas pressuposições, as situações de fala de que trata Habermas. Nas condições ideais, uma práxis comunicativa deveria respeitar a *simetria*, a *não-coersão*, a *autenticidade* e a *verdade*. No mundo da vida as condições da práxis comunicativa se apresentariam de maneira ingênua, em função do efeito aglutinador de uma mesma tradição⁸⁰.

Habermas prevê a possibilidade da passagem regulada de um tipo de discurso para outro, apontando para um nível discursivo em que cada discurso específico implode seus limites e remete ao outro. No limite de radicalização o discurso teórico levaria a uma reflexão prática sobre o que deveria ser considerado conhecimento e a uma tematização dos diversos interesses que

⁷⁸ *ibid.* p.119-146

⁷⁹ *ibid.* p.119-146

⁸⁰ *ibid.* p.119-146

condicionam o conhecimento, como, por exemplo, o controle da natureza, a comunicação ampliada, a emancipação⁸¹.

Diante destas reflexões entendo ser possível conceber o *planejamento participativo em saúde* no nível local como um sistema de fala, de diálogo entre os saberes técnico e popular. Um sistema de pretensões de validade que operaria uma coordenação intersubjetiva da ação com vistas a definições comuns da realidade e onde os sujeitos/atores - profissionais de saúde e comunidades - construiriam intersubjetivamente seus compromissos e suas intenções, na busca de melhores níveis de qualidade de saúde e de vida para população.

Nesta perspectiva, uma proposta de planejamento participativo em saúde se constituiria em locus para o exercício de uma práxis comunicativa por parte dos técnicos e da população.

Considerando que as racionalidades predominantes na nossa formação e nas instituições em que nos situamos não é a racionalidade comunicativa e sim, a cognitivo-instrumental e a estratégica, o planejamento participativo deveria ser considerado um *processo educativo*, já que pressupõe a perspectiva de mudança em concepções e práticas bastante arraigadas no campo da saúde e do planejamento.

4.3 Planejamento participativo em saúde como processo educativo

Compreender o planejamento participativo em saúde no nível local como uma ação comunicativa implicaria concebê-lo também como um processo educativo onde se constituiriam sujeitos mediados pelo conhecimento da realidade que compartilham no espaço onde se dá esta relação: a comunidade e o serviço de saúde.

Através de uma busca solidária de consensos na interpretação e compreensão desta realidade, os sujeitos-planificadores, aportando seus saberes

⁸¹ *ibid.* p.119-146

baseados em diferentes racionalidades - a cognitivo-instrumental e estratégica do saber técnico e institucional e a comunicativa, que aflora do mundo da vida e do saber popular - buscariam construir soluções possíveis para os problemas identificados.

Neste sentido, o planejamento participativo se constituiria como um *agir baseado no diálogo* que buscaria romper fronteiras - artificialmente criadas pelo desenvolvimento unilateral da racionalidade ocidental - entre os diferentes saberes e práticas de saúde.

Considero o pensamento de Paulo Freire⁸² particularmente iluminador quando refere às categorias contraditórias de *ação dialógica* e *ação anti-dialógica*. Embora muitas vezes, nós, técnicos de saúde, não tenhamos plena consciência disto, estas duas racionalidades são vivenciadas em nosso cotidiano e, justamente por isso, teríamos possibilidade tanto de reproduzir a prática hegemônica, baseada na racionalidade técnico-instrumental e estratégica, quanto de construir novas propostas baseadas no diálogo.

- Os médicos não são bixo papão, eles são gente igual a nós, eles têm a opinião deles, mas nós temos a nossa, os dois juntos se juntaram e, tão trabalhando junto. Tão achando que tá dando bem ,né.

- A gente é gente que nem eles!

- Não, eu sei que é gente que nem eles, mas a distância nos separa,né.

Algunos profesionales quieren mantener toda la información, para dominar. Con la Dra. tenemos un buen diálogo. Aprendemos, pero también enseñamos.

Estes depoimentos, extraídos de uma reunião de avaliação do planejamento participativo na Unidade Divina Providência e de uma das lideranças comunitárias em Montevideu, evidenciam as contradições provenientes destas diferentes racionalidades que encontramos nos serviços de saúde.

⁸² FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 167.

Percebo que, se por um lado, existe uma clara intenção de exercício de uma ação mais dialógica na relação da equipe de saúde com a comunidade, existiria, ao mesmo tempo, profundamente introjetada na subjetividade dos técnicos e da comunidade, uma relação verticalizada. A população reconhece que “a distancia nos separa”, ou que alguns técnicos “quieren mantener toda la información, para dominar”, refletindo as experiências antidialógicas vivenciadas anteriormente e a racionalidade anti-dialógica e técnico-instrumental presente na maioria das práticas de saúde.

Todas estas reflexões me fazem optar por uma ***racionalidade comunicativa no planejamento em saúde*** e, portanto, por buscar envolver a população e os técnicos numa perspectiva educativa. A interação entre os conhecimentos científico e popular teria como objetivo a compreensão da realidade compartilhada no espaço do serviço de saúde em toda a sua complexidade e a construção de alternativas de consenso para nela intervir.

O planejamento em saúde, na perspectiva de uma racionalidade comunicativa, se constituiria fundamentalmente na realização de acordos intersubjetivos entre todos os profissionais de saúde e as comunidades envolvidas. Em minha forma de pensar, somente desse modo seria possível alcançar compromissos de ação - entre todos os sujeitos envolvidos nos processos de planejamento - dotados de legitimidade.

O ***planejamento participativo em saúde entendido como uma práxis educativa*** pressuporia uma concepção do real em permanente mudança e possível de ser transformado pela ação dos homens. Esta visão de realidade, a considero particularmente importante nos tempos atuais onde, aparentemente, existiria apenas um caminho, apenas uma forma de entender este tempo: a

compreensão fatalista da pós-modernidade conservadora neoliberal, como chama Paulo Freire⁸³.

Nas práticas de planejamento participativo em saúde - que incorporam uma racionalidade comunicativa - caberia, fundamentalmente, a *esperança*. A esperança de que é possível fazer, pensar e sentir diferente o nosso cotidiano. Como diz Freire, precisamos de esperança crítica, esperança que leva em consideração a realidade em que nos encontramos.

Não quero dizer, porém, que, porque esperançoso, atribuo à minha esperança o poder de transformar a realidade e, assim convencido, parto para o embate sem levar em consideração os dados concretos, materiais, afirmando que minha esperança basta. Minha esperança é necessária, mas não é suficiente. Ela, só, não ganha a luta, mas sem ela a luta fraqueja e titubeia. Precisamos de esperança crítica, como o peixe necessita de água despoluída⁸⁴.

⁸³ FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 12

⁸⁴ *ibid.* p. 10

5. POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO **NEOLIBERALISMO:** **PARTICULARIDADES NO BRASIL E NO URUGUAI**

Meu pressuposto é o de que, na concretização das práticas de saúde comunitária, operariam uma variada gama de fatores que, através de uma complexa interação definiriam a particularidade de cada experiência.

Esta interação se daria entre vários aspectos: os paradigmas que orientam estas práticas, as concepções, experiências e histórias de vida dos profissionais, a ideologia das forças políticas e sociais que se delineiam na origem e desenvolvimento dessas experiências, os conceitos e concepções hegemônicos nesta interação de forças, os paradigmas dominantes no contexto mais amplo dos sistemas de saúde e o papel específico que a Saúde desempenha nas formações político-econômicas em questão.

Neste sentido, o curso específico que tomam as práticas de saúde comunitária ao longo de seu desenvolvimento estaria marcado pelas contradições internas e externas que nelas se constituem.

Levando em conta esta complexa interação, penso ser fundamental realizar neste momento um esforço que busque compreender o contexto mais geral em que se dão os fenômenos em foco, no presente momento histórico.

Para realizar esta análise mais geral, inicio caracterizando as diferentes concepções de saúde na legislação dos dois países e refletindo sobre as implicações que delas decorrem.

<p style="text-align: center;">BRASIL</p> <p style="text-align: center;">Constituição Federal de 1988</p>	<p style="text-align: center;">URUGUAI</p> <p style="text-align: center;">Constituição Nacional de 1967</p>
<p>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 recuperação⁸⁵</p>	<p>Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes⁸⁶.</p>

Os conceitos de saúde acima apresentados, inscritos nas constituições vigentes nestes dois países, evidenciam uma diferença fundamental na concepção da saúde que irá refletir-se nas diferentes formas de organização dos sistemas de saúde nesses dois contextos. Uma, que a concebe como direito de cidadania e responsabilidade do estado, outra, como responsabilidade dos indivíduos e das famílias, cabendo ao Estado cuidar apenas dos indigentes.

Compreender o significado histórico dessas diferentes concepções de saúde nos dois países me parece importante para alcançar maior clareza sobre as particularidades de cada uma das experiências de saúde comunitária em foco.

A transição das ditaduras militares para os regimes democráticos em ambos os países aconteceu a partir do ano de 1985, tendo o Brasil permanecido sob o regime autoritário por 20 anos e o Uruguai por um tempo menor, entre 1973 e 1984.

⁸⁵ REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, centro Gráfico. 1988. P. 133.

⁸⁶ REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Constitución**. Cap. III, artículo 44. 1967 (modificada em jul/98).

A onda democratizante que acabou com as ditaduras dos países da América Latina nas últimas décadas ofereceu, de início, condições favoráveis a mudanças no setor saúde que buscavam concebê-la como um direito de cidadania, no contexto de processos de democratização e de ampliação da cidadania social.

Para Buss⁸⁷, esta fase de transição para a recuperação das liberdades civis e políticas implicaria a necessidade de novos pactos de dominação, de refazer alianças de classe e novos contratos sociais. No campo da saúde, projetos de reforma bastante progressistas encontrariam campo fértil em vários países latinoamericanos, especialmente durante os anos 80. A ascensão política da Nova Direita, no entanto, com seu projeto ideológico neoliberal de conteúdo conservador iria iniciar um desmonte gradual mas significativo destes projetos de reforma sanitária e até mesmo de conquistas sociais já alcançadas. Estas propostas de desmonte incluiriam principalmente os serviços nacionais públicos, universais, integrais e financiados com recursos gerais da nação, o que vinha ao encontro da concepção de política social de uma perspectiva liberal.

5.1 No Brasil, a saúde como direito de todos e dever do Estado

A partir do início do século o sistema de saúde no Brasil iria sofrer constantes transformações, que acompanhariam as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas da sociedade brasileira. Do início do século até meados dos anos 60, o modelo hegemônico de saúde caracterizou-se como o *sanitarismo campanhista*. Segundo Buss⁸⁸, o modelo agroexportador, vigente na economia brasileira exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis, o que deveria ser suprido pelas ações do sanitário campanhista, sob a responsabilidade do Ministério da

⁸⁷ BUSS, Paulo M. & LABRA, Maria E. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo-RJ: Hucitec, 1995. p. 18-27.

⁸⁸ *ibid.* p.74-75

Saúde. Neste período, a assistência médica para a população cativa era prestada por uma Previdência Social ainda incipiente.

Para este autor, "... o que se observa desde a origem da organização contemporânea do setor saúde no Brasil é a separação política, ideológica e institucional entre a assistência à saúde individual, eminentemente privada, ainda que financiada diretamente ou intermediada pelo Estado, e às ações dirigidas à saúde coletiva e ao meio ambiente."⁸⁹

A partir da década de 50, entretanto, respondendo às necessidades criadas pelo processo de industrialização do país, passa a configurar-se um novo modelo, o denominado *modelo médico-assistencial privatista*, que vigorará hegemônico de meados dos anos 60 até meados dos anos 80. O pólo dinâmico da economia seria deslocado para os centros urbanos e iria gerar-se uma massa operária que deveria ser mantida hígida na sua capacidade produtiva. O modelo em questão teve, além das determinações estruturais impostas pelo estágio de desenvolvimento capitalista no país, motivações políticas conjunturais, fazendo parte de um conjunto de políticas sociais compensatórias, necessárias à legitimação do regime burocrático-autoritário⁹⁰.

Iniciado o processo de abertura política lenta e gradual no Brasil, entretanto, aparecerão novos atores na cena política, tais como o movimento sindical e dos profissionais e intelectuais da saúde, que questionariam as políticas sociais e as demais políticas governamentais. No campo da Saúde, teria início um grande debate, envolvendo amplos setores da sociedade civil e política, que se iria refletir na inscrição no texto constitucional de 1988 de um novo conceito de Saúde e uma nova concepção de sistema de saúde para o país.

Para Buss⁹¹, o projeto político do modelo médico-assistencial privatista teria correspondido, no campo da Saúde, ao padrão de crescimento da economia

⁸⁹ ibid. p.75.

⁹⁰ Ibid. p.75

⁹¹ ibid. p. 78

brasileira nos anos 70, apoiado na articulação solidária entre o Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, com a nítida exclusão das classes populares, seja do poder político, seja das benesses econômicas.

Este modelo receberia críticas dos setores contra-hegemônicos da sociedade brasileira, representados principalmente pelas Universidades, Departamentos de Medicina Social e Escolas de Saúde Pública e também por setores da sociedade civil, como as organizações de profissionais e movimento sindical, nos quais se originaria e difundiria um pensamento crítico em Saúde, que viria a constituir-se no denominado Movimento Sanitário Brasileiro, a base político-ideológica da Reforma Sanitária.⁹²

A acentuada elevação dos custos da assistência médica, a recessão econômica - que trouxe o desemprego, o subemprego e a ampliação do mercado informal da economia - e a crise fiscal do Estado, provocaria uma crise financeira e organizacional de grandes proporções na Previdência Social no início dos anos 80, o que iria acarretar a corrosão do pilar fundamental de financiamento do referido modelo de atenção à Saúde no país⁹³.

O contexto de abertura democrática por que passava o Brasil nesta época iria favorecer a absorção das propostas do Movimento Sanitário. Um intenso debate em torno da democratização da Saúde, no contexto da democratização do Estado e fim do regime autoritário se daria entre “privatistas”, “estatizantes” e “reformistas”⁹⁴.

Mendes, referido por Buss⁹⁵, analisa esta questão ressaltando que a proposta político-institucional da Nova República no Brasil procuraria agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o

⁹² *ibid.* p. 78

⁹³ *ibid.* p. 79

⁹⁴ *ibid.* p. 80

⁹⁵ *ibid.* p. 80

INAMPS com a conseqüente ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico.

A Constituição Brasileira promulgada em 1988 representaria, assim, uma importante ruptura na evolução institucional do país, introduzindo regras, direitos e deveres integrantes, até então, apenas das plataformas políticas de segmentos ou movimentos sociais não hegemônicos. A Saúde seria contemplada com um nível de explicitação não registrado nas cartas anteriores e adotaria um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas com uma lógica organizacional baseada na proposta contra-hegemônica construída pelo chamado “Movimento Sanitário”⁹⁶. Existiriam três componentes essenciais na seção Saúde da nova Constituição Federal brasileira:

- a) O conceito de saúde, remetendo seu equacionamento às políticas econômicas e sociais, ao lado das ações específicas de promoção e recuperação da saúde;
- b) a explicitação do direito universal e igualitário dos cidadãos à saúde e do dever do Estado em assegurar tal direito;
- c) a explicitação de um modelo de organização para o sistema de saúde, seus componentes, funções e relações, criando o Sistema Único de Saúde, integrado pelos serviços públicos, em rede regionalizada e hierarquizada, e segundo as diretrizes de comando único em cada nível de governo, descentralização e participação social.

Assim, desde os anos 90, o Brasil tem seu sistema de atenção à saúde constituído por três segmentos principais: o segmento público, conformado pelos serviços vinculados aos governos federal, estaduais e municipais; o segmento privado contratado e pago pelo setor público e o segmento privado liberal ou contratado pelos planos de saúde pessoais ou de empresas. O conjunto dos serviços públicos e privados contratados constituem o Sistema Único de Saúde.⁹⁷

⁹⁶ ibid. p. 81

⁹⁷ ibid. p. 82-3

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, foi o último grande evento político realizado no Brasil, que teve a questão da saúde como centro dos debates. Nessa ocasião foi reafirmado o apoio dos participantes aos postulados constitucionais. A descentralização e o controle social do sistema de saúde foram a tônica das discussões. O controle social, enfatizado através da proposta de constituição dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, mesmo nas unidades locais de saúde, deveria jogar o importante papel de concertação dos interesses dos vários segmentos sociais envolvidos com a questão da Saúde: governo e sociedade civil; setor público e setor privado; prestadores de serviços e usuários; empregadores e profissionais de saúde; entre outros atores em confronto.⁹⁸

Baseada nesta análise, percebo que, a partir do processo de abertura democrática no Brasil, os debates no campo da Saúde implicariam importantes avanços no sentido de sua democratização. Estes debates, que representavam o pensamento e os interesses dos setores contra-hegemônicos, levariam ao texto constitucional de 1988 o entendimento da *Saúde como um direito de cidadania e dever do Estado* e teria desdobramentos importantes na legislação da Saúde.

Todavia, a consolidação no país do projeto político-econômico de corte neoliberal, a partir do governo Collor, com uma concepção de organização do setor Saúde bastante antagônica à do novo texto constitucional, porque baseada em outra perspectiva de política social, iria, nos anos que se seguiram, buscar uma reversão dos direitos conquistados, tanto no campo da Saúde, quanto em outros setores da sociedade brasileira.

5.2 No Uruguai, a saúde pública para os indigentes

A atual estrutura do sistema de saúde no Uruguai começaria a delinear-se já na segunda metade do século XIX. O subsetor público, dividido nos ramos

⁹⁸ *ibid.* p. 97-8

curativo e preventivo (Assistência Pública Nacional e Conselho Nacional de Higiene), se unificaria em 1934 com a criação do Ministério de Saúde Pública (MSP), que tomaria a seu cargo toda a atenção hospitalar pública, cuja estrutura, a partir de então, se modificaria muito pouco.⁹⁹

Desde princípios do século o MSP e, mais tarde, a faculdade de Medicina, criariam serviços hospitalares de atenção médica ambulatorial em consulta externa, de emergência, e hospitalar, contemplando a demanda dos setores de recursos insuficientes para o pagamento de medicina privada ou da atenção mutual (seguro pré-pago)¹⁰⁰.

O mutualismo, no subsetor privado, nasceria em 1853. O que atualmente é denominado sistema de “Instituciones de Asistencia Médica Colectiva” (IAMC - mutualismo e sua diversificação ulterior) sofreria um importante impulso com a criação do “Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay” em 1935, e com a incorporação como usuários dos “Seguros de Enfermedad” na década de 60, que se consolidaria como grupo com uma cobertura de 40% da população através de cerca de 100 Instituições em todo o país¹⁰¹.

Quanto à Seguridade Social, a partir das primeiras décadas do século se implantaria, por outra via, o primeiro seguro social obrigatório através das Leis de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, aperfeiçoadas e unificadas em 1933 e 1941. Somente após a Segunda Guerra, particularmente a partir de 1950, ganharia relevo a Seguridade Social como mecanismo financeiro somente ou organizador dos serviços de saúde, buscando solução para as demandas de atenção médica¹⁰².

A partir da década de 60, poderiam ser distinguidas três etapas evolutivas no desenvolvimento do sistema de saúde no Uruguai.

⁹⁹ MARGOLIS, Efrain & PIAZZA de SILVA, Nelly. **Organización de la atención médica en el Uruguay**. Montevideo: Nordan, 1989. Colección Sin Fronteras. p. 21

¹⁰⁰ *ibid.* p. 21

¹⁰¹ *ibid.* p. 22

¹⁰² *ibid.* p. 22

A *primeira* delas - que iria de 1960 a 1973 - se caracterizaria por defender a criação de um Serviço Nacional de Saúde, pelo fato de o subsector privado institucional representado pelas IAMCs duplicar a sua cobertura ao incorporar os beneficiários dos “Seguros de Enfermedad” e pelo rápido crescimento da Seguridade Social nesta área¹⁰³.

A *segunda etapa* - que iria de 1974 a 1984 - anos em que o país viveu sob a ditadura militar, iniciaria com a definição pelo governo militar dos “Fundamentos Conceptuales para un Plan Nacional de Salud” que caracterizaria uma filosofia francamente privatista na atenção médica¹⁰⁴.

No projeto de atenção à saúde concebido sob a ditadura militar alguns aspectos o marcariam de modo significativo. Pela primeira vez na história, o Poder Executivo iniciaria um controle mais rigoroso do setor privado, fazendo-o através do M.S.P e do Ministério de Economia e Finanças. Os serviços descentralizados seriam estatizados com a supressão da participação do usuário e um forte controle por delegados militares; o governo militar interviria desde 1975 no Sindicato Médico do Uruguai e em seu órgão assistencial, o CASMU (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguai), assim como em outras IAMCs. Estas agravariam suas crises econômicas, pois desde 1977 não se incrementavam os usuários destes seguros que, pelo contrário, haviam diminuído devido ao desemprego e à queda do poder aquisitivo do salário no país¹⁰⁵.

A Seguridade Social também sofreria importantes mudanças, a saber a) unificação, em 1975, dos “Seguros de Enfermedad” em um serviço único e a supressão da prestação de serviços próprios, passando a atender por meio das IAMCs em regime de livre escolha institucional; b) o “Seguro Social por Enfermedad” e o “Seguro Materno-Infantil” passariam a integrar desde 1979 a

¹⁰³ ibid. p. 23

¹⁰⁴ ibid. p. 23-24

¹⁰⁵ ibid. p.24

Direção Geral da Seguridade Social e com isto perderiam autonomia diretiva, administrativa e financeira.¹⁰⁶

Uma *terceira etapa* da organização do sistema de saúde no Uruguai poderia ser definida a partir de 1985, quando o governo é transferido para os setores civis. No subsetor público a deterioração era grave. A intervenção no “Sindicato Médico del Uruguay” seria levantada e fracassaria o projeto de separação definitiva do CASMU, que os partidos políticos e o corpo médico não aceitariam. A quota mutual seria liberada, mas a falta de capacidade de pagamento ou de usuários impediria sua correta adequação. Buscando interferir em uma futura política de saúde, os médicos realizariam a sua “7a. Convención Médica Nacional”¹⁰⁷.

Os partidos políticos e os grupos sociais, reunidos na “*Concertación Nacional Programática*”, estabeleceriam as pautas do setor Saúde. Estas, entretanto não seriam concretizadas na primeira legislatura democrática.

O proposto neste fórum foi, antes de tudo: a) democratização do setor e participação comunitária; b) a cobertura de 100% da população na atenção à saúde; c) início de estudos para implantar um Serviço Nacional de Saúde; d) universalização do “Seguro de Enfermedad”; e) incremento do gasto em saúde pelo setor público; f) promoção da Atenção Primária em Saúde; g) equilíbrio da economia das IAMCs; h) elaboração de um “Formulario Terapéutico Unificado” a nível nacional, racionalização no uso de medicamentos e acesso universal aos mesmos; i) definição de novas políticas de pessoal para o setor Saúde¹⁰⁸.

Nesta fase de transição entre a ditadura militar e a democracia no Uruguai, muitos problemas críticos deveriam ser superados, tais como o desfinanciamento do setor Saúde e sua deterioração, a estrutura multi-institucional do setor, a baixa cobertura e acesso da população na atenção à saúde, o entendimento da

¹⁰⁶ *ibid.* p.25.

¹⁰⁷ *ibid.* p.25

¹⁰⁸ *ibid.* p.25-26.

Saúde como uma mercadoria, a grave situação sócio-econômica que influencia no nível de vida e de saúde da população, o retrocesso da Seguridade Social, a falta de fontes de trabalho para os profissionais do setor, o alto número de médicos desocupados e subocupados e, finalmente, as políticas autoritárias nas instituições do setor Saúde¹⁰⁹.

Compreender os desdobramentos que ocorreriam no setor Saúde e na sua relação com o contexto mais geral a partir deste momento histórico no Uruguai exigiria lembrar que - da mesma forma que no Brasil - o processo de abertura democrática viria acompanhado pela consolidação dos projeto de ajuste econômico de corte neoliberal.

Assim, o sistema de saúde no país como um todo - tendo uma fundamentação ideológica essencialmente neoliberal - estaria em conformidade com esta forma de pensar a Saúde.

Desde o ano 1990, entretanto, encontra-se à frente no governo do departamento de Montevideú uma coalizão de partidos de esquerda que, por certo, teria uma compreensão diversa sobre o caráter das políticas sociais.

A partir daí, penso, se estabeleceriam processos contraditórios entre o contexto nacional e o do departamento da capital uruguaia.

Teria início nesta época, proposto pela administração departamental, um processo de descentralização que incluiria o setor Saúde e faria com que a comunidade tivesse cada vez maior protagonismo na definição e implementação das políticas sociais. As diferentes ideologias e princípios político-administrativos entre governo do município de Montevideú e o governo nacional estabeleceriam um processo contraditório onde se confrontariam a tendência centralizadora e as políticas neoliberais por um lado e a tendência descentralizadora e progressista por outro.

¹⁰⁹ *ibid.* p.26

É preciso lembrar também que, embora quase todos os departamentos do país realizem ações na área da Saúde, esta não é uma competência sua e sim do governo nacional, através do Ministério de Saúde Pública, reflexo da política centralizadora da esfera nacional.

Buscando aprofundar a compreensão deste contexto e do caráter das políticas de Saúde no Uruguai, penso ser fundamental resgatar a discussão realizada no “*Montevideo en Foro II: Construyendo ciudadanía*”¹¹⁰ – fórum realizado em 1996, que envolveu “vecinos”, funcionários, autoridades locais e municipais e estava inserido no projeto de descentralização e de busca de diálogo entre a administração municipal e a sociedade civil. Na área da Saúde, a avaliação deste fórum é a que segue:

La salud pública en el Uruguay ha venido experimentando un importante proceso de deterioro que la población en general percibe como pérdida en la calidad de sus servicios, al tiempo que la disminución de la calidad de vida de los sectores más populares aumenta las situaciones de desprotección en relación al derecho a la salud. Por su parte, el sistema mutual ha venido perdiendo su característica inicial de servicio solidario, ingresando al mercado a competir comercialmente. Para ello los servicios mutuales han iniciado una carrera por la tecnificación de última generación y mejoras edilicias que aumentan los costos de cuotas y tickets, expulsando de esa fueron a muchos empleados, obreros y, jubilados que no pueden acceder a ellas.

As propostas formuladas para o setor Saúde, “en vistas a profundizar el proceso de descentralización y alcanzar una mejor calidad de vida y protección del medio ambiente”¹¹¹ são apresentadas a seguir:

Promover el cambio del modelo de atención jerarquizando la Atención Primaria de Salud:

- Crear un banco de información y de materiales educativos, en las diferentes zonas de Montevideo, dirigidos a la red de promotores comunitarios de salud.
- Integrar la educación para la salud como materia en los ámbitos de educación media y superior.

¹¹⁰ INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. Montevideo en Foro II. **Construyendo ciudadanía**. P. 30

¹¹¹ *ibid.* p.30-31

- Involucrar a los medios de comunicación masiva en la emisión de mensajes de prevención en salud.
- Incrementar convenios con la Universidad de la República para que estudiantes efectúen tareas de promoción y prevención de salud.
- Fortalecer las coordinaciones de los recursos zonales de salud.

Promover la participación vecinal en salud:

- Fortalecimiento de las redes de salud, mediante la coordinación de jornadas interinstitucionales, asesoramientos técnicos en el tema; elaboración de materiales de información y sensibilización.
- Estimular proyectos de formación de agentes comunitarios.

Posibilitar el acceso real a los servicios

- Habilitar nuevamente locales barriales de tramitación de carné de asistencia.
- Dotar de mayores recursos a los Centros de Salud.
- Coordinar mejor los recursos públicos y privados.
- Promover un estudio para que usuarios de DISSE venal distinguidos los costos de atención.
- Promover la coordinación de las acciones de todas las instituciones – nacionales, departamentales y zonales – con responsabilidad en el área.

Além da descentralização, chama especialmente a atenção neste discurso a ênfase dada à *mudança de modelo*, buscando a implantação da *Atenção Primária à Saúde*, na qual a educação em saúde e a formação e utilização de agentes comunitários de saúde ganhariam espaços importantes.

Ao lado disso, a estratégia de coordenação interinstitucional dos recursos de saúde seria particularmente enfatizada para possibilitar o acesso da população aos serviços disponíveis.

Parece ficar claro que - da mesma forma que na realidade brasileira - existiriam fortes antagonismos entre os projetos político-econômicos a nível nacional com as políticas de saúde no âmbito dos municípios em que estão inseridas as experiências foco deste estudo.

No quadro comparativo que segue busco apresentar de modo sintético as semelhanças e diferenças mais fundamentais, segundo minha avaliação, entre as políticas de saúde e sua relação com os contextos político-econômicos nas duas realidades.

AS POLÍTICAS DE SAÚDE E OS CONTEXTOS NACIONAIS NAS DUAS REALIDADES

BRASIL	URUGUAI
<p style="text-align: center;">Constituição (1988):</p> <p>“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Governo Federal: saída da ditadura em 1985. Projeto político-econômico de corte neoliberal desde 1990. • Governo Municipal: Frente Popular (coalizão de esquerda) 	<p style="text-align: center;">Constituição (1967):</p> <p>“Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Governo nacional: saída da ditadura em 1985. Projeto político-econômico de corte neoliberal. • Governo Municipal: “Frente Amplio” (coalizão de esquerda)

5.3 Políticas de saúde nas duas realidades: considerações comparativas

A constituição vigente no Brasil data de 1988. No capítulo referente à saúde encontramos um conceito de saúde que a trata como um direito de cidadania e, portanto, responsabilidade do Estado.

No Uruguai, a constituição vigente é de 1967, embora a mesma já tenha passado por várias reformas referendadas por plebiscito. Nela, a referência à saúde traz claramente um conteúdo neoliberal onde a responsabilidade pela saúde é colocada no cidadão e o dever do Estado restringe-se explicita e exclusivamente aos indigentes.

No Brasil, entre a saída da ditadura em 1985 e o início da consolidação do projeto político-econômico neoliberal, com o governo Collor, houve um intervalo quando puderam florescer movimentos sociais e propostas de políticas sociais de cunho social-democrata, como foi o caso do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária. No município de Porto Alegre a partir de 1989 assumiria uma administração constituída por uma coalizão de partidos de esquerda, a Frente Popular.

No Uruguai, a saída da ditadura também ocorreria a partir de 1985, porém, o projeto de ajuste econômico de corte neoliberal já estaria consolidado desde o tempo da ditadura, o que dificultaria sobremaneira a conquista da Saúde como direito de cidadania, como aconteceu no Brasil, já que este é um conceito contraditório à concepção neoliberal da política de Saúde. Na capital do país, entretanto, a partir de 1990, assumiria uma administração de esquerda, representada pela coalizão denominada "Frente Amplio".

Discutir as políticas de saúde nestas duas realidades no presente momento histórico pressupõe também considerar o fenômeno da *globalização* como ponto de referência obrigatório. Este processo, que tem alcance planetário, implica que o poder dos Estados Nacionais e dos governos, o papel das empresas, o destino

dos empregos e das culturas nacionais são transformados como consequência da integração econômica e tecnológica.

Como define Chenais¹¹², este fenômeno representaria um novo modo de funcionamento sistêmico do capitalismo mundial, uma nova modalidade de regime de acumulação capitalista, sob a égide financeira.

Um dos efeitos mais graves do fenômeno da globalização parece ser a diminuição do poder de decisão dos Estados que passariam neste contexto a regular-se segundo as exigências das grandes empresas multinacionais e perderiam a capacidade de adotar políticas de satisfação dos interesses sociais. Este desmonte das políticas públicas de compensação das desigualdades sociais geradas pelo modelo econômico, tais como educação, saúde, moradia e o crescente desemprego gerado pelas transformações no processo de trabalho, vem implicando em desastrosas conseqüências no nível de qualidade de vida e de saúde das populações na América Latina.

Para Laurell¹¹³ o nexó concreto entre o fenômeno da globalização e as políticas de Saúde na América Latina seria a crescente adoção de políticas econômicas de corte neoliberal que trazem implícitas uma nova concepção de política social, a qual modelaria a política de Saúde de modo específico. Tal concepção se traduziria em uma política social que articularia de modo diferente os principais âmbitos de produção do bem-estar social que são a família, o mercado e o Estado. Isto significaria uma profunda reestruturação da matriz básica do público e a constituição dos benefícios-serviços sociais em um âmbito direto de acumulação de capital.

Neste contexto, os organismos supranacionais jogariam um papel crucial tanto para conduzir a reforma econômica quanto para reestruturar a política

¹¹² CHENAIS, François. Novo capitalismo intensifica velhas formas de exploração. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 2 de novembro de 1997.

¹¹³ LAURELL, Asa C. La globalización y las políticas de salud. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Águas de Lindai, SP. 25 a 29 de agosto de 1997.

social. No âmbito da Saúde, o Banco Mundial seria a instituição que vem desenhando a nova política que hoje está sendo imposta em praticamente todos os países latinoamericanos.¹¹⁴

A primeira premissa da proposta do Banco Mundial seria que os serviços médicos são considerados “bens privados”, uma vez que são apropriados pelos indivíduos e em quantidades variáveis. Daí se deprenderia que a saúde é uma responsabilidade privada e portanto os indivíduos deveriam resolver suas necessidades de Saúde na família ou aderir a formas de pré-pagamento que garantam o acesso ao mercado de serviços¹¹⁵.

Ao Estado caberia apenas encarregar-se daquilo que não interessa aos entes privados produzir - em função da falta de rentabilidade - e da atenção aos indivíduos que não podem pagar pelos serviços de saúde por carência de recursos econômicos. Nesta concepção não caberia a noção de “direito à Saúde” e seu correlato lógico que seria a obrigação do Estado de garanti-lo¹¹⁶.

A política de Saúde concreta que se depreende deste delineamento teria dois grandes eixos, segundo a autora: a mercantilização da gestão do financiamento e da prestação dos serviços de saúde, e a redução dos serviços públicos gratuitos a um pacote mínimo de serviços essenciais para os comprovadamente pobres. Os serviços essenciais, por sua vez, se definiriam como tais não por suas características intrínsecas, mas por seu baixo custo e alto rendimento em termos dos chamados *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (Banco Mundial, 1993, p.7-8)¹¹⁷.

Assim, as prioridades em Saúde seriam fixadas com um procedimento que excluiria toda consideração sobre os múltiplos significados sociais, éticos e culturais da Saúde; sobre a relação intrínseca da Saúde com o direito à vida e

¹¹⁴ ibid. p. 26

¹¹⁵ ibid. p. 27

¹¹⁶ ibid. p. 27

¹¹⁷ ibid. p.27

com o desenvolvimento das capacidades e potencialidades coletivas e individuais ou ainda sobre os vários objetivos possíveis da política sanitária.¹¹⁸

Laurell¹¹⁹ destaca que o processo concreto de implantação da nova política de Saúde, ou da Reforma de Saúde na América Latina, no contexto do neoliberalismo, está se dando sob distintas modalidades nos diferentes países, mas quase todos se orientam por essa concepção básica do Banco Mundial. Os principais determinantes do conteúdo, modalidade e velocidade que a Reforma da Saúde assume seriam a conformação prévia do sistema de saúde e as condições políticas sob as quais ela acontece.

As características prévias do sistema de saúde que contam para a Reforma seriam o grau de vigência real do direito à proteção da Saúde; a cobertura dos subsistemas contributivo e assistencial; a organização do sistema de seguro ou Seguridade Social, particularmente no que se refere às funções que assume no financiamento e na prestação de serviços, assim como a sua fragmentação ou unificação, além do grau de maturação do sistema privado de seguridade e de prestação de serviços¹²⁰.

Na continuidade de sua argumentação, a autora refere que o valor do direito à proteção da Saúde, embora não cumprido, seria tão aceito nos países latinoamericanos que a promessa de cobertura universal e equidade no acesso aos serviços de saúde tem um lugar preponderante em todos os discursos oficiais da Reforma. Prometem maior eficiência, melhor qualidade dos serviços e uma nova orientação do sistema para a promoção da Saúde e prevenção¹²¹.

Uma questão importante que seria necessário considerar neste debate é se, no Brasil e no Uruguai, estaríamos diante da aplicação de políticas sociais conceitualmente articuladas ao modelo econômico ou se, pelo contrário, como

¹¹⁸ *ibid.* p.28

¹¹⁹ *ibid.* p.29.

¹²⁰ *ibid.* p.29

¹²¹ *ibid.* p.32

sustentam os governos, as medidas neste âmbito são apenas ações técnicas, pragmáticas e casuísticas que visam enfrentar a deteriorização social e conseguir uma melhor utilização dos recursos disponíveis. Nesta reflexão seria importante resgatar o significado da questão social para as diferentes correntes ideológicas.

Para Laurell¹²², a questão social, embora de modos diferenciados conforme os diferentes matizes político-partidários, acabaria sendo sempre um fato político que necessita ser equacionado. Entretanto, se, para alguns grupos políticos, a questão social apresenta-se como central e requisito de fins libertários, para outros, ela se colocaria como um imperativo humanista-cristão e, para outros ainda, seria simplesmente um elemento da necessária legitimação política. A autora classifica as políticas sociais em três principais enfoques quanto ao conceito de “bem-estar” que empregam:

1) o *social-democrata*, exemplificado pelos países escandinavos, e que se caracteriza pelo universalismo e por uma importante redução no papel do mercado no âmbito do bem-estar; 2) o *conservador-corporativo*, exemplificado pela Alemanha e pela Itália, que se baseia nos direitos sociais, mas que perpetua uma diferenciação social importante, e que envolve efeitos redistributivos mínimos; 3) o *liberal*, exemplificado pelos EUA, Canadá e Inglaterra, que é dominado pela lógica do mercado.

O estado de bem-estar liberal, defendido pelos modelos neoliberais, se caracterizaria por buscar uma política social baseada na menor desmercantilização possível e isso se expressaria de diversas formas. Em primeiro lugar, a concepção liberal de bem-estar social não admitiria o conceito de direitos sociais, ou seja, o direito de ter acesso aos bens sociais pelo simples fato de ser membro da sociedade, e a obrigação desta última de garanti-los através do Estado. O ponto de vista liberal seria, ao contrário, que, ao gozo dos benefícios, deveria corresponder uma contrapartida: o desempenho de trabalho ou o pagamento do mesmo. Assim, só seria legítimo que o Estado garantisse um

¹²² LAURELL, Asa C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, Asa C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 154.

mínimo de bem-estar e, em princípio, somente àqueles comprovadamente indigentes.¹²³

Para Laurell¹²⁴, as políticas de Saúde se moldariam de acordo com a forma histórica específica como se articulam os processos de legitimação do regime político, de reprodução da força de trabalho e da ampliação do campo de acumulação mediante o bem-estar social.

Buss & Labra¹²⁵, ao analisarem as reformas contemporâneas na Saúde, consideram que as mesmas buscariam sempre conciliar, no plano discursivo ou fático, pelo menos dois grandes objetivos contraditórios: por um lado, a ampliação universalizante do acesso à assistência médica ante a pressão por mais e melhor atendimento à Saúde, mas, por outro lado, buscariam também garantir a contenção do gasto público e privado setorial ante o crucial problema dos custos crescentes da medicina.

As diferentes orientações do estado de bem-estar consideradas por Laurell colocam em evidência que, cada uma das orientações das políticas de Saúde enfatizaria um dos dois pólos - a *universalização ou a contenção do gasto setorial* - porém, em todas as situações, elas se definiriam dentro deste campo de forças. É justamente aqui onde se concretiza a grande contradição das políticas de saúde.

Por sua própria natureza, elas deveriam atender ao interesse geral das sociedades, por meio de sistemas de saúde organizados para contemplar a universalidade da atenção e a equidade. Só assim, elas seriam capazes de realmente atuar como fatores de redistribuição dos recursos gerados socialmente. Mas, em maior ou menor medida, dependendo da experiência histórica de cada país no exercício do controle político sobre o monopólio do

¹²³ ibid. p.155

¹²⁴ ibid. p.156

¹²⁵ BUSS, Paulo M. & LABRA, Maria E. (org.). **Sistemas de saúde. Continuidades e mudanças**. São Paulo-RJ: HUCITEC-Fiocruz, 1995. p. 9.

conhecimento médico e o do corporativismo profissional, a esse interesse maior se contrapõe uma ideologia individualista de profissionais formados dentro de uma concepção mundial medicalizada, tecnologizada e hiperespecializada, agudamente descontextualizada e afastada da realidade das populações e dos grupos mais desfavorecidos pelo sistema sócio-econômico.¹²⁶

Estas considerações iluminam a reflexão sobre o contexto político-econômico e as políticas sociais nos países em que se situam as duas experiências que investiguei.

Os casos do Uruguai e do Brasil confirmam a tese de que o maior ou menor “sucesso” das Reformas da Saúde neoliberais propostas pelo Banco Mundial dependeria das particularidades do contexto político-econômico e cultural em que ela se dá.

Em *Montevideu*, por exemplo, embora tenha a coalizão “Frente Amplio” uma ideologia de esquerda, a política social, que inclui o projeto da Saúde, defende a “solidariedade com a pobreza”¹²⁷, o que mantém coerência com o projeto político-econômico neoliberal que define os rumos do país como um todo. Uma contradição aqui se define. Por um lado, existe, no discurso da administração municipal, uma clara intenção política de promover processos participativos e descentralizadores que incluam todos os atores da sociedade civil e política, o que representa um clara opção por um projeto de democracia direta e radical. Por outro lado, definem-se as políticas sociais e de saúde como “de solidariedade com a pobreza”, portanto, negando a Saúde como direito universal dos cidadãos.

Caberia aqui uma reflexão sobre os conceitos de equidade e de descentralização que povoam com muita sutileza os discursos neoliberais. O princípio da universalização do direito à saúde, relacionado com um conceito

¹²⁶ *ibid.* p.14.

¹²⁷ INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. Departamento de descentralización. **Los montevideanos e las políticas de la solidaridad.** Montevideo: ONPLI. 1996. p. 11-22.

social-democrata de política social, com o argumento de uma suposta “busca de equidade” poderia transformar-se, na prática, na defesa da saúde gratuita e *universal apenas* para os comprovadamente *indigentes*, já que, “os recursos públicos seriam sempre insuficientes”. Desse modo, defende-se a universalidade e a equidade, princípios amplamente aceitos e, portanto, necessários para a legitimação dos grupos no poder, e se garante, na prática, os interesses do setor privado da Saúde.

Sobre a questão da descentralização também cabem considerações. Além da focalização das políticas neoliberais de saúde nos grupos marginalizados e da privatização dos serviços, também faz parte do cardápio recomendado para a América Latina pelas instituições ligadas ao sistema capitalista internacional a questão da *descentralização* dos serviços públicos. Na perspectiva neoliberal, porém, esta questão é concebida como um modo de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, já que aproxima problemas e gestão, além de induzir a interação, no nível local, dos recursos públicos e dos não-governamentais para o financiamento das atividades sociais, ampliando-se assim a utilização de formas alternativas de produção e operação dos serviços mais facilmente organizáveis nas esferas municipais.

Esta tendência atual à radical descentralização dos serviços de saúde - que observamos nas duas realidades em estudo - dependerá, entretanto, segundo Buss & Labra¹²⁸, muito mais do padrão histórico de relacionamento do poder central com as unidades político-administrativas e com a existência ou não de uma cultura societal comunitária, do que da capacidade da autoridade central de impor uma nova racionalidade centrífuga aos serviços de saúde.

Na cidade de *Porto Alegre*, a política de saúde está claramente fundamenta no pensamento do MBRS, que tem uma ideologia contra-

¹²⁸ BUSS, Paulo M. & LABRA, Maria E. (org.). *Sistemas de saúde. Continuidades e mudanças*. São Paulo-RJ: HUCITEC-Fiocruz, 1995. p. 23.

hegemônica no contexto do neoliberalismo. A “Saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado” não representa a política neoliberal para o setor. A política municipal estaria, assim, em franca contradição com a orientação do projeto neoliberal e com as políticas sociais ditadas pelo Banco Mundial.

Baseada na análise de Laurell, penso poder afirmar que existiria uma diferença fundamental entre as duas concepções de políticas de Saúde: no caso uruguaio, a política de Saúde se aproximaria do conceito liberal de bem-estar, segundo o qual as políticas sociais se destinariam especificamente aos marginalizados. No caso brasileiro, a orientação da política de Saúde buscaria resgatar a universalidade e a relação entre a condição de cidadania e o direito à Saúde. Percebo, entretanto, que existe no Brasil - mais do que no Uruguai - uma forte contradição entre o projeto político-econômico neoliberal que vem se consolidando no país e a política de Saúde como desdobramento do conceito inscrito na constituição, da mesma forma que a política de Saúde na cidade de Porto Alegre, já que fundamentada nos mesmos princípios.

Penso, entretanto, que a falência do SUS evidenciaria as estratégias que vêm sendo empregadas pelo governo federal e as forças que o apóiam, no sentido de resolver a seu favor esta contradição. Na medida em que o governo inviabiliza o financiamento do sistema em sua perspectiva universalizante, isto acabaria aparecendo ao público mais desavisado como a incapacidade do setor público em atender às necessidades de Saúde de toda a população.

Reforça-se, assim, a proposta neoliberal de um sistema dual de saúde: o sistema estatal e público destinado à população marginalizada - que não pode pagar pelos serviços de saúde - e o sistema privado que, principalmente através dos seguros-saúde, garante o atendimento à parcela mais privilegiada da população que pode consumi-lo no mercado da saúde, garantindo assim a fatia de mercado do setor médico-empresarial.

Caberia perguntar se, no contexto do desemprego estrutural que acompanha as entranhas dos projetos neoliberais, poderíamos pensar em uma concepção de política de Saúde que a transforma em pura mercadoria que deve ser adquirida no mercado, e onde a saúde pública se reduz a um “pacote mínimo” de benefícios definido por uma relação positiva entre baixo custo e alto “rendimento”.

É neste contexto que entendo a crucial importância da participação de técnicos de saúde e da população nos espaços participativos que se abrem na perspectiva das Reformas da Saúde e das propostas de descentralização político-administrativa dos sistemas de saúde. Nos países latino-americanos, me parece fundamental a construção de políticas alternativas, de formas de resistência às políticas oficiais ou de participação da população e dos técnicos de saúde na definição destas políticas.

No Brasil, a participação da população nos serviços de saúde, embora esteja prevista na legislação da saúde, muitas vezes parece funcionar como mais um dos mecanismos de legitimação das propostas oficiais, já que a população e a maioria dos profissionais têm uma compreensão pouco crítica, descontextualizada da problemática do setor e uma incipiente experiência em processos participativos.

No Uruguai, a participação da população na discussão da Saúde - da mesma forma que no Brasil - é um fenômeno sob muitos pontos de vista, também embrionário. Vem se dando de forma paulatina e de modo diverso no interior e na capital e, mesmo dentro de Montevideú, com uma diferente postura entre a prefeitura municipal e o MSP.

Poderia acrescentar a estas reflexões que, num e noutro país, a maioria dos profissionais de saúde, e especialmente os médicos, têm fortes resistências a mudanças na estrutura do sistema de saúde e do modelo de atenção¹²⁹.

¹²⁹ Contribuição da coordenadora do projeto em Montevideú, Dra. Alicia Sosa Abella.

6. SAÚDE COMUNITÁRIA **COMO UMA PRÁTICA CONTRADITÓRIA**

As características das práticas de saúde comunitária poderiam ser melhor compreendidas se analisarmos os modelos que as vêm influenciando desde o surgimento deste paradigma. Num primeiro movimento farei uma breve incursão que visa situar historicamente a “gestação” deste modelo de prática médico-sanitária em diferentes realidades. Em seguida buscarei evidenciar as contradições inerentes a este modelo para que possamos, assim, alcançar maior clareza quanto a suas limitações e possibilidades.

Em 1920, no Reino Unido, o *Relatório Dawson* constituiu um marco histórico ao introduzir os conceitos de *cuidados primários e secundários de saúde*. Este relatório defendia a aplicação de uma *abordagem “de baixo para cima”* - isto é, de base populacional - aos serviços de saúde, à distribuição de recursos, à produção de registros e à formação dos profissionais de saúde.

Lorde Dawson e outros colegas salientaram que os elementos de um sistema de saúde deveriam estar “adequadamente correlacionados e disponíveis para todos”. Esta formulação foi a base para a organização de sistemas de serviços de saúde direcionados a responder aos vários níveis de necessidades da população e para a reorganização dos Serviços de Saúde em vários países¹³⁰. O “Royal College of Practitioners” definiria os médicos gerais como:

O médico que proporciona um cuidado personalizado, continuado, para indivíduos e famílias. É o primeiro contato com o serviço de saúde. Atende seus pacientes em suas casas, nos consultórios e no hospital. Reconhece a responsabilidade de tomar decisões para cada novo problema que seu paciente apresentar, consultando especialistas quando achar apropriado. Usualmente trabalha em grupos com outros médicos gerais, com a ajuda de colegas para- médicos, com adequado número de pessoal administrativo e os

¹³⁰ STARFIELD. B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. Oxford: University Press. 1992.

equipamentos necessários. Seus diagnósticos integram os aspectos físico, psicológico e sociais. Intervém educativamente, preventivamente e terapêuticamente para promover a saúde de seus pacientes.¹³¹

Passaram-se 20 anos antes que a Inglaterra adotasse e colocasse em prática o modelo teórico de atenção à saúde proposto por Lorde Dawson, base para a formação do Sistema Nacional de Saúde daquele país. Provavelmente, desde esta época nenhum outro modelo foi foco de tão intensos, conflitivos e acalorados debates, não apenas naquele país mas em todos os foros internacionais em que se discutia a reorganização do setor Saúde¹³².

No ano de 1978, a Conferência Internacional de Alma Ata¹³³ proporia o paradigma da *Atenção Primária à Saúde (APS)* como uma estratégia para responder à crise da medicina hegemônica nas sociedades capitalistas e alcançar a “*Saúde para todos no ano 2000*”. Esta Conferência definiria este modelo alternativo como:

(...) cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, com sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de auto-confiança e auto-determinação.

Enquanto a APS foi vista apenas como *serviços acessíveis*, os países industrializados argumentavam já ter alcançado os propósitos da Conferência. Somente quando foi entendida como uma *estratégia para integrar todos os aspectos e níveis dos serviços de saúde*, é que se tornou igualmente aplicável como um objetivo a ser alcançado por todas as nações¹³⁴.

¹³¹ HODKING, K. *Towards earlier diagnosis*. 5.ed. London: Curchil Livingstone, 1985. p. 11.

¹³² NOVAES, H.M. *Bases conceptuales: los informes de Flexner y de Dawson*. Cuaderno Técnico n.31, OPS, 1990.

¹³³ CONFERÊNCIA DE ALMA ATA. World Health Organization. *Primary Health Care*. Geneva, 1978.

¹³⁴ VUORI, H. *Primary health care in Europe - problems and solutions*. *Community Medicine*, 1984; 6:221-31.

Atualmente muitos países estão ativamente reorganizando seus serviços de saúde para consolidar um sistema de Atenção Primária à Saúde, ou este sistema já está consolidado, como na Espanha, Portugal, Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Cuba, Finlândia, Países Baixos, Suécia e no Reino Unido.

Estudos recentes têm demonstrado que um serviço com forte base em APS é mais equitativo, alcança melhor estado de saúde e maior satisfação da população, além de ser mais barato.

Nos países da América Latina, as práticas de saúde comunitária seriam também influenciadas pela vertente americana deste paradigma, a Medicina Comunitária.

Para Mendes¹³⁵, o modelo da *Medicina Comunitária*, nas sociedades capitalistas, viria colocar-se como uma alternativa - destinada às classes menos favorecidas - à crise da *Medicina Científica*, paradigma em que se fundamenta a prática médica tradicional, caracterizado principalmente por uma concepção mecanicista do homem, pela redução da doença à sua dimensão biológica, individualização de seu objeto, tecnologia de alta complexidade, especialização e ênfase nos aspectos curativos da medicina.

Apesar de se encontrar em profunda crise, este paradigma ainda domina a maioria das práticas de saúde em nossas sociedades e parece estar fortemente introjetado tanto no imaginário dos profissionais de saúde quanto da população - já que é este o modelo que todos nós temos experienciado tradicionalmente.

Diante de todas essas influências, e provavelmente também por aspectos inerentes a este paradigma, acredito que as práticas de saúde comunitária, em sua efetiva concretização, encerrariam inúmeras contradições, que, em seu desenvolvimento, poderiam tanto reforçar a prática tradicional e hegemônica quanto favorecer a construção de práticas de saúde inovadoras.

¹³⁵ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. mimeo

A um olhar menos atento, as práticas de saúde comunitária poderiam até mesmo parecer “revolucionárias”, no sentido de que suas características ou os elementos em que se estruturam parecem contrapor-se aos da prática médica tradicional.

Compreender a essência destas práticas exigiria, num primeiro momento, entender o papel que este modelo viria desempenhar nas sociedades latino-americanas, o que pressupõe considerar o contexto em que o paradigma se origina: a crise da Medicina Científica.

Na análise que segue buscarei, partindo da reflexão de Mendes sobre o paradigma da Medicina Comunitária, evidenciar as contradições, as limitações e as possibilidades das práticas de saúde comunitária. Para tanto, trago a contribuição dos sujeitos que participaram deste estudo, apoiada também, em outras perspectivas teóricas que, em meu modo de ver, contribuem de modo importante nesta discussão.

6.1 O paradigma da Medicina Comunitária, suas origens, seu papel, suas contradições

Unidade Divina Providência SSC – Porto Alegre	Policlínicas Comunitárias San Vicente e Los Angeles – Prefeitura de Montevideu
<ul style="list-style-type: none"> • O que eu gosto muito no posto é o jeito que as pessoas me tratam. (...) eu nunca vi vocês dizerem assim tu é maluca, como a minha família fala. (...) (moradora de território de risco) • (...) o posto aqui na Vila Jardim está sendo muito bom, não só para mim, como para muita gente. (...) Uma vez falharam comigo. (...) Olha minha filha, eu esperei até as seis da tarde sentada lá. (...) ele me olhou e disse: “está, tu já foi medicada, pode ir para casa. Aí eu subi nas nuvens, (...) eu acho ruim. (moradora de território de risco) • De bom foi muitas vezes, de ruim não lembro de nenhuma. (...) não teve consulta, não consigo, faço uma caminhada, me canso esperando, demora muito para atender ali, não tem banco que chegue prá gente sentar, eu não posso ficar de pé. (...) vim embora, sabe de uma coisa eu vou noutro hospital. (usuária) 	<ul style="list-style-type: none"> • La gente está muy conforme con el trabajo que se está realizando. (...). No es facil cambiar la mentalidad. Es un proceso y los procesos no se pueden apurar (...) Lleva tiempo. (líder comunitario) • (...) el médico de la Policlínica San Vicente, (...) puede estar contigo hasta media hora. Y no con este quiere decir que descarte los otros pacientes, los atiende igual (...) eso estimula mucho. (usuária) • La atención en salud ... hace falta acá en el barrio, (...) pediatría, (...) la demanda del niño es muy grande, (...) cualquier cosa tenés que llevarlo a Casavalle, y, si no, al Pereira. Pero a mí me parece que está muy bien. Que la gente tiene que entender que no tiene que ir al médico cuando está enferma (ACS)

Nas falas apresentadas acima, de usuários e lideranças comunitárias dos serviços em foco, aparecem comentários sobre o funcionamento cotidiano destes serviços de saúde e de como as pessoas que costumam utilizar esses recursos avaliam a atenção oferecida. São enfatizados os aspectos positivos - que diferenciariam estes serviços dos “outros”- e destacados particularmente o calor humano e a atenção dos profissionais com as pessoas que procuram

atendimento. No entanto, os informantes lembram também dos pequenos e grandes problemas, principalmente a falta de consultas médicas - no caso da UDP - e falta de atendimento para as crianças “doentes”, nas policlínicas de Montevideu.

Acredito que esses problemas identificados pela população estariam relacionados com as contradições e as sutilezas inerentes às práticas de saúde comunitária, especialmente no contexto de países em que vêm se consolidando as políticas neoliberais.

Na concretização das práticas de saúde comunitária parece estabelecer-se uma complexa interação entre os paradigmas a que estas se referem e a realidade em que cada experiência se situa, o que determinaria a face particular de cada experiência. Nesta dialética entrariam em jogo o modelo teórico, a política de saúde das instituições, as comunidades - em sua complexa dinâmica sócio-econômica, política e cultural - e os profissionais de saúde que neles atuam, com seus conceitos, sua formação e experiência profissional, suas histórias de vida e visões de mundo. Tudo isto, tendo como pano de fundo os processos sociais, econômicos e políticos das sociedades em questão.

Eugênio Villaça Mendes¹³⁶, ao analisar criticamente o paradigma da Medicina Comunitária ressalta que este modelo teria correspondido, em suas origens, à *solução proposta pela teoria gerencialista para a crise da Medicina Científica*, a prática médica dominante. Este modelo, por volta dos anos sessenta, justamente devido a suas características estruturais, havia se tornado altamente seletivo e inalcançável para maioria das populações - e a crise de legitimidade disto decorrente teria exigido a conformação de um novo paradigma capaz de responder às novas necessidades das sociedades capitalistas.

¹³⁶ MENDES, Eugênio Villaça. *A evolução histórica da prática médica*. mimeo

Donnangelo¹³⁷ busca as origens deste modelo ainda mais precocemente na história: considera, num primeiro momento, a consolidação da política social sob o Estado intervencionista que se generalizou na Europa no começo do século XX sob a forma de garantia de consumo de serviços. Este processo de reorientação das práticas da medicina estaria relacionado às exigências da acumulação e centralização do poder, como parte das estratégias destinadas a aumentar a riqueza e o poder nacionais, que marca a etapa de transição do modo feudal para o modo capitalista de produção.

O mercantilismo teria implicado o recurso a diferentes meios de acumulação pelas sociedades européias e a função do Estado, neste momento de acumulação primitiva, iria depender da eficácia específica do âmbito político. Neste contexto teria surgido o conceito de “política nacional de saúde”. A Medicina Comunitária, mais tardiamente, viria a emergir como uma alternativa para a extensão da prática médica dominante, já que a generalização do consumo médico não teria sido efetivada igualmente em todas as sociedades capitalistas. Esta extensão se daria sob a forma de serviço individual, sendo este, portanto, o primeiro elemento a ser considerado na caracterização do campo da Medicina Comunitária¹³⁸.

Fica claro, através da análise destes dois autores, que existiria uma forte vinculação da prática médica - em sua totalidade - com as exigências e necessidades apresentadas pelo modo de produção capitalista em seus diferentes momentos históricos, que, no caso da Medicina Comunitária, seria a o mundo capitalista ocidental em sua fase monopolista.

A crise estrutural da prática médica dominante deveria ser superada por um novo modelo mais racional e, para isto, incorporaria muitas das temáticas oriundas da economia e da sociologia, tais como *produtividade, diminuição de*

¹³⁷ DONNANGELO, Maria Cecília & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. p. 68.

¹³⁸ *ibid.* p. 68

*custos, extensão de cobertura, simplificação de recursos e participação comunitária*¹³⁹.

Nas formações sociais capitalistas, a Medicina Comunitária se colocaria como uma prática médica de caráter complementar à dominante, coexistindo com esta num sistema de saúde dual e assumindo como seu objeto as categorias sociais excluídas do processo de medicalização da Medicina Científica¹⁴⁰.

Não por acaso a Medicina Comunitária surgiria nos EUA, nos anos 50, como um projeto que buscava a integração das populações marginalizadas e, nos anos 60, seria trazida para a América Latina, integrando as políticas desenvolvimentistas dos EUA para os países do 3o. mundo¹⁴¹.

Nos anos 70, a Medicina Comunitária seria difundida para os países dependentes do Terceiro Mundo tendo como suporte agências internacionais como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana da Saúde. Na América Latina, a difusão deste projeto resultaria em programas experimentais de prestação de serviços que iriam se propor ao desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais.

Para Donnangelo¹⁴² existiriam aspectos que diferenciariam o caso latinoamericano do modelo dos Estados Unidos. No nosso caso, a produção de serviços de saúde teria envolvido necessariamente o âmbito estatal, expressando parcialmente as condições estruturais mais amplas que impuseram ao Estado, nessas sociedades, um padrão de interferência extensa e direta no processo de produção econômica. Em nenhuma parte, entretanto, o Estado assumiria o encargo integral da produção de serviços ou garantiria o acesso universal da população ao consumo médico.

¹³⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. mimeo.

¹⁴⁰ *ibid.*

¹⁴¹ *ibid.*

¹⁴² DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. p.. 85.

Mendes¹⁴³ sintetiza sua análise da Medicina Comunitária ressaltando que esta representaria a racionalização da medicina através de modificações internas à prática médica, sem afetar, no entanto, os seus condicionantes estruturais. Por consequência, ela constituiria não uma prática revolucionária como poderia parecer a um olhar mais desatento e, sim, uma reforma médica moderada que se coloca como alternativa a propostas mais radicais.

Concordando com isto, Donnangelo¹⁴⁴ acrescenta que este paradigma representaria uma tentativa de integração do social à prática médica, através de modalidades consistentes com os limites da reforma que se propõe realizar.

Tendo como objeto as categorias sociais excluídas do cuidado médico hegemônico nas sociedades capitalistas, a nova prática responderia aos determinantes econômicos e político-ideológicos e representaria uma reforma médica moderada, que não modifica a essência da prática médica, isto é, uma prática social vinculada orgânica e fundamentalmente - no contexto de sociedades de classes - à dinâmica das relações entre as classes, seja através do plano da produção econômica - na reprodução das condições do processo de acumulação capitalista, a nível estrutural, seja através do plano político-ideológico, isto é, das condições supra-estruturais da reprodução das sociedades de classe¹⁴⁵.

Um aspecto importante ressaltado pela autora é o fato de que a Medicina Comunitária não visaria à força de trabalho integrada ao processo produtivo sob a modalidade dominante na estrutura de produção e, assim, não teria como fim a obtenção de valor de modo imediato. Corresponderia sim a um aspecto da reprodução do social pela mediação do político, o que configuraria uma nova modalidade de organização interna da prática, potencialmente capaz de compatibilizar o aumento do consumo de serviços e a questão dos custos médicos. Constituir-se-ia, em seu conjunto, como uma prática médica alternativa frente a outras modalidades de prática que tomam como objeto distintas

¹⁴³ MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica**. 1980. Mimeo

¹⁴⁴ DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades. 1979. p. 79

¹⁴⁵ *ibid.* p. 40.

categorias sociais e revelaria um aspecto da diferenciação interna ao campo médico articulado à estrutura da produção¹⁴⁶.

Esta teorização por certo contribui para aprofundar a discussão sobre a identidade deste paradigma, no contexto em que ele surge e se desenvolve. Entretanto, penso ser fundamental confrontá-la com a percepção daqueles que efetivamente vivenciam as práticas de saúde comunitária.

Mas, afinal, o que significa Saúde Comunitária para os sujeitos que a “fazem acontecer”?

Os profissionais de saúde falam sobre o seu entendimento de *saúde comunitária*:

<p align="center">UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA - SSC – Porto Alegre</p>	<p align="center">POL. SAN VICENTE E LOS ANGELES - Prefeitura de Montevideu -</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho desenvolvido numa área geográfica definida, onde deve ser realizado planejamento estratégico e identificadas prioridades. (...) As ações em saúde comunitária devem melhorar as condições de saúde, prevenção de doenças, ações de atendimento a pacientes com problemas específicos. (grupo de discussão1) • Trabalhar junto com uma comunidade melhorando suas condições de vida e ajudando a resolver problemas. Meio pelo qual se leva a comunidade à prevenção e manutenção da saúde. (grupo de discussão2) • O bem-estar de toda a comunidade nas questões coletivas, como escola, creche, transporte, relações de vizinhança, saneamento básico, lixo, água, iluminação, aspectos culturais, empregos, sendo este o mais importante. Todos esses aspectos conquistados através da participação coletiva. (grupo de discussão3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene de sustentarse a partir de lo humano, individual y colectivo. La solidaridad es componente fundamental. A traves de procesos participativos, los grupos humanos pueden alcanzar la salud. (MGC, coordinadora) • Es necesario conocer a fondo el lugar donde trabajás, conocer la gente que vive, la fuente de trabajo que hay, el tipo de patologías que prevalecen. (...) Una cosa es cuáles son las necesidades percibidas por nosotros los técnicos y otra es cuáles son las que ellos sienten, que pueden no coincidir. La barrera es saber que no somos dos separados, sino que tenemos que ser una unidad que trabaja en conjunto para defender o llevar a cabo determinados proyectos. (médica estagiária)

¹⁴⁶ ibid. p. 94

Antes de iniciar uma interpretação destes depoimentos caberia um comentário a respeito do processo de coleta de dados. Alguns informantes interpretaram a pergunta “o que significa saúde comunitária?” como “saúde de uma comunidade ou saúde de uma coletividade”, contrapondo este conceito ao conceito de saúde individual. Isto aconteceu em um dos grupos de discussão na UDP (o grupo3). Diante disto, decidi não interferir e interpretei este fato como falta de clareza conceitual, fruto da não-formação de alguns profissionais no campo da saúde comunitária.

No que se refere aos informantes das comunidades, percebo que, em Montevideu, as pessoas parecem ter maior clareza sobre a identidade deste modelo. Em Porto Alegre, alguns não entenderam a pergunta num primeiro momento e, assim, os questionei a respeito das “diferenças entre o trabalho do postinho e os outros serviços que conheciam”. As falas que seguem dizem respeito a este questionamento junto aos informantes das duas comunidades.

<p align="center">UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA - SSC – Porto Alegre</p>	<p align="center">POL. SAN VICENTE E LOS ANGELES - Prefeitura de Montevideu -</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Foi a primeira coisa que eu ouvi quando o posto chegou. É a saúde da comunidade. (moradora de território de risco) • Nunca ouvi falar em saúde comunitária. (moradora de território de risco) • Lá é melhor, se consegue consulta. (usuária) • No postinho não tem que pousar. (moradora de território de risco) • Os nossos médicos se esforçam mais para descobrir a doença.. (moradora de território de risco). • O médico geral comunitário atende as famílias de toda a comunidade. Conhece as pessoas. Eu aprendo com ele e ele aprende comigo. (Grupo de saúde) • Fazem visitas domiciliares, programas preventivos, vacinação, controle dos desnutridos, se preocupa com tudo que traz doença. (líder com./Grupo de Saúde) 	<ul style="list-style-type: none"> • Es orientar para una buena salud. Todos juntos podemos hacer algo para mejorar. (usuária da policlínica, curso de AC) • Comprende atender a la persona que no está enferma también. Es una buena estrategia, que todavía no está muy implantada, las personas no estan muy convencidas. (ACS) • Es prevención, tratar bien las personas, somos todos iguales. (ACS) • Es una práctica humana. Todos merecem una atención humana. (líder comunitário)

Diferentes concepções sobre a prática de saúde comunitária são evidenciadas através das falas dos técnicos e da população. Entre os técnicos da UDP, aparecem fundamentalmente duas conceituações, já que o terceiro grupo o interpretou de modo diferente. Uma, que ressalta as soluções técnicas e o planejamento estratégico para resolver os problemas de saúde da comunidade, onde as prioridades seriam também tecnicamente definidas, já que não menciona a participação da comunidade. Percebo aqui - tanto pela omissão da população como sujeito, quanto pela ênfase no conhecimento técnico e no papel do profissional de saúde como sujeito único desta prática - uma clara influência da corrente gerencialista e do conceito de Atenção Primária à Saúde de Alma Ata, onde é ressaltada a área geográfica delimitada e a idéia de integralidade da atenção na prática de saúde comunitária.

Ao não mencionar a comunidade e o aporte de seu saber sobre a realidade e suas necessidades, esta conceituação desconsideraria a importância da comunidade na organização da atenção à saúde, desvalorizando-a enquanto sujeito, considerando o saber da população apenas como uma das “variáveis” relacionadas à produção e manifestação das enfermidades ou talvez como um dos interesses a serem considerados no planejamento estratégico da atenção à Saúde. Esta postura teórica caracterizaria, em nosso modo de ver, uma racionalidade finalística, instrumental e estratégica na prática de saúde.

O segundo grupo de discussão da UDP construiu um conceito que demonstra já uma preocupação em incorporar a dimensão do “trabalhar junto”, valorizando mais, portanto, o saber da comunidade sobre a sua realidade e necessidades. Todavia, nesta mesma conceituação, aparece também a idéia de “levar a comunidade à prevenção e à manutenção da saúde”, o que denotaria, uma contradição teórica.

Se, por um lado, os profissionais assumem a importância de envolver a população na solução de seus problemas, por outro, o fazem da perspectiva de

uma relação vertical entre profissional de saúde e população. O profissional, possuidor do saber “correto”, deveria “repassar” este saber à população para que esta valorize a prevenção e alcance a Saúde e a solução para seus problemas. Este conceito estaria relacionado a uma concepção de educação em saúde como “repasso de informações” daqueles que sabem para os que não sabem, típica do pensamento sanitarista do início do século no Brasil, o que também caracterizaria uma racionalidade instrumental.

A possibilidade de diferentes perspectivas nas práticas de saúde comunitária - desde formas mais instrumentais até formas mais dialógicas, críticas e inovadoras - ficam evidenciadas nas falas dos profissionais quando analisam suas práticas. As intenções de “inovar” no cotidiano, entretanto, costumam enfrentar muitas dificuldades:

Quem opta por saúde comunitária quer produzir mudanças, mas os papéis já estão definidos. Os que lutam para mudar são mal vistos. (MGC –UDP)

Os médicos que querem trabalhar de um outro jeito são mal vistos. A equipe não gosta de dizer que não tem mais consultas. Muitas pessoas mudaram, sentem necessidade de entender o social. Têm mais respeito pela comunidade. (técnica de odonto – UDP)

El modelo puede ser implantado en otros niveles de atención. APS no es sólo el primer nivel de atención. La esencia es que las personas participen. El profesional necesita conocer la problemática de la comunidad. Para muchos este modelo es impracticable. (MGC, coordenadora em Montevideu)

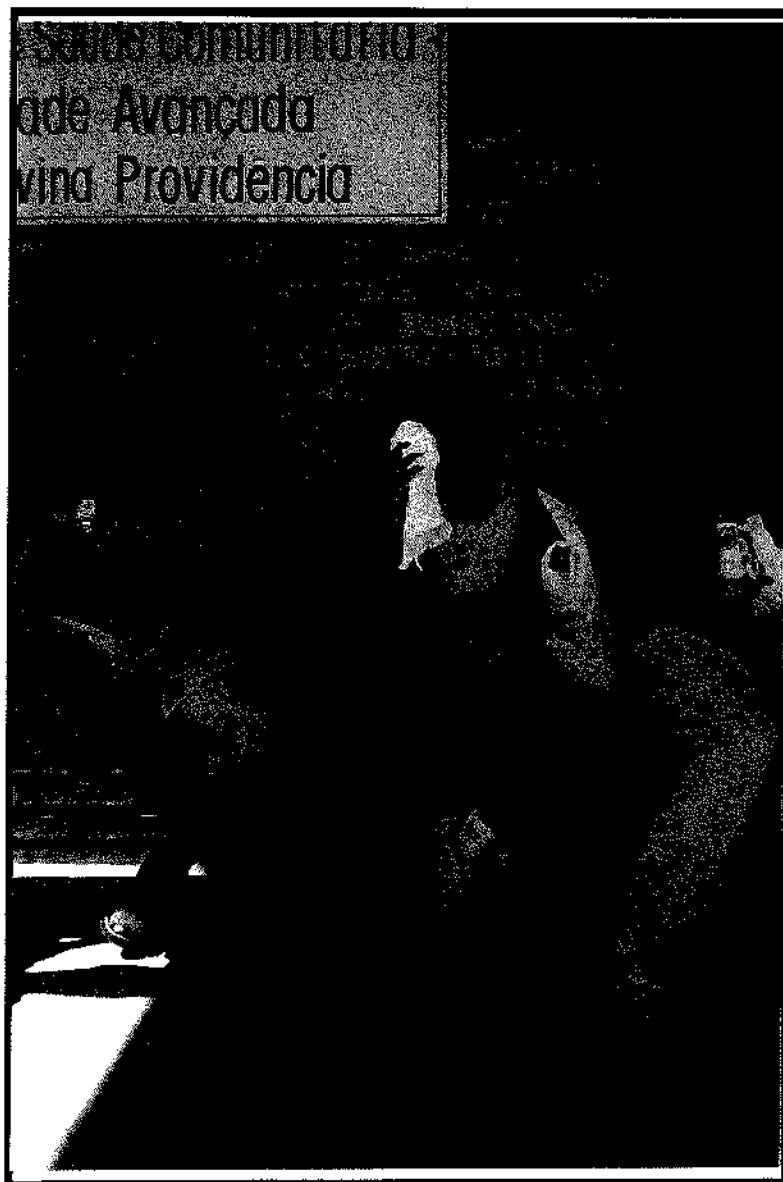
En la facultad sabemos mucho de enfermedad y mucho de enfermedades hospitalarias, ... y poco de encarar el tema por el otro lado, de la salud. Este es un concepto que acá la experiencia de la Intendencia está intentando revertir. Cuando empezás a trabajar con la gente, (...) la única forma que podés afrontarlas sería preveniendo. No estamos muy preparados para esto, practicamente nada. (estagiário de medicina – PLA)

Estes depoimentos confirmam minha percepção de que, mesmo nas práticas de saúde comunitária, mudar as formas mais tradicionais, inovar, fazer diferente, é sempre muito difícil. O modelo tradicional está introjetado na subjetividade de cada um de nós, profissionais de saúde, e também no

imaginário da população. Muitas vezes, - e isto fica claro nas falas dos informantes da UDP - alguns profissionais desejariam mudar a sua prática, passando, por exemplo, de um modelo centrado no atendimento médico-clínico individual para um outro que privilegie as atividades preventivas, educativas e de promoção da saúde.

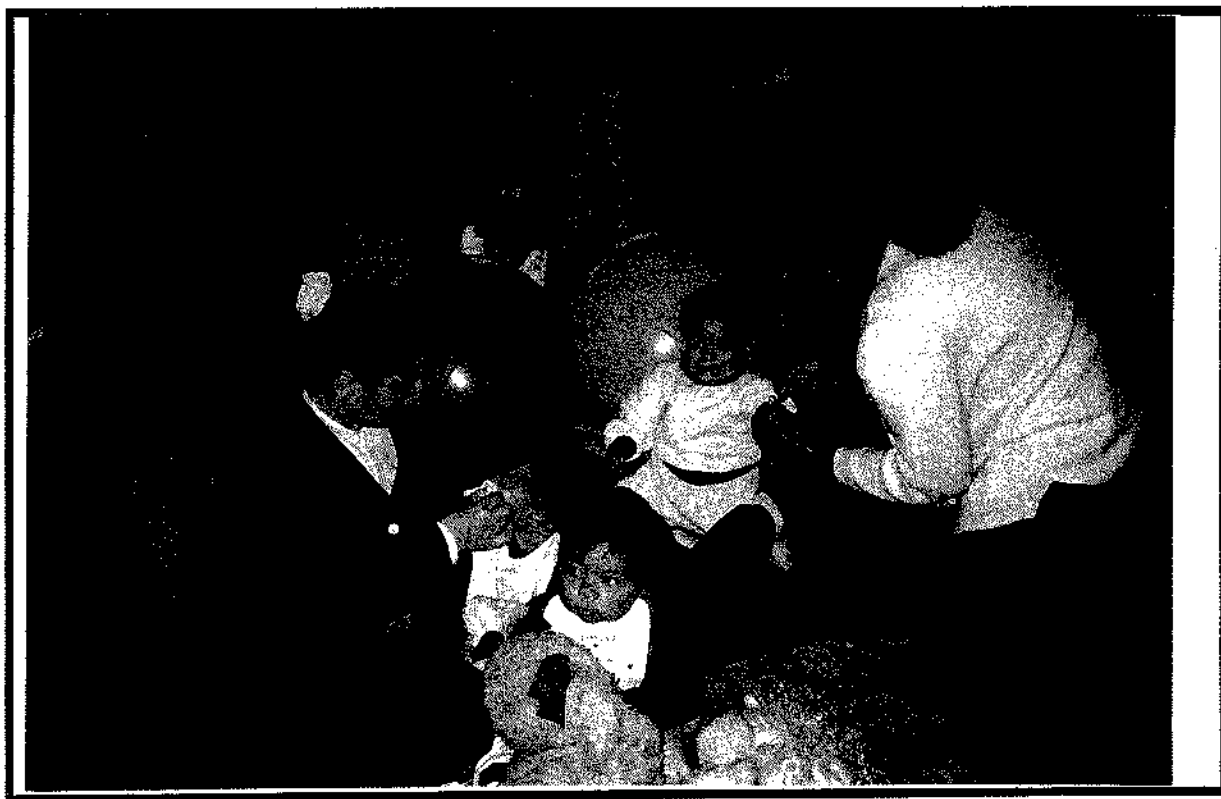
Isto, no entanto, significaria oferecer menos “consultas médicas”, que são o “retrato” da prática tradicional e que se reflete na expectativa da equipe de uma “oferta” suficiente de consultas e da população de seu “consumo”. Reflete-se, principalmente na cobrança de produtividade (principalmente médica) por parte da instituição. Embora a maioria dos integrantes de nossa equipe concorde que é necessário mudar o modelo, muitas resistências acabam se interpondo neste processo. Uma delas se relaciona com a dificuldade que muitos profissionais têm em explicar esta mudança de proposta de trabalho à população.

Dizer que “não tem mais consultas”, é frustrar as expectativas das pessoas e, principalmente, ter que justificar, o que não parece ser muito fácil, especialmente diante das ambigüidades em nossas concepções sobre a prática de saúde. Incorporar o diálogo com a população no cotidiano da prática de saúde parece bastante difícil, já que não estamos acostumados a agir dialogicamente.



Esta investigação, ao aproximar-me da realidade das Policlínicas Comunitárias de Montevideu, me oferece um importante aprendizado. Segundo pude constatar, também lá teria sido muito difícil implantar um modelo alternativo àquele tradicionalmente conhecido pelas comunidades. Entretanto, este foi um processo de “negociação” entre os técnicos de saúde e as comunidades. Hoje, segundo relatos de vários informantes deste estudo, este modelo está sendo muito bem aceito.

Um dia por semana as policlínicas fecham suas portas para o atendimento de consultas médicas e todos os integrantes das equipes - médicos, estagiários e ACS - saem às ruas em atividades as mais diferenciadas, nas escolas, nas creches, em visitas, em reuniões, em oficinas educativas.



Esta mudança no enfoque da prática, entretanto, tem sido um processo. Seria preciso ter clareza de onde desejamos chegar e assumir as atitudes necessárias para caminhar nesta direção. Incorporar uma racionalidade comunicativa, onde o diálogo seja a nota permanente e coordenadora de nosso agir, implicaria, em meu modo de ver, o desenvolvimento das práticas de saúde como processos de construção e (re)construção permanentes.

Ellos querían un médico que hiciera lo que ellos sabían que hace un médico, o sea, atender a las personas que estaban enfermas. Yo les traigo una propuesta ... los vecinos de esta zona fueron los que más tuve que conversar, decir las cosas, para que aceptaran. Yo dije, bueno, denme un plazo ... un plazo de 6 meses o un año, denme la

oportunidad de mostrarles que eso que yo les propongo vale la pena. (MGC, coord. do projeto em Montevideú)

La primera reunión que tuvimos con la doctora, nos explicó qué era el tema y le dijimos: bueno, nosotros precisamos de una policlínica que atienda a los enfermos, la gente sana no va a venir a la policlínica. (...) Empezamos la lucha. Hay que abrir la policlínica y ver cómo la gente va entendiendo esto. Era un cambio de mentalidad. Poco a poco se fue entendiendo. No es fácil cambiar la mentalidad ... (líder comunitário – PLA)

É certo que existe na UDP inúmeros movimentos no sentido da mudança do modelo. O planejamento participativo, com o trabalho em territórios de risco seria um entre vários exemplos. A equipe se organiza em quatro “grupos de trabalho” e todas as quartas-feiras, das 14 às 16 horas o posto fecha as portas para o atendimento de consultas e os profissionais vão aos territórios de risco onde desenvolvem as mais variadas atividades com os moradores desses locais.

A população, no início, reclamou. Mas logo muitos começaram a perceber que “passear na vila” era também “trabalho dos doutores”. Embora tenhamos claro que este tempo para o trabalho nos territórios de risco ainda não é suficiente, isto já reflete uma mudança na concepção da prática. Refletindo a diferente visão da instituição sobre saúde comunitária, não nos foi permitido fechar o posto por um tempo maior.

Entre os profissionais do projeto de Montevideú, percebo conceitos mais semelhantes entre si e menos contraditórios. A questão da participação comunitária é colocada sempre como fundamental e entendida como uma relação de solidariedade entre profissionais de saúde e população na luta pela Saúde. Este entendimento de participação pressuporia uma relação mais horizontal, em que os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade se colocariam ambos como sujeitos nos processos de busca de melhores condições de saúde.

O segundo depoimento dos técnicos de Montevideú ressalta a importância de o profissional de saúde conhecer as pessoas, a vida e o cotidiano da

comunidade, para o desenvolvimento das ações de saúde. As diferenças entre os saberes popular e científico são reconhecidas, mas é apontada a possibilidade de construção de projetos em conjunto.

Penso que, embora de modo mais sutil, as contradições do saber técnico também aqui aparecem. Na fala que segue, de um estagiário de medicina em uma das Policlínicas Comunitárias de Montevideú, aparece a convicção de que o profissional de saúde comunitária deveria atuar como um “comunicador” de saúde.

Mucha gente queda asombrada de la actitud del médico que le explica por qué las cosas suceden. (...) Nuestra instrucción médica es que no estamos facultados para ser comunicadores de la salud. (estagiário de medicina – PLA)

Esta postura representaria, certamente, um avanço, em relação à da maioria dos profissionais de saúde no modelo hegemônico, onde a comunicação é desvalorizada e muitas vezes o médico (ou o dentista, por exemplo) nem mesmo menciona o nome das enfermidades aos pacientes, limitando-se a prescrever uma medicação ou uma mudança de comportamento. Cabe chamar a atenção, no entanto, de que comunicação poderia ter diferentes conotações.

No sentido habermasiano, seria entendida como diálogo entre diferentes na busca dos consensos possíveis. Porém, no sentido que lhe empresta o senso comum parece também ser entendido como uma “mensagem que seria enviada por um sujeito a um outro que a recebe mais ou menos passivamente”.

Em minha interpretação, parece existir a clara preocupação do profissional de saúde no caso apresentado em explicar a seus pacientes a causa dos problemas que os acometem. Entretanto, também aqui estaríamos atrelados a uma concepção da educação em saúde como uma via de mão única, onde o profissional, aquele que detém o saber válido, “comunicaria” ao seu paciente, que não o possui, as causas das enfermidades e lhe prescreveria hábitos mais saudáveis que o ajudariam a preservar a saúde.



Esta é uma postura bastante comum entre os profissionais de saúde: sinceramente interessados em ajudar seus pacientes, porém atrelados a uma visão instrumental de educação em saúde e de prevenção. O entrevistado também chama a atenção para o despreparo dos médicos para atuarem como “comunicadores”.

Acredito que as diferenças conceituais evidenciadas nas duas realidades em estudo estariam relacionadas com as particularidades de cada experiência e arrisco-me a fazer alguns comentários a este respeito.

O *Serviço de Saúde Comunitária*, uma instituição formadora já tradicional em Medicina Geral Comunitária foi, em sua origem, fortemente influenciado pelo modelo de Medicina de Família da Inglaterra, onde a atenção médica clínica e individual é particularmente enfatizada. Este pensamento mais

tradicional seria durante vários anos, dominante na coordenação do Serviço e entre muitos profissionais.

Esta concepção ainda parece ter forte influência na formação e na prática principalmente dos médicos. Em especial por que a categoria médica, talvez em sua maioria, realize sua formação no Programa de Residência desenvolvido no próprio Serviço.

Em minha forma de ver, neste momento, existiriam diferentes grupos de “pensamento” entre os profissionais, com diferentes concepções sobre o que seja ou deveria ser o serviço onde atuam, o que muitas vezes acaba se revertendo em “lutas pelo poder” dentro do próprio Serviço.

Na medida em que o Serviço foi crescendo e contratando novos profissionais - principalmente os de áreas não-médicas - este pensamento dominante começaria a mesclar-se com outras concepções sobre saúde comunitária. Não me atrevo a fazer considerações sobre qual seja hoje o pensamento hegemônico no SSC, entretanto, no que se refere à equipe em que atuo e que investiguei, creio poder fazer alguns comentários.

Nossa equipe, na sua constituição original, era centrada na figura do médico geral comunitário, como as demais equipes do SSC. Isto estaria relacionado com diversos fatores, porém considero que dois deles sejam particularmente relevantes. Os médicos são os profissionais mais valorizados socialmente e, além disso, a coordenação do Serviço durante vários anos seguia o pensamento mais tradicional segundo o qual a constituição das equipes de saúde se fundamentava no conceito de divisão do trabalho segundo níveis de qualificação técnica da força de trabalho.

Esta concepção de equipe implicaria uma bem demarcada separação entre as funções intelectuais e as funções manuais e valorizaria os diferenciais de responsabilidade, sendo o médico, portanto, a figura dominante.

A incorporação de novos profissionais à equipe, trazendo suas diferentes bagagens de formação e experiência profissional explicaria, em meu modo de ver, a coexistência na equipe da UDP de concepções diferentes, o que talvez implique uma certa falta de clareza conceitual na equipe como um todo.

Penso entretanto que, justamente devido à existência de diferentes visões sobre a prática de saúde comunitária, poderíamos estabelecer um diálogo entre os integrantes da equipe e caminhar em direção à interdisciplinaridade. Seria, porém, fundamental, que todos tenham clareza acerca do referencial que orienta nossas práticas, a Atenção Primária à Saúde, já que na formação de muitos dos integrantes desta equipe, esta reflexão não é contemplada em qualquer momento.

Em *Montevideu*, a maior homogeneidade conceitual que pude constatar - comparando com a UDP - estaria relacionada também com vários aspectos. Gostaria de chamar a atenção, em primeiro lugar, à formação e experiência profissional da coordenadora do projeto.

Esta profissional também realizou sua formação no Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária oferecido pelo SSC, em Porto Alegre. Já havia, porém, participado de outras experiências de saúde comunitária em países da América Latina e, mais recentemente, vem aprofundando uma formação no campo da Educação Popular. Esta bagagem, em meu modo de ver, a diferenciaria significativamente da maioria dos médicos gerais comunitários e coordenadores do Serviço em Porto Alegre.

É importante ressaltar que, somente este ano teve início o primeiro programa de Residência em Medicina Geral Comunitária no Uruguai, vinculado à Universidad de la República.

Por ainda não existirem profissionais no mercado de trabalho com esta especialidade, a constituição das equipes de saúde nas Policlínicas Comunitárias

está vinculada a um programa de estágios para estudantes de medicina - que permanecem por três meses no projeto - e para estudantes de odontologia e médicos já graduados - que permanecem durante um ano.

O trabalho destes profissionais que lá estagiam é realizado sempre sob a supervisão da médica coordenadora. As práticas cotidianas, sejam elas consultas médicas, ou atividades educativas com a comunidade, são permanentemente discutidas entre todos.

Outra estratégia importante na formação dos profissionais que lá estagiam são os cursos de Agentes Comunitários de Saúde, onde os profissionais devem atuar como “facilitadores” no processo de formação desses agentes, o que colocaria a todos numa posição de educandos/educadores, tendo o cotidiano de trabalho nas policlínicas como ponto de partida.

Na avaliação da coordenadora, os estudantes e os médicos que estagiam neste projeto saem, na maioria das vezes, respeitando o trabalho comunitário - o que seria bastante incomum naquele país por sua tradição conservadora - e, principalmente, saem sabendo do que se trata a saúde comunitária:

Pero en este país donde no existe formación académica de comunidad, el hecho de que se logre hacer que la gente respete el trabajo comunitario es un paso dado. (...) Salen de ahí pensando que es un trabajo válido. Y eso es todo un desafío en este país.

Percebo, entretanto, que tal como em Porto Alegre, as ambigüidades conceituais e as contradições entre conceitos e práticas de saúde comunitária existem. Chama a atenção a contradição entre o conceito de Saúde da coordenadora em Montevideu e sua prática, que tive a oportunidade de observar, onde o diálogo com as pessoas é a tônica principal. Questionada sobre o que entendia por Saúde, ela responde:

Intervienen muchas variables, no? Desde el medio ambiental hasta las posibilidades de que alguien tenga casa, comida, una vida digna, (...) Pero yo creo que en realidad, salud es la capacidad que tenemos los seres humanos de, a pesar de las agresiones

externas e internas que recibimos en la sociedad en la que estamos viviendo, poder sortearlas este .. con salud mental.

Em seu conceito a idéia de equilíbrio ou “capacidade dos indivíduos de resistir com saúde mental às agressões externas” é enfatizada, além das “múltiplas variáveis que intervém” na Saúde. Isto caracteriza uma concepção do social no mesmo nível de determinação dos demais fatores que produzem a doença e estaria relacionado com um conceito funcionalista de saúde/doença.

Por outro lado, fica também evidente uma idéia de que a Saúde estaria relacionada às condições de vida, o que caracterizaria um conceito marxista do processo saúde/doença. Isto nos confirma que também nesta experiência as contradições estão presentes.

Desenvolver um projeto de saúde comunitária apoiado no trabalho de estagiários e Agentes de Saúde parece ser um grande desafio. Entretanto, foi possível perceber que a fundamentação consistente da proposta, o forte comprometimento da coordenadora e das “vecinas” que atuam nas Policlínicas e o fato deste projeto ter sido fruto de uma conquista da comunidade organizada, favoreceriam uma postura ética e de intenso comprometimento de todos aqueles que se vinculam ao projeto.

Analisando preliminarmente as duas realidades, me parece claro que estas práticas de saúde teriam uma característica plural, no sentido de que se constituiriam, na verdade, por várias práticas e várias concepções. Construir propostas legitimadas junto às equipes e às comunidades exigiria, neste sentido, em meu modo de ver, a abertura ao diálogo entre os diferentes, uma postura de problematização do cotidiano e a busca de consensos possíveis.

O exercício desta racionalidade comunicativa no espaço dos serviços de saúde favoreceria a construção de práticas de saúde comunitária efetivamente contra-hegemônicas ao modelo tradicional de prática médico-sanitária e ao projeto neoliberal para a Saúde.

Uma reflexão mais detalhada sobre o paradigma em que se apoiam as práticas de saúde comunitária poderia contribuir para pensarmos mais concretamente acerca das limitações e possibilidades das mesmas, no contexto em que nos encontramos atualmente. Como já mencionei anteriormente, os elementos estruturais que identificam a Medicina Comunitária como modelo alternativo ao dominante, na análise de Mendes, são: o objeto coletivo de sua atenção, a integralidade da atenção, a desconcentração de recursos, a utilização de tecnologia apropriada, a inclusão de práticas médicas alternativas, a utilização da equipe de saúde e a participação da comunidade.

A seguir, passarei a refletir sobre cada um desses elementos separadamente. Tendo como ponto de partida a análise de Mendes, e baseada no suposto de que, na concretização das práticas de saúde comunitária, cada um desses elementos poderia apresentar diferentes e contraditórias concepções, trago outros autores que, em meu entendimento, iluminam esta discussão.

O objeto coletivo da Medicina Comunitária

O objeto da Medicina Comunitária - a comunidade - buscaria resgatar a característica coletiva do objeto da prática médica, contrapondo-se ao objeto individual da Medicina Científica. Segundo Mendes¹⁴⁷, entretanto, este objeto coletivo teria bem definidos os seus limites, restringindo-se à *comunidade local*.

Acredito que, frente a este elemento do paradigma poderiam ser assumidas diferentes posturas teóricas. Nesta primeira concepção, comunidade local seria pensada como um espaço homogêneo onde se constituiriam relações interativas harmônicas e seriam partilhados interesses comuns entre os indivíduos. Este conceito de comunidade implicaria um determinado modo de conceber a prática de saúde por parte dos profissionais e uma forma específica de trabalho com a comunidade.

¹⁴⁷ *ibid.*

No entanto, se empregamos outra perspectiva teórica na compreensão do mesmo objeto, outras possibilidades poderiam delinear-se no trabalho com a população.

A natureza dos fenômenos que me propus a investigar me levou a assumir um conceito de comunidade que considera tanto o critério geográfico da área de moradia das pessoas, quanto o critério de tipos de relações que se estabelecem a partir da organização de grupos e subgrupos no processo de sua produção e reprodução de sua existência.

O critério geográfico se justificaria pelo princípio da Atenção Primária à Saúde que defende a delimitação geográfica de áreas para a atuação dos serviços de saúde, que possibilitaria conhecer a população e estabelecer vínculos com a mesma. Nestes “espaços geográficos” onde se dá a atuação dos serviços de saúde, seria preciso lembrar, acontece a vida cotidiana das comunidades em toda a sua complexidade.

Neles se constituiriam grupos e subgrupos que poderiam ter interesses e preocupações comuns - por pertencerem a uma mesma classe social, habitarem uma mesma área da cidade, serem usuários de um mesmo serviço de saúde ou padecerem das mesmas carências.

Por outro lado, tais grupos e subgrupos também manifestariam heterogeneidades, singularidades e peculiaridades culturais e subjetivas muitas vezes contrastantes, sem falar nas desigualdades quanto às suas condições objetivas de vida.

Seria fundamental também, na compreensão do objeto saúde comunitária, compreender as inter-relações entre a totalidade social e a comunidade. Concordando com Souza¹⁴⁸:

A comunidade não é uma realidade autônoma que possa se traduzir em elementos distintos da própria sociedade na qual se situa. A sociedade, no entanto, se expressa em

¹⁴⁸ SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 64.

situações sociais diversas, algumas das quais assumem características específicas. A comunidade é uma dessas situações. Nesse sentido, a compreensão da sua realidade supõe a compreensão da realidade social global. Por sua vez, também as suas particularidades próprias atuam sobre esta realidade.

A partir dessas reflexões, penso ser fundamental considerar o objeto das práticas de saúde comunitária – a comunidade – como uma manifestação particular da totalidade social que a produz e, neste, sentido ela reproduziria as contradições desta sociedade.



A complexidade do real com todas as suas heterogeneidades e as diferenças entre classes sociais, grupos, subgrupos e indivíduos não eliminaria, entretanto, as possibilidades de identidade que se poderiam constituir na dialética do cotidiano. O enfrentamento de necessidades e padecimentos determinados pelas condições comuns de existência poderia ser um fator a favorecer a constituição desta identidade.

Fundamentar nossas práticas de saúde nesta concepção de comunidade - que considera as heterogeneidades - implicaria buscar o conceito de equidade em Saúde. Implicaria também conceber a saúde comunitária como uma prática social que define uma relação entre as equipes de saúde e profissionais e as comunidades, grupos, famílias e indivíduos, em determinado espaço institucional, onde se buscaria interpretar a realidade a partir de um diálogo crítico intersubjetivo onde a Saúde seria o tema gerador.

Neste sentido, considero que a prática de saúde comunitária se constituiria numa práxis e numa relação educativa entre as equipes de saúde e as comunidades, mediada pela realidade e pelo projeto comum de nela intervir.

Integração de atividades promocionais, preventivas e curativas

Segundo Mendes¹⁴⁹, outro dos pilares em que se apoia a Medicina Comunitária seria a busca de integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, tendo como perspectiva a *recomposição do sentido totalizador da prática de saúde* e implicando o descentramento do enfoque exclusivamente biológico das doenças. Em contraposição a esta abordagem biologicista, fragmentada e descontextualizada da realidade, típica das práticas médicas tradicionais, o novo paradigma orientaria o ato médico para apreender e interferir com o paciente em sua complexidade, inserido num campo de relações onde a família apareceria como unidade fundamental.

A intervenção médica, ao considerar a interação entre o conjunto de fatores que concorrem para a emergência da enfermidade, buscaria orientar-se para os momentos mais precoces do processo saúde-doença¹⁵⁰.

Em meu entendimento, esta proposta de recomposição da totalidade da prática de saúde, no paradigma da Medicina Comunitária, se fundamentaria em

¹⁴⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. 1980. Mimeo.

¹⁵⁰ *ibid.*

uma concepção funcionalista da realidade e do processo saúde/doença, uma das tendências teóricas de maior influência na produção intelectual da interface Ciências Sociais e Saúde.

Segundo Minayo¹⁵¹, para a corrente funcionalista, a doença seria entendida como um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano, compreendido como um sistema biológico que se vincularia ao sistema social através da noção de equilíbrio individual frente às pressões sociais.

A prática médica nesta perspectiva, seria considerada como um mecanismo do sistema social para reconduzir o doente à normalidade. Ela teria por finalidade o controle dos desvios individuais, enfatizando o papel dos indivíduos como atores sociais no conjunto da sociedade, vista como harmônica e equilibrada. A maior ou menor suscetibilidade individual às tensões sociais seria responsável pela doença¹⁵².

Decorreria deste conceito funcionalista de saúde a noção de “risco” comumente empregada no campo da saúde, onde devem ser considerados todos os “fatores” que cada indivíduo ou população “possuem” que os predispõem a determinadas enfermidades, sem questionar o papel da sociedade na produção desses fatores.

Nesta perspectiva teórica, a sociedade seria considerada como um todo harmônico, onde inexistiriam conflitos sociais; não seriam considerados os interesses que perpassam a medicina como uma produção social e os fatores biológicos, sociais, culturais e ambientais seriam situados num mesmo plano de determinação na produção da doença.

As práticas de saúde que se fundamentam neste conceito excluiriam o ambiente mediato - onde se daria a determinação social da enfermidade -

¹⁵¹ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 4.ed. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1996. p.47

¹⁵² *ibid.* p.47

incorporando exclusivamente o ambiente imediato. Tendo uma perspectiva racionalizadora, elas enfatizariam principalmente a eficiência e a eficácia nas ações de saúde e procurariam atuar especialmente através de ações simplificadas de saneamento e prevenção. O “social” seria entendido como uma entre outras “variáveis” que influenciam a ocorrência dos processos patológicos, e como tal seria tratado.

Assim, por exemplo, se a diarreia é causada por água não tratada, bastaria ensinar às mães a ferver a água antes de oferecer às crianças, ou a preparar o soro de rehidratação oral quando a doença está instalada, sem problematizar a situação de vida desta família ou questionar a realidade que produz a doença. A realidade não seria problematizada em sua essência, apenas em sua manifestação mais imediata e aparente.

Embora o modelo tradicional da Medicina Comunitária tenha como referência este conceito funcionalista de Saúde, entendo que seria possível e desejável construir práticas fundamentadas em concepções mais críticas do processo saúde/doença, baseadas em teorias que melhor apreendam este fenômeno na sua complexidade.

O Movimento Sanitário¹⁵³ brasileiro, fortemente influenciado por correntes marxistas, vem discutindo a questão da conceituação do processo saúde/doença há mais de duas décadas, buscando compreendê-lo na complexidade da sua determinação e manifestação. Como consequência deste movimento temos hoje, no texto constitucional, o conceito pelo qual a Saúde é definida como um direito da população e um dever do Estado, que resgata a integralidade da atenção à saúde e relaciona o risco de doença com as condições de vida da população:

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

¹⁵³ Conforme Buss, este Movimento se constituiria a partir da década de 70, nos setores contra-hegemônicos nos quais se originaria um pensamento crítico da saúde e seria a base da Reforma Sanitária.

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹⁵⁴.

Este texto por certo avança em relação ao da constituição anterior em que a atenção pública à Saúde era destinada apenas aos cidadãos vinculados ao mercado formal de trabalho. Avança também por remeter o equacionamento da problemática da Saúde às políticas sociais e econômicas e ao dever do Estado em garanti-las.

Seguindo estas reflexões, as questões da saúde/doença, da prática e das instituições médicas deveriam ser abordadas como fenômenos relacionados à totalidade social e com cada uma de suas instâncias dentro da especificidade histórica de sua manifestação. Segundo Minayo¹⁵⁵:

Como qualquer tema abrangente do cultural, a saúde só pode ser entendida dentro de uma sociologia de classe. Porém, dentro de uma sociologia de classe que a) possua instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes b) perceba também a especificidade dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação. c) defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção d) conceba sua realização tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matrizes essenciais da cultura como a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer, etc., considerando como espaços inclusivos de conflitos, contradições, subordinações e resistência tanto as unidades de trabalho como o bairro, o sindicato, a casa, a consciência, o sexo, a política, a religião. Introduzindo a cultura na definição do conceito de saúde demarca-se um espaçamento radical: ele amplia e contém as articulações da realidade social. Pensada assim, cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário.

Valla & Stotz¹⁵⁶ ressaltam, na definição do processo saúde/doença, a sua vinculação com os processos e relações sociais situados na base da sociedade. A Saúde seria entendida como o conjunto das possibilidades de vida historicamente dadas em uma certa sociedade, possibilidades estas que

¹⁵⁴ REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. P. 133.

¹⁵⁵ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo-RJ: HUCITEX-ABRASCOS, 1996. P. 82-83.

¹⁵⁶ VALLA & STOTZ (org.). **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 124.

deperderiam das forças sociais em luta no contexto das relações em que se encontram envolvidas e condicionadas.

A doença revelaria, por outro lado, as dificuldades para a reprodução da vida na sociedade e, desse modo, as relações de força desfavoráveis e destrutivas para certos grupos e classes sociais. A partir dessa abordagem teórica, a Saúde emergiria como um direito social, cuja expressão dependeria do grau de consciência e de organização das classes e grupos sociais em conflito. A consciência sanitária, referindo-se às condições de vida e de trabalho e às políticas do Estado, seria, assim, uma projeção da consciência social¹⁵⁷.

Boltanski¹⁵⁸ contribui com a compreensão do processo saúde/doença, em sua complexidade, especialmente no que se refere às interações entre as dimensões biológicas, sociais e culturais deste fenômeno.

(...) os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica, sem a mediação da ordem cultural que os retraduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos ou aversões.

Minayo¹⁵⁹ contempla, em seu conceito de Saúde tanto os aspectos estruturais de sua determinação, quanto os processos culturais, subjetivos e individuais que também lhe seriam inerentes.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos

¹⁵⁷ *ibid.* p.124.

¹⁵⁸ BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 119.

¹⁵⁹ MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1992. p.15-16.

e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências.

Através deste processo de investigação constato que os profissionais dos serviços de saúde comunitária em foco assumem, em sua maioria, conceitos bastante amplos e críticos de saúde. Os depoimentos a seguir assim o confirmam:

Saúde como direito, condição de morar bem, trabalhar, ter bom salário, acesso a serviços de saúde, à informação, ter direitos de cidadania reconhecidos, ter prazer em viver. Um equilíbrio relativo. (grupo de discussão². UDP)

Bem-estar físico e mental, ligado à educação, emprego, serviços de saúde cultura, lazer, depende do valor simbólico que cada indivíduo atribui a esses aspectos. (grupo de discussão³. UDP)

Intervienen muchas variables, no? Desde el medio ambiental hasta las posibilidades de que alguien tenga casa, comida, una vida digna, (...) Pero yo creo que en realidad, salud es la capacidad que tenemos los seres humanos de, a pesar de las agresiones externas e internas que recibimos en la sociedad en la que estamos viviendo, poder sortearlas este .. con salud mental. (MGC, coord. do projeto. Montevideu)

Yo creo que salud sería ... que cada ser humano tenga contemplados sus derechos innatos. (...) el Estado te lo tiene que asegurar por haber nacido. (estagiário de medicina. PLA)

Percebo nos conceitos dos entrevistados a influência de diferentes tendências teóricas, em meu modo de ver, especialmente o funcionalismo e o marxismo. Estas tendências “mescladas” identifico nos três primeiros conceitos, que incluem as noções de condições de vida e de trabalho, direito de cidadania, mas também as idéias de “estado”, “equilíbrio” e “variáveis”. A dimensão do simbólico é incorporada em um dos conceitos, o que o diferencia dos demais.

Acredito que as ambigüidades se manifestariam tanto por falta de clareza teórica quanto devido às contradições inerentes a nossas práticas, nas quais diferentes interpretações do paradigma são possíveis. Mudar conceitos, assumindo concepções mais críticas - que melhor representem a realidade que

vivenciamos - é um processo extremamente difícil, mas, em meu modo de ver, imprescindível para qualificar as nossas práticas.

Isto, na verdade, se constituiria num processo de reeducação que costuma implicar sofrimento, pois significaria deixar para trás os padrões em que fomos formados. Ainda mais difícil seria incorporá-los ao cotidiano de trabalho.

A reflexão teórica permanente sobre os fundamentos de nossa prática e as implicações decorrentes das diferentes concepções, em minha opinião, seria fundamental a todos aqueles que se propõem a atuar em práticas sociais. Problematizar o cotidiano poderia ser o ponto de partida para processos educativos de teorização sobre a prática e de exercício criativo a partir desta teorização, o que constituiria uma práxis.

Uma contradição entre conceitos e práticas fica evidenciada quando, por exemplo, defendemos um conceito amplo de saúde, relacionado às condições de vida da população e, na prática, não conseguimos fechar o posto e sair às ruas para trabalhar com a comunidade numa perspectiva educativa, como se bastasse oferecer consultas médicas (ou de outra natureza) para intervir nos processos geradores das enfermidades ou como se a atividade educativa tivesse uma importância secundária nas práticas de saúde comunitária.

Estas contradições se evidenciam também quando, por exemplo, numa consulta odontológica, nos limitamos a prescrever uma boa higiene bucal diária, alimentação não-cariogênica, e consultas regulares ao dentista e não “provocamos” o diálogo com os pacientes a fim de compreendermos melhor a realidade dessas pessoas, o que significa para elas a saúde e a doença bucal ou o que sentem e fazem com relação aos seus dentes.

Percebo que existe, por parte da maioria dos profissionais de odontologia, uma sincera preocupação com a prevenção e a promoção da saúde. Entretanto, quando estamos atendendo os pacientes, muitas vezes nos limitamos a algumas recomendações padronizadas, despersonalizadas e descontextualizadas da vida

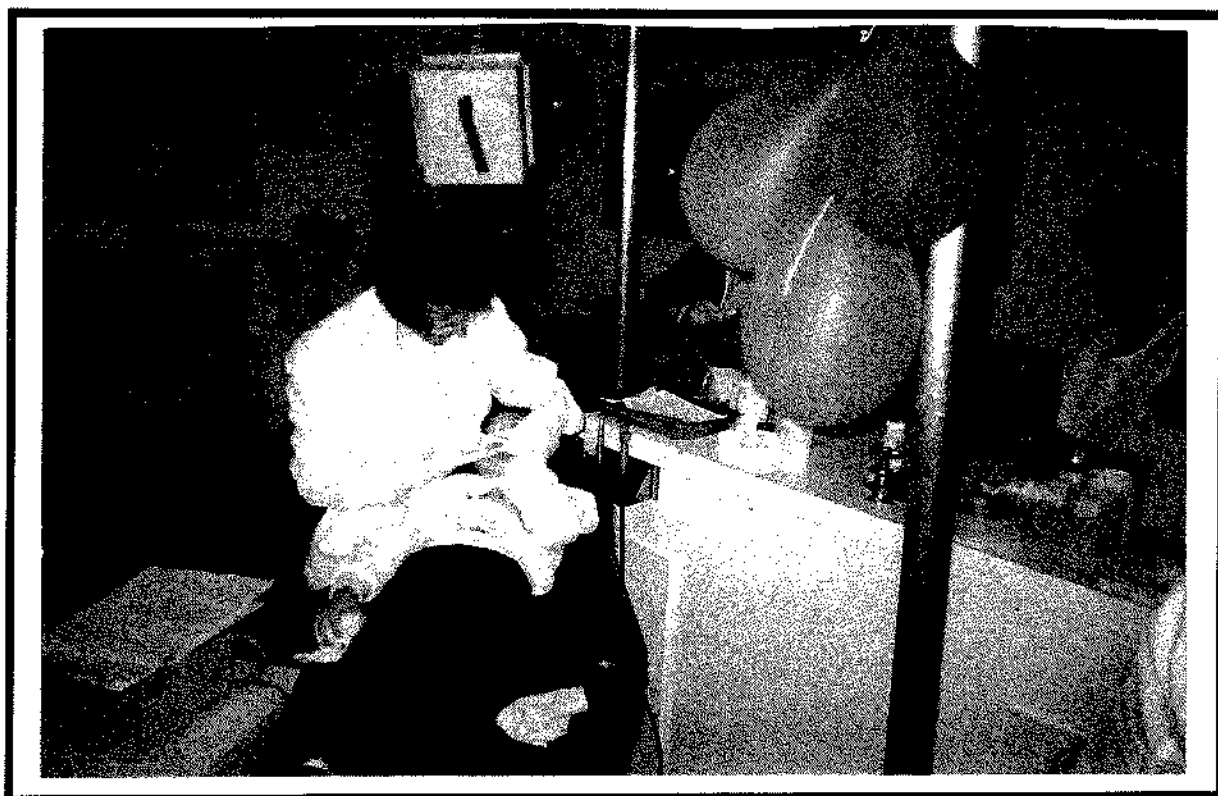
cotidiana de nossos pacientes. Quando estes não cumprem as recomendações que fazemos, muitas vezes os responsabilizamos integralmente por sua situação e nos eximimos de toda responsabilidade.

A maioria dos profissionais de saúde parece “ouvir pouco e falar muito”. Algumas vezes, não perguntamos aos pacientes como se sentem, o que pensam sobre a sua situação e o que esperam da consulta e do tratamento. Uma das explicações para isso poderia ser que, se fizermos muitas perguntas, não conseguiremos ficar dentro do tempo restrito das consultas. Esta postura acaba estabelecendo um “diálogo de surdos” entre profissionais e pacientes.

Com relação à prática odontológica isto parece ser um comportamento ainda mais cristalizado e acredito estar relacionado com o modelo em que fomos formados: o dentista seria o artesão, o “executor” dos mais variados “procedimentos” na boca dos pacientes. É preciso restaurar dentes, extrair dentes, fazer limpezas, aplicar selantes, “fazer a prevenção”. E esta também é a expectativa dos pacientes, já que é este o modelo que vivenciam tradicionalmente.

Como dialogar com alguém de boca aberta, que por isso não pode responder e geralmente se encontra sob muita tensão? O profissional ou se mantém calado ou fala sozinho. Seria preciso inovar na prática odontológica para criar o espaço do diálogo. Um outro aspecto que considero fundamental é que os profissionais realmente se empenhem para que as consultas odontológicas sejam menos estressantes e menos mecânicas, para que a relação paciente profissional possibilite um melhor vínculo e seja criado o espaço do diálogo.

Uma vez fui chamada por um de meus pequenos pacientes de “arrancadora de dentes”... o que me deixou muito deprimida e me fez refletir. Parece que esta criança compreendia bem o caráter da prática odontológica hegemônica !



Em função destas reflexões, penso que construir práticas de saúde com maior impacto no processo saúde/doença supõe apreender este processo na sua complexidade. Seria necessário concebê-lo tanto nas suas dimensões estruturais e políticas como processos coletivos - conseqüentes às condições objetivas de produção e reprodução da existência nas sociedades concretas - quanto em seus aspectos históricos e culturais da vivência coletiva e individual destes processos no corpo dos indivíduos.

Nesta perspectiva seriam contempladas tanto as questões objetivas das desigualdades socialmente determinadas que definem as diferentes classes sociais, quanto as especificidades relacionadas às culturas e subculturas, em suas relações contraditórias com o processo de dominação social.

No cotidiano das práticas de saúde comunitária parecem coexistir conceitos e práticas fundamentados em diferentes correntes teóricas, muitas vezes contraditórias. Se predomina uma concepção funcionalista de saúde/doença, a prática tenderá a assumir perspectivas mais tecnicistas na

abordagem dos problemas de saúde da comunidade, onde, por exemplo, a participação das pessoas seria compreendida como o seu envolvimento com vistas a tornar as ações do técnico mais eficientes e eficazes, o que caracterizaria uma racionalidade instrumental.

Estas práticas de saúde não favoreceriam a construção de conhecimento crítico sobre a realidade, tendendo a reproduzir a prática tradicional ou a saúde comunitária na sua versão racionalizadora, como prática médica de baixo custo destinada aos marginalizados.

Por outro lado, se, no interior das práticas de saúde comunitária começam a ganhar força concepções mais críticas do processo saúde/doença, que o apreendam em sua complexidade e em suas relações com a totalidade social, acredito que as mesmas poderiam incorporar o diálogo entre os saberes técnico e popular, uma racionalidade mais comunicativa e assim favorecer movimentos no sentido de sua inovação crítica e criativa.

A desconcentração de recursos

O terceiro elemento que caracteriza a Medicina Comunitária é a desconcentração de recursos. Preconizam os teóricos deste modelo que as *unidades de saúde deveriam ser levadas o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham*, constituindo o primeiro nível de um continuado processo de assistência integral à saúde. Assentar-se-ia este aspecto em dois conceitos básicos: a *regionalização* e a *hierarquização* dos serviços de saúde.

No *Brasil*, apesar do discurso oficial preconizar a organização do SUS baseado nos princípios da descentralização, regionalização e hierarquização, que favoreceria a atenção universal e integral à Saúde, criaram-se mecanismos que acabaram inviabilizando a concretização destas propostas e reduzindo-o cada vez mais a um “sistema pobre para atendimento dos pobres”, praticamente

limitado ao nível primário de atenção e, mesmo assim, de difícil acesso e baixa qualidade.

Quando, porém, lembramos que estamos inseridos numa conjuntura de neoliberalismo, em que a saúde é tratada como uma mercadoria a ser consumida por todos aqueles que podem por ela pagar, e a saúde pública é vista como uma resposta de relativo baixo custo aos excluídos do mercado da saúde, é possível compreender melhor as sutilezas que o sistema de saúde no Brasil vem apresentando.

No *Uruguai*, me parece que a inexistência de uma proposta de Reforma Sanitária democratizante como a brasileira, implicaria que as coisas aconteçam de modo menos contraditório e que os discursos sejam menos sutis e mais explícitos, existindo maior coerência entre discurso e prática. Na Constituição Nacional, o texto relativo à Saúde defende a responsabilidade do Estado apenas com os “comprovadamente indigentes”. Fica, assim, perfeitamente explícito que a saúde pública e gratuita destinada-se exclusivamente às populações marginalizadas.

Se, por um lado, não existe no Uruguai uma proposta formal de reorganização do sistema de saúde em sua essência, é preciso lembrar que, no contexto da cidade de Montevideu, sob a administração do “Frente Amplio”, existe a clara intenção política de desencadear um processo de descentralização político-administrativo.

É possível que, no desenvolvimento deste processo de descentralização, fiquem fortalecidas novas compreensões das políticas sociais e que a concepção da Saúde como qualidade de vida e direito de cidadania - conceito antagônico ao da lei maior do país - fique mais fortalecido.

A conquista das Policlínicas Comunitárias foco deste estudo se inseriu justamente neste processo de descentralização em Montevideu. Embora seja uma proposta que encerra grandes possibilidades de avanços democráticos, os

conflitos, como em todo processo participativo parecem ser inerentes. É o que relata a coordenadora do projeto de saúde comunitária:

Esto pasa por la descentralización que tiene la intendencia (...) que dividió Montevideo en 18 zonas. (...) Como todo proceso participativo es muy conflictivo. Puede ser lo más maravilloso pero también lo más maligno. Depende de quién lo maneja. (...)

A partir da definição destas 18 zonas na cidade, a população passaria a organizar-se para discutir e encaminhar soluções para os problemas identificados. Nestes processos, criar-se-ia a figura daquilo que os montevideanos denominam de “red”. A coordenadora das policlínicas comunitárias, que participa da “red” do zonal 11 como representante deste serviço, explica o que seria esta proposta de atuação descentralizada e integrada:

Nosotros llamamos red cuando en una zona se reúnen los vecinos, todas las organizaciones gubernamentales que trabajan en la zona (escuela, Intendencia, Salud Pública, no sé ... policías, militares) todas las diferentes autoridades o técnicos que trabajan en la zona forman un grupo de trabajo. (...) esta red está volcada a trabajar con adolescentes. Por qué? Porque en esta zona la desocupación tiene un porcentaje altísimo y dentro de este porcentaje, la mayoría son adolescentes que no estudian, ...

A descentralização de recursos de saúde é política defendida tanto pela administração de Montevideú, quanto pela de Porto Alegre, mas as estratégias empregadas se diferenciam. No caso de Porto Alegre, a descentralização da saúde vem ocorrendo como um aspecto da proposta de reorganização do sistema de saúde do país como um todo. Estão já institucionalizados os Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de governo, onde se efetivaria o controle social, uma das maiores “bandeiras” das administrações mais progressistas.

Chamamos a atenção, entretanto, para o fato de que, no Uruguai, esta proposta de descentralização é uma política da exclusivamente da administração da capital. o que estabeleceria uma contradição com a forte tradição centralizadora do país como um todo. Ilustra esta consideração o relato de uma

das lideranças da Policlínica Los Angeles sobre o processo de reivindicação da mesma através dos “Consejos Vecinales” e “Juntas Locales”:

Fuimos con un proyecto: damos apoyo de los vecinos, queremos el apoyo técnico. A Intendencia aceptó. El Ministerio no, querían gerenciar. La Policlínica salió como prioridad en el plan quinquenal.

Isto evidenciaria as implicações das diferentes posturas político-ideológicas entre a administração da capital e o governo nacional, no Uruguai.

Instituir um sistema de saúde tendo por norte uma concepção de descentralização político-administrativa por certo representaria um avanço importantíssimo. Significaria buscar a concretização do conceito de Saúde como direito universal do cidadão, tal como está previsto na constituição brasileira. É importante lembrar que este discurso da universalização dos cuidados de saúde foi enfaticamente defendido desde a Conferência de Alma Ata, que diagnosticaria a crise da Medicina Científica e proporia a Atenção Primária à Saúde como estratégia para alcançar “a saúde para todos no ano 2000”.

As sutilezas das propostas oficiais, entretanto, parecem não ser capazes de esconder suas contradições. Ao colocar-se o paradigma da Medicina Comunitária como uma prática médica complementar à hegemônica, destinada às classes sociais excluídas da Medicina Científica enquanto modelo hegemônico, seriam criadas barreiras econômicas, culturais ou geográficas ao acesso das classes desfavorecidas aos níveis superiores do sistema de saúde, fazendo com que a referência de pacientes constitua apenas uma declaração de intenções sem possibilidades de se realizar efetivamente.

Como consequência disto, os níveis superiores do sistema continuariam a operar, prioritariamente, em função de clientela privilegiada socialmente, o que reforçaria a reprodução de um sistema dual de saúde: a Medicina Científica, baseada em alta complexidade tecnológica e de alto custo, para as classes mais

privilegiadas, e uma medicina barata, de baixa qualidade e resolutividade para as classes populares, para os marginalizados.

No contexto do neoliberalismo, esta dualidade do sistema de saúde parece ficar cada vez mais fortalecida, já que ela é explicitamente defendida como a única “saída” para a crise da Saúde.

Esta contradição me parece evidente quando percebo que o princípio da universalização da atenção à Saúde está baseado numa concepção social-democrata de política social e, por isso mesmo, em forte antagonismo com o conceito neoliberal de atenção à Saúde que a interpreta como uma mercadoria a ser equacionada no mercado da saúde, sendo o sistema público destinado exclusivamente aos marginalizados do mesmo.

Em meu modo de ver, este elemento do paradigma da Atenção Primária à Saúde - a desconcentração dos recursos de saúde - deveria ser entendido como a descentralização efetiva dos recursos de saúde e, também, de poder político-administrativo e social na definição das políticas de saúde, oportunizando uma estratégia de democratização radical da Saúde que busque a concretização dos princípios da atenção universal e integral à Saúde.

Somente entendido deste modo poderia este elemento contribuir para desencadear movimentos no sentido da transformação da prática médico-sanitária hegemônica.

No espaço dos processos de descentralização - que em princípio deveriam incorporar uma racionalidade comunicativa - torna-se, em meu modo de ver, essencial o *papel da educação*, já que nele se encontrariam os saberes dos técnicos e administradores da Saúde, baseados na racionalidade cognitivo-instrumental e estratégica, e os saberes populares, inerentes ao mundo da vida, impregnados da racionalidade comunicativa. Neste diálogo entre as racionalidades sistêmica e do mundo da vida, seria possível construir propostas

para a Saúde mais comprometidas com a realidade da população e, portanto, mais legítimas.

Utilização de tecnologia apropriada

Outro elemento defendido pela Medicina Comunitária é a utilização de tecnologia apropriada. Segundo a definição de Alma Ata, o termo se refere a um tipo de tecnologia cientificamente bem estruturada, aceitável para os que a utilizam e seus beneficiários, adequada à cultura local, simples e de baixo custo. Um dos fatores que teriam levado à crise estrutural da Medicina Científica como modelo de prática organicamente articulado às necessidades das sociedades capitalistas teria sido a sua incapacidade - devido à alta complexidade e alto custo da tecnologia que incorpora - de extensão de cobertura a amplas camadas populacionais.

Tendo surgido a partir das contradições do modelo hegemônico, a Medicina Comunitária preconizaria o emprego de “tecnologia apropriada” com vistas a viabilizar a extensão de cobertura dos serviços de saúde a amplos setores populacionais.

Segundo Mendes¹⁶⁰, um primeiro critério na definição de *tecnologia apropriada* seria o de ser fundamental. As tecnologias apropriadas se refeririam a três tipos: a *tecnologia básica* ou técnicas de saúde, as *técnicas administrativas* e as *técnicas de capacitação*. Um dos pontos de questionamento do emprego de tecnologia apropriada em países capitalistas é a forma parcial com que seria entendida, reduzindo-a aos dois últimos aspectos. Neste sentido, se caracterizaria uma situação em que a Medicina Comunitária, ao estender a cobertura mas continuar empregando a tecnologia complexa tradicional, poderia também - tal como a Medicina Científica - servir aos interesses da indústria da saúde.

¹⁶⁰ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. 1980. Mimeo.

Na concretização das experiências de saúde comunitária penso ser possível conceber este elemento “tecnologia apropriada” de diferentes formas, e isto se reverteria em diferentes perspectivas no desenvolvimento das práticas. O discurso da “tecnologia apropriada” poderia ser entendido - como o é muitas vezes - como uma tecnologia barata que viabilizaria aos governos e às administrações dos serviços a extensão de cobertura do nível primário de atenção por um baixo custo. A racionalização da prática sanitária através do aumento da produtividade e redução de custos seria aqui o fator de maior peso. Este entendimento de tecnologia apropriada teria como consequência, na minha opinião, uma atenção à saúde de baixa resolutividade e baixo nível de qualidade.

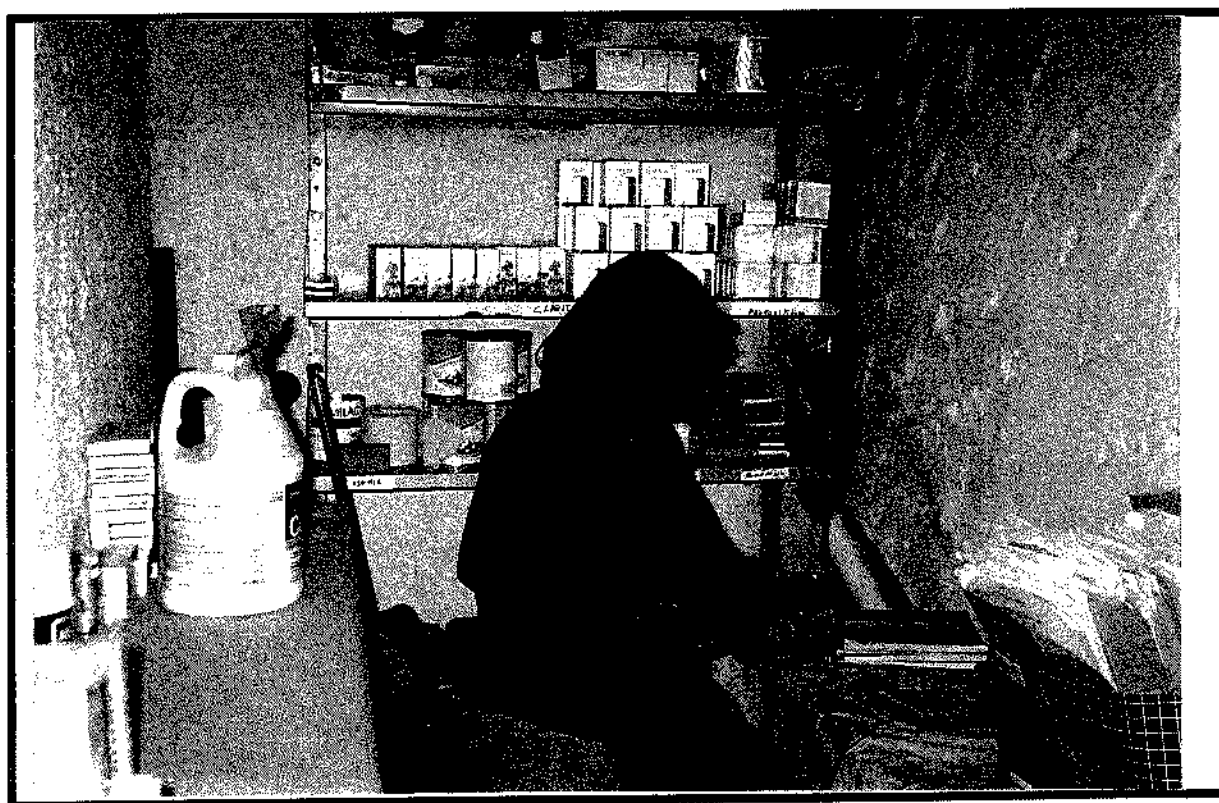
Entretanto, se o entendimento de tecnologia apropriada levar em consideração não exclusivamente o seu custo e a simplificação da tecnologia, mas fundamentalmente sua capacidade de produzir bons resultados, obtendo maior resolutividade e uma boa aceitação entre as populações e técnicos de saúde - o que algumas vezes é realmente possível através do uso das tecnologias mais simplificadas ou baratas - então, sim, este elemento poderia viabilizar a construção de sistemas e práticas de saúde mais comprometidos com a qualidade da atenção oferecida às populações.

Caberia aqui um parêntese, fazendo um comentário a partir de minha vivência profissional e da investigação nas duas realidades.

No caso do Serviço de Saúde Comunitária, o aspecto “tecnologia” é bastante contraditório. Estamos vinculados a uma instituição de saúde - o Grupo Hospitalar Conceição - que está organizada dentro do modelo da Medicina Científica e incorpora tecnologia de alta complexidade. Entretanto, como toda instituição pública, luta com a questão dos custos. Além disso, parece haver uma concepção de que “a medicina comunitária tem de ser barata”. O que percebo é que existiria uma forte preocupação com a racionalização, por um lado, mas muitas vezes, desperdício de recursos por falta de planejamento e organização.

Outro aspecto é que, em inúmeras situações, o critério utilizado na compra de materiais e aquisição de tecnologia é o de menor preço, o que muitas vezes acaba se revertendo em gastos extras ou prejuízos para a população ou para os funcionários.

No caso de Montevideu, o que observei foi uma extrema carência de recursos. Custou-me acreditar e entender como as equipes conseguem desenvolver um trabalho em tão precárias condições. Isto só seria explicado pelo grande compromisso das pessoas com a proposta e por realmente acreditarem que é preciso apostar num outro modelo, mesmo em uma situação adversa.



Embora tenhamos muito melhores condições de trabalho na UDP do que nas policlínicas de Montevideu, muitas vezes também vivenciamos no cotidiano esta concepção de “tecnologia apropriada” como a de menor custo... Por isso, me solidarizo com os colegas de Montevideu.

Inclusão de práticas médicas alternativas

A inclusão de práticas médicas alternativas - elemento estrutural da Medicina Comunitária - diferentemente do que acontece na Medicina Científica - procuraria incorporar as formas alternativas - acadêmicas e populares - de medicina, a fim de buscar maior eficácia e eficiência. Como já comentado, a própria Medicina Comunitária seria uma forma alternativa e complementar à Medicina Científica, sendo destinada a uma clientela específica, atuando, portanto, concomitantemente com a prática tradicional.

Reconhecendo a riqueza da medicina popular e sua grande tradição entre a população, a Medicina Comunitária buscaria incorporar estas práticas. Neste ponto se configuraria uma contradição. Creio que, dependendo da perspectiva que assumam as estratégias para a incorporação das práticas alternativas, isto poderia favorecer diferentes sentidos de transformação das práticas de saúde comunitária.

Um exemplo da incorporação dos saberes populares ou alternativos nas práticas de saúde comunitária seria através da formação de agentes comunitários de saúde. O entendimento sobre o papel deste sujeito na equipe de saúde e a perspectiva pedagógica adotada em sua formação definiria a contribuição específica deste sujeito no desenvolvimento das práticas de saúde comunitária.

A incorporação das práticas alternativas de saúde e dos saberes populares, poderia se dar, por exemplo, numa perspectiva que desconsidere a identidade e a autonomia destes saberes, sem a preocupação de recriá-los ou desenvolvê-los cientificamente, o que caracterizaria um processo de inclusão cooptativo¹⁶¹. Nesta concepção, a inclusão de práticas alternativas serviria como mais uma das estratégias empregadas pelo sistema oficial para estender a cobertura e baratear os custos dos serviços, mantendo a hegemonia do saber científico e, desse modo, reforçando a reprodução da prática médica dominante.

¹⁶¹ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. 1980. Mimeo.

Uma outra alternativa seria pensar a incorporação dos agentes comunitários nas equipes de saúde de uma perspectiva que os considere efetivamente como *sujeitos*, inseridos ao mesmo tempo na equipe de saúde e na comunidade, através de um processo de formação permanente que estabeleça entre os profissionais de saúde e os agentes comunitários uma relação educativa que favoreça uma maior aproximação entre os saberes técnicos e os saberes populares em saúde. Penso que, através desta estratégia, a equipe de saúde comunitária - que inclui os agentes comunitários de saúde - poderia alcançar uma melhor compreensão da realidade complexa da vida cotidiana da população, o que favoreceria a busca de soluções para os problemas de saúde cultural e socialmente mais legítimas.

Este processo de investigação me oportunizou conhecer um pouco da experiência de formação dos Agentes Comunitários de Saúde nas policlínicas comunitárias de Montevideo. Esta experiência, que emprega uma linha pedagógica¹⁶² baseada em Paulo Freire, causou em mim uma impressão francamente positiva.

Para ilustrar esta afirmação, apresento as falas de uma moradora da comunidade em San Vicente, onde ela manifesta, num primeiro momento, o seu interesse em trabalhar junto à Policlínica.

Mirá, a la verdad, sinceramente yo me gustaría dedicarme directamente a la Policlínica (...) por la humanidad que hay ahí dentro (...)

Sendo novamente entrevistada depois de concluído o curso de Agente Comunitário de Saúde, e questionada sobre o que havia sido mais significativo neste processo, ela responde:

Aprendés a escuchar y a que te escuchen (...) Una experiencia muy linda...aparte, el compañerismo que hubo, fue fabuloso. Los técnicos... porque por lo regular... ahora ya no es tanto, pero antes era médico-paciente. Había una pared entre los dos. Hoy por

¹⁶² Conforme informações da coordenadora do projeto em Montevideo.

hoy, no, y menos en el curso, éramos iguales. No había técnicos. Para mí fue fundamental porque te dá... vós te sentís que sos útil y que tenés voto, que tenés valor ante cualquier persona, no importa si es un médico o un presidente de la República. Vós sos vós y podés decir lo que sentís, o sea, que tenemos valores como personas que ayudan a las demás en sus necesidades.



Utilização de equipe de saúde

A utilização do trabalho em equipe na organização das práticas de saúde comunitária, da mesma forma que cada um dos demais elementos em que se apoia este paradigma, poderia adotar diferentes perspectivas.

Uma primeira concepção de equipe de saúde seria aquela baseada num conceito de divisão de trabalho segundo níveis de qualificação técnica da força de trabalho. Esta perspectiva separaria as funções intelectuais das manuais e valorizaria os diferenciais de responsabilidade, tendo, assim, na figura do médico, o papel dominante.

Para Mendes¹⁶³, esta seria a conotação dada a este elemento no discurso oficial. Nesta perspectiva de trabalho em equipe, as práticas de saúde

¹⁶³ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. 1980. Mimeo.

comunitária se caracterizariam por uma bem definida hierarquização de saberes - e, conseqüentemente, de poderes - entre os diferentes profissionais que integram as equipes de saúde. Além da marcada hierarquização, muitas vezes as equipes se reduzem a médicos gerais comunitários e agentes de saúde, em que a divisão saber/poder fica particularmente bem demarcada.

Este modo de conceber a equipe de saúde estaria, em primeiro lugar, relacionado com a intenção de baratear os custos do modelo e, além disso, refletiria uma visão da prática de saúde (ou de doença?) onde o saber médico é mais valorizado que os demais saberes na abordagem dos problemas de saúde.

Parece coerente que uma concepção do processo saúde/doença que enfatiza os aspectos biológicos deste processo ou que situa os aspectos sociais como simples variáveis que interferem na manifestação da doença, negando ou desvalorizando a sua determinação social e vivência cultural e simbólica pelos sujeitos, implicaria no desenvolvimento de uma prática centrada no saber/poder médico e atendimento médico-clínico.

Quando, porém, o processo saúde/doença é compreendido numa perspectiva teórica mais crítica, que o apreende na sua complexidade, as práticas de saúde deveriam incorporar outros saberes, inclusive saberes da área das ciências humanas e sociais e, principalmente, estabelecer relações mais horizontais entre estes saberes através de abordagens interdisciplinares à saúde e à doença.

Parece possível, em meu modo de ver, tanto formar equipes de saúde comunitária centradas no saber médico-clínico, nas quais os demais saberes sejam "complementares" a este saber dominante, o que reforçaria a prática hegemônica e o papel que desempenha na sociedade vigente, quanto a formação de equipes onde a busca de construção de saberes interdisciplinares seja a tônica principal, saberes estes com maior potencial de apreender o processo

saúde/doença na complexidade de sua determinação e manifestação, implicando maior capacidade de intervenção no mesmo.

Uma estratégia de trabalho em equipe que incorpore uma perspectiva pedagógica participativa e problematizadora da realidade vivida pela comunidade e pela equipe de saúde, favoreceria práticas de saúde comunitária comprometidas com uma construção criativa e solidária de projetos comuns. Ao interpretar e intervir na realidade tendo o entendimento intersubjetivo como elemento coordenador da ação seria possível construir pontes e tecer “tramas” entre os diferentes saberes que fundamentariam ações mais legítimas.

Estas práticas que incorporam a construção de saberes e fazeres interdisciplinares e formas mais criativas de trabalho em saúde, poderiam representar, em meu entendimento, importantes acúmulos no sentido da transformação do modelo hegemônico da prática de saúde.

Mendes¹⁶⁴ reconhece que na versão oficial deste paradigma, a divisão de trabalho não significaria uma opção pela desmonopolização do saber, o qual só poderia surgir de uma relação dialética entre os discursos médico, oficial e da população. Segundo ele, o novo paradigma exigiria, além de tudo, mudanças na formação e capacitação dos recursos humanos que permitam superar as distorções do processo educacional no modelo tradicional.

Com esta perspectiva, o discurso oficial passaria a defender a integração docente-assistencial. Embora preconize estratégias pedagógicas que integram a formação dos profissionais, isto parece ainda não estar sedimentado na nossa realidade, o que se refletiria nas dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em trabalhar em equipe e em construir propostas de trabalho realmente participativas. As falas que seguem refere-se a estes aspectos:

Aqui a gente se expõe muito. (...) Uma das dificuldades é o fato da gente trabalhar muito tempo junto, aparecem as dificuldades e as habilidades de cada um. (...) As coisas boas nunca são valorizadas. (...) Em segundo, é a dificuldade em se comunicar.

¹⁶⁴ MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. 1980. Mimeo

(...) A gente como estudante de medicina acaba não tendo nenhum tipo de relação com outros profissionais da área de saúde e aqui no posto isso acaba sendo uma coisa super importante. (MGC, UDP)

Essa equipe tem uma marca muito forte (...) de tentar fazer uma reflexão sobre o seu trabalho (...) e isso cansa, a maioria das pessoas não gosta de que tenha reflexão, e isso é muito diferente daquilo que todos os médicos aprendem na faculdade. (...) tem também isso aí, todo mundo tem que estar dentro de um padrão. (MGC – UDP)



Ao aproximar-me da realidade de Montevideu, tinha inicialmente uma suposição de que haveria bastante dificuldades no relacionamento das equipes, já que elas são constituídas por técnicos e “vecinas”. Acabei percebendo que, as dificuldades de relacionamento existem, porém, costumam ser prontamente resolvidas.

Os depoimentos de várias “vecinas”, afirmando não haver problemas de nenhum tipo no relacionamento delas com os profissionais, que eram “todos

iguales”, não me convenciam. Mas, aos poucos, fui compreendendo melhor o que isto significava.

Um primeiro fator atribuo à postura determinada e firme da coordenadora das policlínicas quanto ao respeito pelos colegas, pelas “vecinas” e pela população e a adoção de uma prática dialógica e democrática de tomada de decisões que devem ser respeitadas por todos.

Um outro aspecto talvez também favoreça que as diferenças entre os integrantes das equipes sejam bem resolvidas: as equipes são muito pequenas e se constituem fundamentalmente de médicos e estudantes de medicina. As principais diferenças se dariam, em princípio, no relacionamento entre estes e as “vecinas” que trabalham nas policlínicas. O diálogo permanente e respeitoso parece ser a “receita”...

Um terceiro aspecto influenciaria no bom relacionamento das equipes, em meu modo de ver: o “contrato de trabalho” das comunidades com as policlínicas foi construído dialogicamente e, por isso, legitimado, e necessitaria ser rigorosamente cumprido.

Eso no es un camino de rosas. Eso tiene un gran esfuerzo por detrás, este ... personal mio y personal de las vecinas que somos los pilares del proceso. Muchas veces las vecinas han venido a plantearme situaciones que surgen en el relacionamiento con el técnico. El coordinador tiene que ser el catalizador y el intermediario entre la problemática de la comunidad y del técnico. (...) Acá el respeto no se discute y el trabajo con una postura humanitaria (...) (MGC, coordenadora)

A partir de minha experiência na UDP, posso afirmar que também aqui o bom relacionamento da equipe é fator que facilita o desenvolvimento do trabalho e ajuda a superar as limitações impostas pela instituição. A abertura ao diálogo favorece a superação de problemas no relacionamento entre os colegas e o respeito às diferenças.

UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA SSC – Porto Alegre	POL. SAN VICENTE E LOS ANGELES Prefeitura de Montevideu
<ul style="list-style-type: none"> • Ato de discutir, decidir, avaliar. Identificação com atitudes ativas. Conquistar os espaços de cidadania. União das pessoas para melhorar as condições de vida da comunidade. (grupo de discussão1) • Fazer juntos, desenvolvendo um canal aberto em que todos possam se expressar (grupo de discussão2) • Buscar envolver-se na busca de soluções para questões que digam respeito a um conjunto de pessoas em uma determinada situação. É importante dar espaço para a participação. (grupo de discussão3) • Conquistar espaços. Contribuir com as tuas capacidades para a melhora do teu cotidiano. Tens que enriquecer e desalienar o teu cotidiano. A partir da participação no cotidiano, é possível desenvolver outras formas de participação. (MGC, UDP) • Interação que permite maior autonomia e trabalho conjunto com os profissionais de saúde. Permite que sejam identificados grupos de maior risco e desenvolvidas ações dentro do princípio da equidade. (MGC, UDP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Yo creo que para uno participar, hay que tener un fin con otras personas, uno tiene que saber de lo qué está hablando y de lo qué quiere hacer. Para participar en salud es preciso saber lo qué es salud. Participación es esto ... llegar hasta lo último participativo. Que para mí es la autogestión, donde la propia comunidad se autogestione. (MGC, coordinadora) • Significa la posibilidad de establecer relaciones interactivas, donde cada uno aporta su saber, lo que permite construir un proceso cuyo resultado tendrá a mi entender un mayor impacto. Se llegan a acuerdos, se construyen nuevos saberes, se respetan diferencias. (psicomotricista da creche) • Para que cualquier persona participe debe sentir como próprio el lugar donde vive, como propio el problema. Sobretudo estar informado. Implica sentirse responsable, llegar hasta la meta. Moverse para solucionar algo. (médica estagiária)

Entre os profissionais da UDP percebo vários conceitos. A idéia de participação como uma *conquista* aparece em diferentes falas, mas também existe a percepção de que o espaço de participação deva ser “concedido” por um outro sujeito. Em um dos depoimentos surge a idéia de participação como um *processo* que inicia com a identificação das carências do cotidiano, o qual deveria ser “desalienado”. Uma terceira idéia de participação - que a define como um *meio* do qual o profissional de saúde se utiliza para desenvolver uma prática de saúde mais efetiva - evidencia a influência do pensamento de Alma Ata, onde a participação tem uma conotação marcadamente instrumental.

Entre os profissionais de Montevideu também aparecem diferentes idéias de participação: como um *processo* que deve chegar até a *auto-gestão*, a necessidade de sentir o *projeto* como *próprio*, e como a *contribuição* de cada sujeito através de seu saber. Chamo a atenção para o fato de que, novamente aqui, em Montevideu, as diferenças conceituais não parecem ser tão marcantes quanto as existentes na UDP.

Esta investigação, associada à minha vivência profissional me leva a crer que tanto a população quanto os técnicos têm suas dificuldades e alienações próprias, o que se manifesta nos processos participativos. Muitas vezes, as expectativas dos técnicos não coincidem com a compreensão que a população tem sobre participação. Em outras situações, os próprios profissionais têm uma compreensão ingênua acerca destes processos.

Compreender as sutilezas que as práticas participativas apresentam exigiria conhecer este elemento - participação comunitária - em sua origem, isto é, na forma como foi assumido desde os projetos pioneiros de desenvolvimento comunitário.

As origens da participação comunitária remetem aos Estados Unidos e à Europa Ocidental, onde foram criados os primeiros projetos de desenvolvimento comunitário. Esses programas de ação comunitária teriam constituído uma tentativa planejada pelos governos no sentido da reconstrução ou recriação da comunidade com base na mobilização e coordenação, a nível local, dos recursos sociais. Esta perspectiva estaria fundamentada na idéia de que uma comunidade auto-confiante e com elevado espírito de auto-ajuda poderia superar mais facilmente seus problemas.

Donnangelo¹⁶⁵ analisa esta problemática ressaltando que estes programas de ação comunitária se alicerçariam no conceito de comunidade local, entendida

¹⁶⁵ DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. P.88-94

como uma população, uma localidade, um conjunto de instituições, uma variedade de atividades e um sistema de compreensão que formam um todo ligado e significativo para o indivíduo”.

A escolha do objeto coletivo da Medicina Comunitária nesta perspectiva restrita expressaria uma opção por um espaço limitado, habitado pelo consenso e pela solidariedade social e onde existiriam recursos próprios que poderiam ser desenvolvidos de forma autônoma, desconsiderando os condicionantes estruturais dos problemas vividos localmente.

Também a participação seria, nesta perspectiva, limitada e restrita, não abrindo canais para uma participação ao nível de grandes decisões de caráter nacional, isto é, uma verdadeira participação. Criar-se-ia, desta forma, uma ilusão de participação, efetivando-se na realidade um processo de manipulação da comunidade. Este tipo de participação comunitária cumpriria certas funções dentro da Medicina Comunitária¹⁶⁶.

Em primeiro lugar, contribuiria para aumentar a sua eficiência, já que, através da mobilização comunitária permitiria aportar uma quantidade substancial de recursos da própria comunidade aos programas de saúde¹⁶⁷.

Em segundo lugar, poderia incrementar a eficácia dos programas, na medida em que uma comunidade fortemente envolvida na solução de seus problemas de saúde poderia modificar favoravelmente os fatores ambientais que participam da causalidade das doenças¹⁶⁸.

Cumpririam, por fim, também uma função ideológica, qual seja a de inculcar na comunidade os valores de harmonia social que serviriam para aliviar as tensões e os conflitos sociais¹⁶⁹.

¹⁶⁶ *ibid.* p.88-94

¹⁶⁷ *ibid.* p.70-94

¹⁶⁸ *ibid.* p.70-94

¹⁶⁹ *ibid.* p.70-94

Esta seria uma das possibilidades de entendimento do elemento participação nas práticas de saúde comunitária: a participação entendida como uma concessão, tutelada pelos técnicos e administradores¹⁷⁰, que teria um caráter instrumental, isto é, serviria para tornar a ação técnica mais eficaz.

Adotar esta perspectiva de participação nas práticas de saúde comunitária implicaria, em meu modo de ver, contribuir na reprodução da prática de saúde comunitária na sua versão mais tradicional e assim reforçar uma concepção dual do sistema de saúde, onde existiriam diferentes medicinas e práticas de saúde para diferentes classes sociais.

Entendo entretanto que, se partirmos de referenciais teóricos mais críticos sobre a comunidade e sua relação com a totalidade social seria possível chegar a conceitos de participação nas práticas de saúde comunitária que melhor contribuam para a conquista da Saúde como um valor em si e entendida como qualidade de vida e direito de cidadania.

Souza¹⁷¹ considera que participação é um “processo social que existe independentemente da interferência provocada por um ou outro agente externo”. Esta é uma reflexão fundamental, pois percebo a partir de minha própria experiência que muitas vezes nós, profissionais e mesmo a população, com a melhor das intenções, pretendemos “promover a participação da comunidade, já que a comunidade não participa, são acomodados”. Creio que esta forma de pensar a participação é muitas vezes fonte de muitas frustrações.

A autora acrescenta, porém, que seria fundamental prestar atenção às práticas participativas, na medida em que muitas delas não passam de processos de dominação, o que se constituiria, na verdade, em práticas de contra-participação¹⁷².

¹⁷⁰ DEMO, Pedro. **Cidadania Tutelada e cidadania Assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995. P.33-68

¹⁷¹ SOUZA, Maria Luiza de Souza. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 81

¹⁷² *ibid.* p.79

Demo¹⁷³ contribui nesta reflexão defendendo que a tendência histórica não seria a de participação e sim a de dominação. Por isso, participação seria sempre um *processo de conquista de participação*. O autor situa a problemática vinculando-a às questões relativas à política social e entendendo a participação como o eixo político das mesmas, ao lado dos eixos sócio-econômico e assistencial. Para ele, através da participação, a promoção se tornaria autopromoção, projeto próprio, forma de gestão e auto-gestão, possibilidade de autosustentação.

Lima¹⁷⁴ chama a atenção para o fato de que, no conceito de participação mais comumente usado na teoria e na prática do Serviço Social, existiria uma dicotomia entre a “participação ativa” – entendida como participação nas decisões do aparelho institucional – e uma “participação passiva” – como participação nos bens e serviços da sociedade. À primeira forma de participação seria dada uma maior importância e se atribuiria ao técnico a função de ativar principalmente esta forma, a fim de levar a população a superar o subdesenvolvimento. Essa concepção careceria, entretanto, de uma análise das estruturas sócio-econômicas e políticas que possibilitam ou dificultam a participação social.

Na análise de Demo¹⁷⁵ a questão da alienação e da relação que este fenômeno tem com a qualidade dos processos participativos aparece como central. Considera que participação significaria conquista não apenas na ótica da comunidade, mas também na perspectiva do técnico, do professor, do pesquisador, do intelectual.

(...) é mister superar alienações naturais do técnico. Partindo do fato de que não é pobre, de que é formado na universidade, tendo pois, educação dita superior, de que trabalha no governo, de que é pequeno-burguês, etc. conclui-se cristalinamente que é um ser tendencialmente alienado, frente aos interessados na política social. Tudo isso, não é

¹⁷³ DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993. pág. 18.

¹⁷⁴ LIMA, Sandra Barbosa. **Participação social no cotidiano**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1983. p.15

¹⁷⁵ DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993. pág. 46.

obstáculo cabal, por que é antes o ponto de partida. São nossas formas normais de alienação. Se não as levamos em conta, teremos os efeitos negativos conhecidos: não sabemos aprender da comunidade; não acreditamos em suas potencialidades, planjamos em nossos gabinetes e dispensamos o teste da prática, que não pode ser apenas teste, mas parte integrante, nem maior, nem menor do processo; (...) refletimos nas propostas muito mais nossas inquietações, como se fossem dos interessados, e assim por diante.

Refletir sobre participação exigiria também colocar em discussão a questão do poder, já que participação seria também *conquista de poder*. Neste sentido, compreender que a participação da população nos serviços de saúde implicaria perda de poder por parte dos profissionais e administradores de saúde, explicaria as muitas dificuldades encontradas nas experiências participativas nos serviços de saúde.

A população, por um lado, não está acostumada a dispor de poder; os técnicos também não costumam ver a população como um “parceiro” ou um sujeito igual, embora também muito pouco eles próprios decidam sobre a sua prática profissional, já que o poder maior se situaria no nível político-institucional.

Para Demo¹⁷⁶, participação não seria a ausência e nem tampouco a eliminação do poder e sim a criação e a conquista de uma outra forma de poder. Souza¹⁷⁷, concordando com este autor, defende que a participação se traduziria sobretudo na distribuição do poder na sociedade, sendo um processo contrário à dominação e à concentração de poder. Ressalta, entretanto, que os processos de cooptação existem e destaca, entre os mecanismos utilizados com este objetivo, as formas ideológicas de pensar a existência, como por exemplo: que existem os capazes e os incapazes; que sempre haverá pobres e que caberia aos ignorantes e alienados obedecer às decisões dos intelectuais e dos sábios.

¹⁷⁶ DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993. pág. 20

¹⁷⁷ SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 5 ed. São Paulo: 1996. pág. 86.

Estas reflexões reforçam minha suposição de que a participação é uma problemática tanto dos usuários das instituições e serviços de saúde quanto dos técnicos e administradores. Neste espaço ela representaria um processo de conquista de poder por parte da população e dos técnicos e, portanto, um processo de divisão de poder. No planejamento participativo haveria uma forma mais compartilhada de poder.

Souza¹⁷⁸ reflete sobre as questões ideológicas inerentes ao fenômeno da alienação referindo que “os grupos privilegiados criam mecanismos no sentido de que os seus interesses e preocupações sejam assumidos como interesses e preocupações de todos os segmentos da sociedade”. Acrescenta, no entanto, que o desvendamento das contradições sociais seria capaz de fazer com que os grupos não-privilegiados se descubram como explorados, o que favoreceria o enfrentamento dos problemas do cotidiano.

Fazendo uma crítica sobre as concepções mais tradicionais no campo do Serviço Social, Lima¹⁷⁹ opta por uma perspectiva que aproxima este fenômeno com o tema do *cotidiano*. Neste sentido, entende que a participação social “difusa” também teria seu papel na transformação das relações sociais. A unidade básica de análise para detectar a participação social seriam os atos cotidianos dos indivíduos que se referem a relações com outros indivíduos, com grupos sociais e também com as instituições.

Fundamentando-se no pensamento de Lèfebvre, a autora analisa a participação a partir de uma concepção de cotidiano como o lugar onde se completariam as verdadeiras criações dos seres humanos. Os sentimentos, as idéias, os valores e os costumes se expressariam no cotidiano. Compreende, assim, o *cotidiano como manifestação da sociedade onde ele acontece*, como o nível mediador que permitiria a compreensão da totalidade e, portanto,

¹⁷⁸ SOUZA, Maria Luiza de. *Desenvolvimento de comunidade e participação*. 5 ed. São Paulo: 1996. pág. 82.

¹⁷⁹ LIMA, Sandra Barbosa. *Participação social no cotidiano*. 5 ed. São Paulo: Cortez. 1983.p.43.

precisamente nele seria possível exercer a crítica e a transformação do próprio cotidiano, ou da própria história do homem.

Existiria no cotidiano um movimento dialético entre elementos repetitivos por um lado e elementos inovadores por outro, sendo, portanto, o *centro real da práxis*, lugar onde se realizaria o movimento de produção e de reprodução das relações sociais, no curso da história¹⁸⁰.

Concordando com Lima, acrescento que, se no cotidiano se produz o fenômeno da alienação, é também nele que seria possível acontecer os processos de desalienação e a produção de novas relações sociais, mais democráticas, mais solidárias, mais livres. Para tanto, seria necessário proceder à problematização do cotidiano, à crítica da realidade em que os sujeitos se encontram inseridos, que vivenciam e que os constitui a cada dia como sujeitos ou como objetos. Esta problematização do cotidiano somente seria possível através do diálogo crítico e solidário entre os sujeitos que fazem acontecer este mesmo cotidiano.

É nesta perspectiva de *desalienação do cotidiano* que procurei construir um conceito sobre o elemento *participação* nas práticas de saúde comunitária. Considero que a participação poderia ser compreendida como um *processo educativo* onde, através da problematização permanente da realidade da população e dos serviços de saúde, os sujeitos - através do aporte e da aproximação de seus saberes de diferentes naturezas - buscariam os consensos possíveis, criando e recriando saberes comprometidos criativamente com a transformação da realidade que compartilham no espaço do serviço de saúde.

¹⁸⁰ *ibid.* p.43.



Neste sentido, técnicos de saúde - educadores/educandos - e usuários dos serviços de saúde - também educadores/educandos - poderiam construir solidariamente seus projetos de trabalho que busquem a melhoria da Saúde entendida como qualidade de vida e como um valor em si, não como uma mercadoria.

Atuar nessa perspectiva possibilitaria ao técnico o exercício de uma prática profissional mais gratificante e encontrar maior sentido e realização pessoal em seu trabalho, na maioria das vezes tão alienante, mecânico e limitado, especialmente no contexto das políticas neoliberais que vêm se expressando de modo perverso no cotidiano das instituições de saúde. Possibilitaria ao usuário do serviço de saúde tornar-se mais sujeito de sua vida e de sua saúde.

A participação entendida desta forma poderia, pelo potencial político-pedagógico que possui, favorecer os processos dialógicos e o exercício de uma

racionalidade comunicativa que favoreceria a desalienação e transformação do cotidiano e a construção de práticas de saúde comunitária mais democráticas, críticas e criativas.

Diante destas reflexões, penso que a *prática de saúde comunitária* poderia desde limitar-se a uma simples reforma médica que - ao diminuir os custos da atenção - possibilitaria oferecer respostas mais baratas à população marginalizada, o que permitiria o desenvolvimento concomitante da medicina hegemônica, até constituir-se num espaço de problematização da realidade das comunidades, de seu processo saúde/doença e da atenção à saúde oferecida.

Desejo enfatizar especialmente que este paradigma - justamente por suas contradições - poderia concretizar-se em práticas bastantes diferenciadas, seja reforçando a racionalidade sistêmica, através do predomínio do saber técnico-instrumental e da racionalidade estratégica, o que reforçaria a reprodução do sistema de saúde vigente e das práticas médico-sanitárias tradicionais, seja buscando ganhar maiores espaços para a racionalidade comunicativa na interpretação da realidade e na coordenação das intenções de ação dos diferentes sujeitos e das demais racionalidades as quais devem estar presentes no espaço do serviço de saúde, porém articuladas por uma racionalidade comunicativa. Neste sentido, as práticas “comunicativas” de saúde comunitária favoreceriam a construção de sistemas de saúde mais humanos, mais justos, mais democráticos e mais legítimos.

A evidenciação da contradição no elemento *participação comunitária* implicaria importantes possibilidades no trabalho que envolve profissionais de saúde e comunidades. Se, de uma perspectiva, a participação comunitária poderia ser reduzida ao simples emprego dos recursos da comunidade com o objetivo de baratear os custos do serviço, suprir as deficiências do sistema e assim legitimar a proposta oficial, numa outra forma de concepção, a

participação abriria espaços no interior das práticas de saúde comunitária para processos de conscientização que tenham a Saúde como tema gerador.

Penso que estes processos participativos não estão dados e, portanto, exigiriam um esforço cotidiano, implicando uma questão pedagógica fundamental: a da ultrapassagem do cotidiano, já que os interesses e preocupações mais imediatos que aí se manifestam e que são motivadores dos processos de participação num primeiro momento, são geralmente vistos de modo parcial, portanto alienado, tanto pela população quanto pelos técnicos.

Uma compreensão crítica dos problemas do cotidiano, que possibilite estabelecer conexões entre o vivido no cotidiano e os processos sociais mais gerais possibilitaria uma dialética de ação/reflexão/ação, uma busca criativa de construção de conhecimento e intervenção na realidade.

A problematização do cotidiano seria condição primeira para que comunidades e equipes de saúde descubram a força de relações mais solidárias em defesa da Saúde e da vida. Isto implicaria que os profissionais dos serviços de saúde comunitária se constituam como *educadores em saúde*. Aprender a ouvir a população seria, talvez, uma das primeiras qualidades que o profissional de saúde deveria desenvolver, buscando superar o ranço autoritário de sua formação. A comunidade bem sabe disso:

O médico geral comunitário atende as famílias de toda a comunidade. Conhece as pessoas. Eu aprendo com ele e ele comigo. (líder comunitario, UDP)

O que mais gosto é como sou tratada. (usuária, moradora de m.a de risco – UDP)

O mais importante é o calor humano e também o Grupo de Saúde. A gente sente que não está sozinho na luta. (líder comunitária – UDP)

El médico puede escuchar. Las personas tienen necesidad de cariño. Existe humanidad, calor humano. (usuária da PSV)

El papel del técnico es motivar las personas para continuar participando. Escuchar las personas es fundamental para el técnico. (líder comunitário, LA)

Escuchar las personas es fundamental para el técnico...



Sim, mas talvez seja esta justamente nossa maior dificuldade, formados que fomos dentro de um modelo onde os conhecimentos científico e técnico são os únicos socialmente valorizados, que nos ensina que somos todo-poderosos porque detemos este conhecimento e que não temos muito o que aprender com as pessoas mais simples. Este seria, para nós, o grande desafio: aprender a escutar, aprender a aprender, aprender a ensinar.

Acredito que envolver a população na construção dos projetos de saúde poderia ser um caminho para uma auto-descoberta dos profissionais de saúde como educadores e para a auto-descoberta da comunidade como sujeito de sua vida e de sua saúde.



7. PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO EM SAÚDE

COMO PROCESSO EDUCATIVO

EM DUAS REALIDADES DO MERCOSUL/CONESUL

A gente está vendo a realidade da vida aqui da vila. (...) Muita coisa, quando morava na vila, eu não conhecia ainda. (...) ajudar as pessoas, ajudar os profissionais... a gente vai aprendendo, né? O profissional, ele aprende comigo e eu aprendo com ele. Prá mim tá sendo um grande aprendizado, apesar da idade que eu tenho, né? (Grupo de Saúde - 1998)

Eu não entendo pessoas que têm faculdade, médicos, que se propõe a trabalhar aqui com nós, da comunidade, tá. (...) Eu não entendo o que eles acharam em nós assim ... Por isso que eu fico assim até meio em dúvida ... da participação... eu acho que tão estudando a gente, não sei ... (Comissão de Saúde - 1996)

A primeira fala apresentada acima, extraída de uma discussão no Grupo de Saúde da UDP, integrou a coleta de dados desta investigação, realizada em 1998. O segundo depoimento - do mesmo sujeito - foi extraído de uma reunião de avaliação do trabalho realizado pela Comissão de Saúde¹⁸¹, em 1996.

A contribuição do mesmo sujeito em dois momentos diferentes de sua experiência participativa no posto de saúde ilustra uma reflexão sobre o caráter de processo educativo que assume o planejamento participativo na UDP, onde esta relação mais permanente, constante e sistemática parece ser, para muitos, uma grande novidade.

A participação da comunidade na UDP sempre se deu em altos e baixos e, principalmente, nos momentos em que “pairava” alguma ameaça sobre o posto. Obtida a conquista do posto de saúde, outros problemas mais prementes mobilizariam a comunidade, especialmente a questão no processo de Regularização Fundiária da Vila Jardim¹⁸².

¹⁸¹ Grupo de representantes da comunidade que, entre 1995 e 1997, atuavam no planejamento participativo da UDP.

¹⁸² SILVA, M. K. **Movimento popular e regularização fundiária. A experiência da Vila Jardim.** Relatório de pesquisa. Centro de assessoria multiprofissional (CAMP). Projeto moradia e participação popular. Porto Alegre. Outubro de 1995.

Quando afirmo que “a participação se dava em altos e baixos”, na verdade estou me referindo a este tipo de participação que denominamos de “participação ativa” - a mais organizada e mais politizada, a participação nas decisões do aparelho institucional¹⁸³.



A “participação difusa” ou a participação no cotidiano, na verdade, sempre aconteceu ao longo da história da relação do posto com a comunidade, de diferentes formas e em diferentes espaços. Algumas experiências desta forma de participação - como a do Beco da Paz e do Beco da Figueira - chegariam a estimular algumas pessoas a uma participação “mais ativa”, no Orçamento Participativo¹⁸⁴ ou no movimento de Regularização Fundiária da Vila Jardim¹⁸⁵.

¹⁸³ LIMA, Sandra Barbosa. **Participação social no cotidiano**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1983.

¹⁸⁴ Processo promovido pela Administração Popular em Porto Alegre, no qual as comunidades participam da definição de prioridades no uso dos recursos municipais.

¹⁸⁵ SILVA, M. K. **Movimento popular e regularização fundiária. A experiência da Vila Jardim**. Relatório de pesquisa. Centro de assessoria multiprofissional (CAMP). Projeto moradia e participação popular. Porto Alegre. Outubro de 1995.



Isto demonstraria a importância de valorizarmos mais esta forma de participação no cotidiano e, principalmente, de que os técnicos de saúde sejam bem “formados” para atuar nos processos educativo/participativos.

A realidade no Uruguai não parece ser muito diferente da nossa, no que se refere ao modelo de formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos e dentistas.

Se desperdician tantos espacios para trabajar con la comunidad (...) porque nosotros creemos que todo empieza y termina en un consultorio con estetoscopio, un baja lengua y una linterna. Entonces ... nos sacan eso y nos paran frente de 5 o 6 personas a hablar y ya no sabemos qué hacer, porque somos muy capaces de transmitir conocimientos, incluso decirle a la gente qué es lo que tiene que hacer, (...) ya nos desequilibramos porque somos incapazes de dialogar con la gente, no? Porque creo que eso es educar: dialogar. (coordenadora em Montevideu)

Com o *Planetário*, teria início na UDP um processo de “participação ativa” mais permanente da comunidade na UDP, já que de modo mais formal a comunidade começou a participar do planejamento, constituiu-se a Comissão de

Saúde e depois o Grupo de Saúde. Este tipo de participação, embora tenha partido inicialmente de uma “vontade” e uma necessidade sentida pela equipe, sendo, portanto, uma “participação concedida”, hoje já parece ter sido “apropriada” pela comunidade, como uma conquista que deve ser assegurada.

A “participação ativa” parece ser a forma mais reconhecida pela maioria dos técnicos e também pela comunidade. Entretanto, por ser geralmente entendida como a única forma possível de participação (ou a mais desejável), e que por isso deveria ser “promovida” quando não está acontecendo, costuma gerar também muita decepção quando não atende às expectativas:

PROFISSIONAIS	COMUNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • A participação da comunidade no posto ainda é muito incipiente. (MGC) • Ainda estamos num estágio inicial.(aux. de enfermagem) • Acho muito bom que isto esteja acontecendo, mas ainda está no começo. (Odontóloga) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eu quero colocar minha experiência. Primeiro lugar, por que é difícil chamar mais pessoas? Nosso povo é muito egoísta, ele quer só trabalhar para si, só na frente da minha porta. Os outros que se danem ... (Grupo de Saúde) • Eles não participam. A cabeça do pessoal ali de baixo é diferente. (Grupo de Saúde)

Para avançarmos nas propostas de planejamento participativo, tanto na UDP quanto nas policlínicas de Montevideu, me parece fundamental compreender de modo mais crítico o fenômeno participativo que se dá nestas comunidades. Penso que a aproximação do conceito de *participação* com o de *cotidiano* poderia iluminar nossa reflexão.

Seria fundamental perceber a importância das diferentes formas de participação e, fundamentalmente, entendê-las como espaços educativos. A participação social difusa no cotidiano também desempenharia - ao lado das

formas mais politizadas de participação - papel importante na transformação das relações entre o serviço de saúde, os profissionais e as comunidades.

Na *Unidade Divina Providência*, o Grupo de Saúde, entendido como espaço educativo, seria possível promover a participação mais formalizada no planejamento e na gestão do posto. A participação difusa no cotidiano se daria na sala de espera, nos corredores, nos grupos, nos territórios de risco, nas atividades educativas, nas ruas da comunidade, nas reuniões, nas festas, mas também nas consultas individuais de cada profissional, enfim em todos os espaços onde o diálogo possa frutificar.

A mudança na relação dos profissionais entre si e destes com a comunidade, incorporando mais o diálogo, se daria, assim, no cotidiano de trabalho. Nele poderíamos tanto reproduzir as velhas e tradicionais relações antidialógicas - a racionalidade instrumental - ou começar a ouvir mais, dialogar e levar em consideração algumas vozes sempre tão silenciadas. Neste sentido, estaríamos recuperando espaços da racionalidade comunicativa do mundo da vida que foram usurpados pela racionalidade sistêmica.

Buscando uma apreensão dos fenômenos participativos em foco, em sua relação com os contextos em que se situam, isto é, com as práticas de saúde comunitária, os serviços, sistemas e políticas de saúde e os contextos político-econômicos nas duas realidades do Mercosul/Conesul, considero importante iniciar com uma reflexão sobre as *dificuldades* encontradas nas experiências de *planejamento participativo*, nas duas realidades.

Na *Unidade Divina Providência*, assim se expressam os sujeitos do planejamento:

PROFISSIONAIS	COMUNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • O horário das reuniões. Não estamos acostumados a planejar juntos. (MGC) • Acomodação, de ambos os lados. Resolver em conjunto “mesmo”. Há barreiras dentro da equipe. O cotidiano extenuante dificulta. Não há uma política da instituição s/planejamento participativo. (MGC) • A comunidade ainda vê os técnicos como aqueles que detém o poder. Os técnicos têm medo de perder o poder. A diferença salarial entre os técnicos. (chefe do posto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tempo. As pessoas precisam trabalhar. a vida está difícil. Não é má vontade. (usuária) • São acomodados. Achem que é para ajudar as doutoras. (território de risco) • A cabeça do pessoal ali de baixo é diferente. A saúde para eles não interessa muito. (Grupo de Saúde) • As pessoas são muito ligadas em casa, na novela. São acomodados, as coisas demoram a acontecer, eles não têm paciência. (líder comunitária)

Analisando preliminarmente estas falas, alguns aspectos me chamam a atenção. Em primeiro lugar, me parece que a participação da comunidade na UDP, através do planejamento participativo, ainda seria uma proposta de certo modo incipiente, um tanto polêmica e ainda não totalmente “incorporada” no cotidiano de trabalho da equipe. Isto poderia ser observado nas falas dos profissionais que apontam como a maior dificuldade o *horário* das reuniões, a *acomodação*, o *medo de perder poder* e a *diferença salarial* entre os técnicos.

Os profissionais atribuem as dificuldades tanto à lógica institucional - que impõe restrições a este tipo de trabalho - quanto a aspectos relacionados mais diretamente com a postura e a visão de mundo dos próprios técnicos.

Entre a comunidade, a *acomodação* é particularmente ressaltada, o que explicaria a não participação dos “outros” (aqueles que não participam). Uma das informantes, porém, atribui a não-participação ao fato de que as pessoas precisam trabalhar: “não é má vontade”, diz ela. Acredito que estas idéias

expressadas pela comunidade estariam relacionadas com uma visão de participação no posto de saúde como *colaboração* com os técnicos. Isto fica claro no depoimento de uma das entrevistadas quando diz que “as pessoas acham que é para ajudar as doutoras”. Outras razões também explicariam a “falta de participação”, na visão da comunidade: o *pouco interesse pela saúde* e a *falta de paciência* quando as coisas demoram a acontecer.

No que se refere às questões institucionais que dificultariam o desenvolvimento de propostas como esta, caberia fazer algumas considerações sobre a realidade da UDP.

Existe no GHC uma diferença salarial marcante entre os médicos e dentistas - que têm os salários mais altos - e os demais profissionais de nível superior - enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais - sem falar, é claro, dos demais integrantes das equipes, os auxiliares de enfermagem, os técnicos de odonto, os auxiliares administrativos e de serviços gerais.

No Serviço de Saúde Comunitária, provavelmente devido ao fato de trabalharmos em equipes multiprofissionais, onde a equipe como um todo deve responsabilizar-se por uma proposta comum de atenção à saúde da comunidade, estas diferenças salariais costumam ser motivo de desconforto. O trabalho em equipe, entretanto, onde muitas vezes todos “pegam junto”, parecia, até um certo momento, esconder esses conflitos, trazendo um sentimento de que “somos todos iguais”.

Algumas atividades comunitárias eram realizadas fora do horário normal de trabalho, à noite ou em fins de semana, para possibilitar a participação das pessoas da comunidade que trabalhavam. Entretanto, desde o ano de 1997, foi implantado, em todo o GHC, o registro de presença através de cartão eletrônico e a definição de horários rígidos de trabalho. Foi feito também um novo contrato de trabalho onde os médicos e dentistas foram privilegiados em relação aos

demais profissionais, tanto na questão salarial, quanto na carga horária e na forma de cumprimento do horário de trabalho.



Estas medidas administrativas significaram uma profunda mudança na relação dos funcionários com a instituição e muitas vezes dos profissionais entre si, já que ficava mais explícito o controle da instituição sobre os funcionários e o privilégio de algumas categorias, embora estes fenômenos já existissem anteriormente de forma mais sutil. Isto agudizaria conflitos antes mais “escondidos” e seria motivo - ou justificativa - de cancelamento de muitas das atividades comunitárias desenvolvidas pelas equipes.

Na UDP estes conflitos também apareceram, continuam aparecendo e dificultaram o desenvolvimento de muitas atividades, especialmente o planejamento participativo e o trabalho nos territórios de risco. Entretanto, após uma fase mais crítica, a equipe conseguiu se reorganizar para desenvolver sua proposta de trabalho, dentro da nova realidade, é claro!

Acredito que a postura de diálogo, a maturidade da equipe e o bom relacionamento pessoal entre as pessoas teria nos possibilitado compreender que o maior antagonismo se situava entre a equipe como um todo e a lógica (racionalidade) institucional, o que propiciou superar algumas das dificuldades. Os conflitos e as diferenças entre os integrantes da equipe continuam existindo, porém eles são aceitos como inerentes ao nosso trabalho e, na maioria das vezes, são resolvidos de modo favorável. O respeito entre as pessoas, a afetividade e a descontração é uma marca desta equipe que favorece o relacionamento no trabalho.

Embora a participação da comunidade seja defendida como um dos elementos fundamentais do paradigma que orienta a proposta deste Serviço, a incorporação da comunidade no planejamento das ações de saúde é uma proposta relativamente nova, fruto de uma necessidade sentida pela equipe. Talvez por isso, a comunidade ainda parece não se sentir muito “responsável” pelo serviço. Penso que a diferença entre a postura da equipe que identifica a “necessidade” da participação da comunidade e a postura desta, que ainda não se sente responsável pelas ações realizadas pelo posto, poderia ser em parte explicada pelas características que a participação assume tradicionalmente no SSC: uma participação reivindicatória e emergencial, na maioria das vezes.

Isto ficava evidente toda vez que as novas administrações do GHC ameaçavam “acabar com o serviço”, o que costumava acontecer a cada mudança de governo. Nestes momentos de crise, a comunidade seria sempre chamada para “lutar junto com os profissionais” pela manutenção do Serviço. Depois disso, a comunidade costumava se retrair novamente.

Esta concepção “instrumental” de participação, em que a essência da proposta de trabalho não é discutida com a população, nem tampouco é permitida a sua participação efetiva na gestão das Unidades, caracteriza até hoje

a participação no SSC. Estas concepções instrumentais de participação, entretanto, parecem já coexistir com práticas mais “dialógicas”, onde se pretende discutir as propostas e o desenvolvimento do trabalho da equipe. Esta “mescla de racionalidades” se expressaria nos conceitos da equipe e da comunidade sobre o planejamento participativo na UDP.

Perguntados sobre o que significava *planejamento participativo em saúde*, os sujeitos oferecem a sua contribuição:

PROFISSIONAIS	COMUNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Processo de tomada de decisão em que a interação é fundamental. É preciso buscar pontos de conciliação e pontos de divergência para serem trabalhados. (Grupo 1) • Planejamento da equipe com a comunidade para resolver problemas. Implica diferenças, divergências, participação, um conceito amplo de saúde, questões institucionais. (Grupo 2). • Trabalhar, ouvir e desenvolver juntos. A gente leva em consideração as prioridades que as pessoas levantam de seu cotidiano. (Grupo 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • É o morador ajudar quando o posto precisa. Se eu ajudo, eu melhora. (território de risco) • É como o planejamento do DEMHAB. Participava das reuniões para ver como iam fazer. (território de risco). • Ver o que a gente vai fazer no futuro, junto com as pessoas da comunidade. Se o governo não dá o dinheiro, a gente faz algo para conseguir. (Grupo de Saúde). • É o planejamento junto com o povo. As pessoas têm que ter liberdade de colocar o que pensam. (líder comunitária).

Em meu modo de ver, existiria entre os técnicos, fundamentalmente duas concepções de planejamento participativo. Na primeira fala aparece como fundamental “*resolver os conflitos*” entre o projeto dos técnicos e o da população. Estes pontos de conflito deveriam ser “trabalhados” ... para que a população apoie o projeto dos técnicos. Penso que esta seria uma concepção de planejamento bastante marcada pela tendência teórica do planejamento estratégico, no qual a perspectiva do conflito de interesses entre os atores do

planejamento é particularmente ressaltada, os sujeitos envolvidos no planejamento são vistos como oponentes racionais e, por isso, avaliamos a ação por sua capacidade de influência sobre as decisões dos oponentes.

Uma segunda visão de planejamento participativo - representada no segundo e no terceiro depoimentos enfatiza a necessidade de considerar as prioridades escolhidas pela população, a existência de diferenças e divergências, porém não deixa claro de que modo elas deveriam ser tratadas.

Diante destas reflexões, acredito que o efetivo diálogo entre a equipe e a população para definir “*em conjunto mesmo*” as prioridades, como diz um dos entrevistados, estabelecer as formas de intervenção nos problemas priorizados e avaliar os resultados do trabalho do posto, é um processo em fase de implantação.

Esta incorporação do *diálogo com a comunidade no planejamento*, na verdade, significaria um processo de mudança na sua racionalidade. E mudar é sempre difícil. Acredito que a relativa falta de clareza e as diferenças entre os conceitos expressariam este momento de transição de uma perspectiva mais teleológica de planejamento - na qual predominariam as racionalidades técnico-instrumental e estratégica - a uma racionalidade mais comunicativa.



O exercício deste diálogo com a população, justamente porque a racionalidade de nossa formação e da prática tradicional de saúde não o inclui, constituir-se-ia, assim, em um aprendizado a ser feito. Seria necessário aprender a dialogar e aprender a trabalhar juntos. Para isso, seria preciso desconstruir práticas e racionalidades já cristalizadas em nosso fazer e criar formas mais dialógicas de relação entre os profissionais de saúde e entre estes e a comunidade.

Acredito que também na equipe existiriam diferentes formas de participação. Algumas mais formais e outras mais espontâneas ou informais. A sensibilidade para perceber as diferentes possibilidades de participação de cada integrante da equipe me parece fundamental. Considero, porém, também imprescindível que adotemos estratégias pedagógicas claras e bem fundamentadas teórico-metodologicamente, que facilitem e promovam a participação e a “educação na equipe”, já que todos temos nossas próprias

dificuldades e alienações, e para muitos dos integrantes da equipe, participar e dialogar é uma grande “novidade”.

Isto significaria ampliar a racionalidade do planejamento e da prática de saúde, onde o saber técnico-instrumental - que por certo tem validade e importância fundamental no espaço de um serviço de saúde - deveria estar submetido também aos critérios de validade das demais esferas da racionalidade comunicativa: especialmente à esfera da *ética*.

Trago também a realidade de Montevideu sobre a mesma problemática. Os sujeitos falam de suas *dificuldades* no trabalho em Saúde que envolve técnicos e “vecinas”:

PROFISSIONAIS DE SAÚDE	COMUNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Los médicos no estan acostumbrados a trabajar con los vecinos. El médico siempre tiene una actitud de superioridad frente a las personas. Nos enseñaron que somos dioses, que no tenemos nada a aprender. (MGC, coordinadora) • La mayor dificultad de los técnicos es aceptar que para realizar un buen trabajo, necesitan de los vecinos. (médica estagiária) 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las personas nos recibieron muy bien. Explicábamos porque motivo era (líder comunitária, ACS) • Sin problemas. Él (el técnico) es igual a nosotros. Las personas no participan. Nadie Quiere trabajar sin recibir. (ACS) • Algunos profesionales quieren mantener toda la información, para dominar. Com la Dra. Tenemos buen diálogo. (líder comunitário)

Aqui, chama particularmente minha atenção que, na percepção dos técnicos e também de um dos sujeitos da comunidade, a maior dificuldade encontrada no trabalho conjunto seria a *postura de superioridade dos técnicos* em relação aos “vecinos”. Entre a comunidade também é mencionada a falta de participação nas policlínicas quando não há remuneração. Esta postura de não participar “voluntariamente” poderia estar ancorada num conceito de participação como *colaboração* no serviço de saúde, o que não seria bem aceito por todos.

A avaliação de que não existiriam problemas, já que “el técnico es igual a nosotros” parece confirmar que a maior dificuldade no trabalho conjunto seria a *relação desigual* que normalmente acontece entre técnicos e comunidades. Quando, porém - como parece ser o caso nos serviços em foco - existe uma postura de maior respeito dos técnicos pela opinião dos “vecinos”, isto seria interpretado por eles como uma relação de igualdade.

Este processo de investigação, ao me aproximar da realidade de Montevideu, me remete a uma reflexão: as diferenças e os conflitos entre os técnicos e entre estes e a população são inerentes e inevitáveis neste tipo de trabalho. Quando alguns sujeitos consideram que “somos todos iguales”, parecem estar se referindo a uma postura de maior respeito pelos outros, pelas diferenças de opinião, de abertura ao diálogo e de busca de *entendimento* na construção e no desenvolvimento dos seus projetos de trabalho.

Os sujeitos que vivenciam estas experiências parecem reconhecer nela uma forma de relação até então desconhecida. Isto se reflete nos seus conceitos de planejamento participativo, nos quais o diálogo, o respeito, o ouvir o outro e a busca de consenso são particularmente ressaltados pelos profissionais e a população enfatiza a necessidade de “boa relação” e de “dejar el vecino participar”.

PROFISSIONAIS	COMUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • No puede ser el vecino que decide todo, ni tampoco el técnico. Pienso que tiene que ser um interjuego muy respetoso. No solo con los técnicos médicos, el tema de la educación y de la salud es muy amplio. (MGC, coordinadora) • Significa la posibilidad de establecer relaciones interativas, donde cada uno aporta su saber, lo que permite construir un proceso cuyo resultado tendrá un mayor impacto, ya que se basea en la conyunción de saberes y necesidades, a partir de los cuales se llegan a acuerdos, se construyen nuevos saberes, se respetan las diferencias. (psicomotr. da creche) 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación participativa es planificar la atención. • Principalmente, es la buena relación entre médicos e pacientes, dejar el vecino participar. Así, la saúde seria levada a todos lugares. (ACS) • Participamos de la Policlínica porque queremos que funcione mejor. Los técnicos deben primeiro escuchar. Si no escuchan porque las personas veniran a participar, es difícil que consiga que colaboren en su objetivo. Las cosas van evoluindo hasta llegar al que el técnico quiere como meta final. Él debe tener clareza de la meta final. (líder com.)

Embora haja bastante clareza dos técnicos em Montevideu sobre o conceito de planejamento participativo, entre os informantes da comunidade parece existir ainda alguma falta de clareza e ambiguidades no discurso. Uma das pessoas define o planejamento participativo como “planificar la atención”, o que poderia ser interpretado ou como falta de clareza sobre o assunto, ou como a compreensão de que a participação da população no planejamento seria tão essencial e “normal” que não ocorreria ao sujeito a necessidade de mencioná-la.

Outro informante vê a importância de ouvir os “vecinos” para que estes “colaborem com o projeto do técnico”. Em minha forma de pensar, a coexistência de conceitos relacionados a diferentes concepções de participação e planejamento refletiria um momento de transição, a vivência de uma experiência antes desconhecida. Como todo processo educativo, o amadurecimento, a mudança exigiriam tempo, eles não estão dados, vão acontecendo lentamente.

Tal como na Unidade Divina Providência, parece que a participação da comunidade no posto de saúde ainda seria considerada como uma “concessão

dos técnicos” ou dos serviços de saúde à população e não como um direito de cidadania, o que evidenciaria uma contradição entre a experiência de participação na Policlínica e a realidade mais ampla vivida pelos sujeitos, na qual a participação ainda não está culturalmente assimilada.

7.1 “Mergulhando” novamente na história do planejamento nas duas realidades ...

Buscando apreender os fenômenos participativos em foco em maior profundidade, considero importante neste momento retomar os principais aspectos de seu desenvolvimento, tentando compreendê-los em sua relação com os contextos em que se situam.

Na *Unidade Divina Providência*, o planejamento foi sempre uma preocupação importante, desde as origens do posto de saúde, em 1986.

Numa primeira fase - que iria de 1986 a 1991 - a equipe escolhia as prioridades baseada nos resultados de um diagnóstico inicial, e num segundo estudo realizado em 1990¹⁸⁶, ambos realizados com uma metodologia quantitativa. Além destes estudos orientavam as ações da equipe a avaliação das ações já desenvolvidas e o conhecimento empírico da realidade.

Ficariam definidos desde então alguns grupos populacionais para programas preventivos: crianças, gestantes e mulheres. Concomitante à atenção preventiva a esses grupos, o posto oferecia atenção curativa e reabilitadora à demanda espontânea da população de sua área de abrangência.

A tendência teórica que orientava o planejamento neste momento era a corrente normativa na qual, como analisado anteriormente, predominaria uma racionalidade finalística, instrumental e tecnocrática.

¹⁸⁶ Takeda, 1990

Num segundo momento - que iria de 1992 a 1995 - a equipe começaria a buscar a participação da comunidade na escolha de problemas prioritários. A partir daí, embora ainda sem muita clareza teórico-metodológica, o diálogo com a população seria buscado, isto é, também os saberes e as necessidades identificadas pela população deveriam ser considerados no planejamento das ações do posto de saúde. Desde então, ficaria estabelecida uma contradição entre o saber e as prioridades da equipe e o saber e as prioridades da comunidade com relação à questão da Saúde.

No ano de 1995, a população participaria do planejamento e escolheria o lixo como problema prioritário para o trabalho conjunto. A partir daí se formaria uma “comissão de saúde” com representantes da comunidade e quatro grupos de trabalho multiprofissionais na equipe. Desde então, além do trabalho com os programas preventivos destinados aos grupos prioritários - crianças, gestantes e mulheres - e do atendimento à demanda, passamos a considerar também os problemas identificados pela população, o que evidenciaria as diferenças entre a equipe e a população.

Esta intenção de incorporar a população no planejamento geraria na equipe o reconhecimento das dificuldades em trabalhar nesta perspectiva. Dificuldades de ver a prática da equipe como um todo, de integrar o trabalho das diferentes categorias, devido à nossa formação fragmentada, dificuldades de diálogo entre os profissionais de diferentes áreas e destes com a população, diferenças de prioridades entre a equipe e a população, falta de preparo dos técnicos para trabalhar com alguns dos problemas escolhidos pela população e para atuar com uma abordagem educativa.



A falta de clareza teórico-metodológica e a pouca experiência da equipe, fizeram com que o processo de planejamento participativo ficasse bastante dificultado e a participação da comunidade se daria em altos e baixos. Penso, porém, que a partir desse momento, iniciaria na equipe uma preocupação com o exercício do diálogo interdisciplinar e com a população e também em melhor preparar-se para este trabalho.

Começaríamos a discutir *educação em saúde, participação e planejamento*, sempre com uma estratégia pedagógica de discussão em pequenos grupos interdisciplinares e problematização da prática cotidiana.

Em 1996, seria definida no SSC uma nova orientação ao planejamento local, o planejamento por territórios. Já neste momento, a linha teórica de maior influência no SSC era o planejamento estratégico.

Baseada no novo referencial de planejamento por territórios, a equipe da Unidade Divina Providência iria construir a “sua” proposta para o planejamento local.

Esta, que permanece até hoje, em meu modo de ver, representaria uma nova “ruptura”, um salto qualitativo na forma de planejar e na relação do posto de saúde com a comunidade, já que através desta abordagem de planejamento foi possível intensificar o diálogo com a população, seja através do Grupo de Saúde, com uma participação mais “politizada” no posto, seja através do trabalho nos territórios de risco, com uma participação mais “difusa”, mais cotidiana.

Esta mudança no enfoque do planejamento, em meu modo de ver, iria refletir-se também em mudanças na prática da equipe como um todo, nas práticas individuais, nos conceitos de vários integrantes da equipe, no relacionamento entre as pessoas e com a comunidade.

Para levar adiante esta proposta, a equipe instituiu definitivamente quatro grupos de trabalho (GT), ficando cada um responsável por um território de risco. Cada GT “mergulhou” mais fundo na realidade de “seu território” através de diversas estratégias: análise de dados de fontes secundárias, entrevistas com os moradores, observações dos locais, conversas informais com as pessoas, reuniões, visitas, estimativas rápidas. E as propostas de trabalho em cada território foram sendo construídas.

Em alguns territórios, onde já havia um vínculo maior com o posto, o trabalho fluiu mais fácil; em outros, com maior dificuldade, dependendo de cada realidade e das possibilidades de cada grupo de lidar com ela. Alguns profissionais tinham maior clareza teórico-metodológica da proposta, outros menos. Mas no cotidiano todos foram construindo o trabalho e interagindo com a população e com os colegas.

Acredito que esta proposta de planejamento incorpore em maior medida uma racionalidade comunicativa. Tanto por ter sido criada através do diálogo entre todos os integrantes da equipe, quanto por envolver também a população

neste processo. Penso, todavia, ser necessário qualificá-la para que supere alguns pontos de maior dificuldade e assim possa “amadurecer”.

Aos poucos, nas reuniões de equipe, também os mais silenciosos começariam a se manifestar e a demonstrar uma compreensão da realidade muitas vezes surpreendente. A racionalidade comunicativa parecia incorporar-se aos poucos no cotidiano da equipe, embora ainda hoje encontremos muitas dificuldades devidas às diferenças nas visões de mundo, formação profissional e tradição “anti-dialógica”. Uma integrante da equipe fala de sua percepção sobre as dificuldades dos colegas em “participar na equipe”.

(...) acho que também por causa do modelo assim por exemplo nós aqui somos um posto de saúde, uma equipe de trinta pessoas, mas muitos trazem o modelo do hospital, onde o médico é o principal ator, vamos dizer assim e tudo gira ao redor do médico, é ele que manda, ele que faz, então muitas das pessoas aqui da nossa equipe já trabalhou em hospital (...) daí eu acho que não conseguem, trabalhar de outra forma mesmo que aqui na equipe elas tenham esse espaço, elas ficam muito ansiosas de colocar o que elas pensam. (técnica de odonto)



Esta profissional percebe que as mudanças individuais são possíveis a partir desse processo de grupo, pelo menos para alguns. Considera, entretanto, que a estratégia de pequenos grupos interdisciplinares, sob a coordenação daqueles que tem maior experiência e uma boa relação com os colegas, seria fundamental para favorecer a participação dos que sentem maiores dificuldades. Mas lembra que a maior dificuldade mesmo seria transpor efetivamente para a prática as novas formas de pensar o trabalho.

Eu noto é que às vezes o discurso é um, mas na prática elas não conseguem mudar, não conseguem passar para a prática, (...) a gente tem que querer também, porque dá mais trabalho tu trabalhar desta forma, assim de acordo com a realidade das pessoas, (...) em nossa equipe algumas pessoas até sabem, mas não conseguem trabalhar diferente ou por causa da demanda que está ali na porta, eu estou falando mais os médicos, eles sabem tudo, mas na hora ...

Outro integrante da equipe vê com maior pessimismo a possibilidade de mudanças nas práticas e nos conceitos dos integrantes da equipe:

(...) uma coisa que eu noto no nosso caso é que tem muitas diferenças não só de formação mas de cultura (...) a gente como estudante de medicina acaba não tendo nenhum tipo de relação com outros profissionais da área da saúde e aqui no posto isso acaba sendo uma coisa super importante. (MGC)

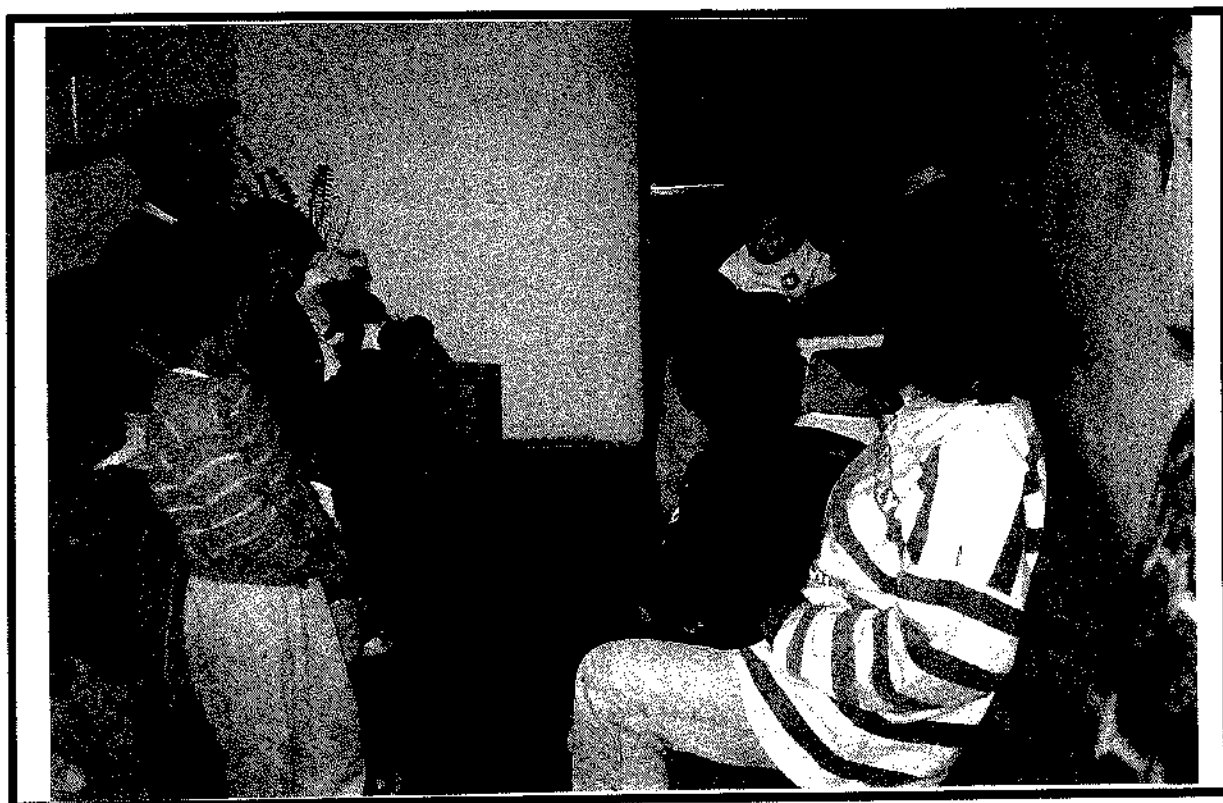
Mudança de conceitos ou mudanças de atitude principalmente é muito difícil, um grupo onde tem até conflitos, por questões de diferenças, (...). as pessoas percebem onde estão e agem de acordo com a expectativa, não que ocorra uma mudança (...).

Penso que este processo de mudança na racionalidade do planejamento e da prática de saúde na UDP vem acontecendo lentamente - como, na verdade, deve acontecer em todos os processos educativos - na medida das possibilidades desta equipe e desta comunidade e condicionado pelas inúmeras restrições impostas pela lógica institucional, pela sociedade em que nos encontramos e pela tradição antidialógica que trazemos introjetada em cada um de nós.

Acredito que este processo de mudança seria movido, justamente, pela contradição que se teria estabelecido a partir do momento em que incorporamos

a comunidade no planejamento do posto: a interação entre o saber da população sobre a sua realidade e sua saúde, um saber proveniente do mundo da vida, e o saber técnico-administrativo, impregnado da racionalidade instrumental e proveniente do mundo sistêmico.

Nas *Policlínicas Comunitárias de Montevideu* - da mesma forma que na UDP - o trabalho das equipes iniciaria com a realização de um “diagnóstico de comunidade”. Ficariam definidos como prioritários alguns grupos populacionais para a atenção preventiva e continuada: as crianças até 5 anos, gestantes e patologias crônicas do adulto, sendo que os demais grupos e programas preventivos seriam referenciados a outros serviços.



Também aqui apareceriam as grandes diferenças entre as prioridades dos técnicos e a expectativa da população sobre o trabalho das policlínicas. Na implantação desta proposta de trabalho, o diálogo seria o elemento fundamental.

Através dele foi possível superar as diferentes visões e expectativas entre os técnicos e as comunidades. Os primeiros, na pessoa da coordenadora do projeto, chegavam com uma proposta de atenção fundamentalmente preventiva e educativa; os segundos, reivindicavam uma “policlínica para atender a los enfermos”. Alguns sujeitos que participaram neste processo em suas origens relatam como aconteceu esta negociação:

La Intendencia ofreció eso. Nosotros aceptamos. Los vecinos al principio no entendían la propuesta. Tuvimos que explicar. (ACS)

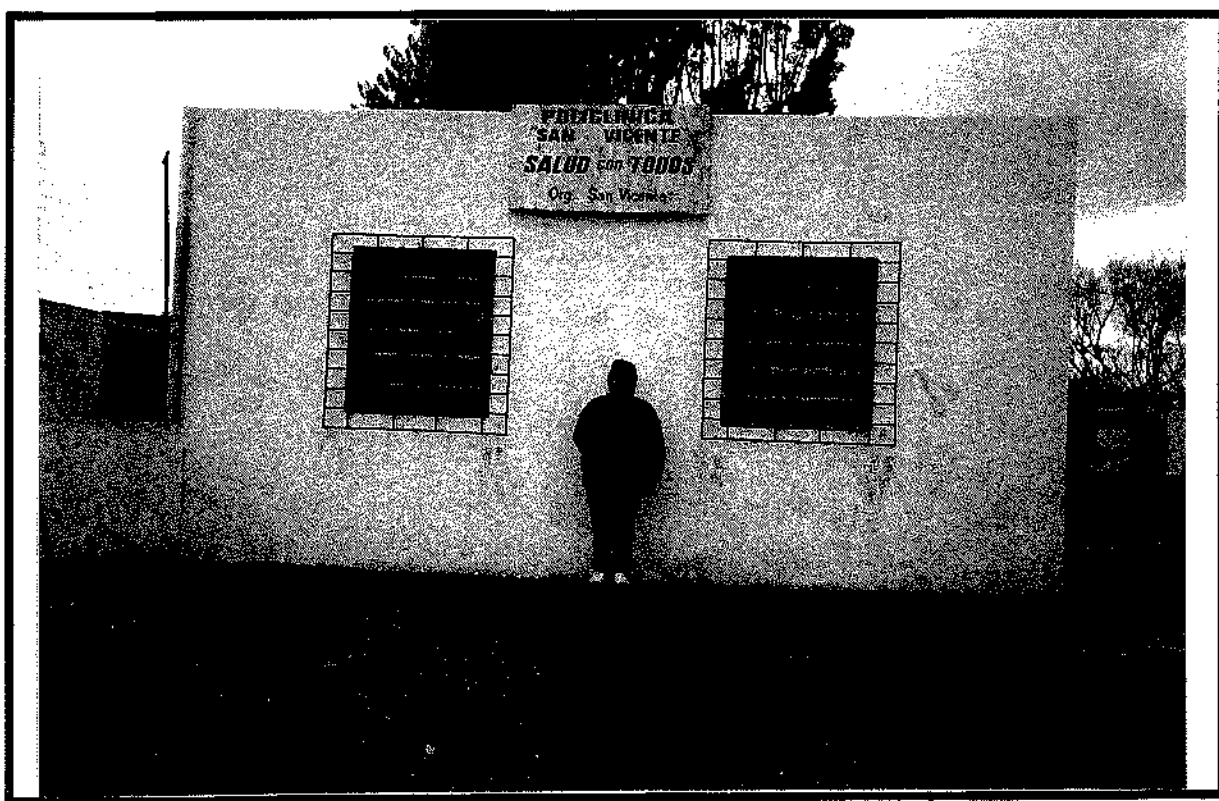
Pedimos una Policlínica de asistencia. La Dra. propuso una Policlínica de prevención. Aceptamos hacer la experiencia. Tuvimos que explicar a las personas. Hoy, tenemos flexibilidad en la propuesta. (N., líder comunitário)

Acredito que seria fundamental neste diálogo que os técnicos tenham clareza e convicção sobre a sua proposta, mas também que sejam capazes de exercer o “diálogo” com a comunidade, de aprender a ouvir as suas expectativas e seu pensamento, mas também saber argumentar, não caindo na armadilha de deixar que a população decida tudo sozinha. A comunidade, na maioria das vezes, não dispõe das informações suficientes e dos saberes necessários para decidir sobre as melhores alternativas e não poderia escolher algo que não conhece. Os técnicos, não conhecem a realidade da população e a maioria das vezes têm as suas próprias alienações.

Somente no diálogo solidário - o diálogo em que os sujeitos se reconhecem mutuamente como tal e que implica esforço de ambas as partes para a superação das diferenças na compreensão da questão da saúde e construção do consenso - se construiriam as condições ideais de uma ação consciente e organizada e isto seria um processo educativo que necessitaria ser incorporado de modo permanente no cotidiano dos serviços de saúde.

No projeto de Montevideú parece predominar, desde as suas origens, uma racionalidade mais comunicativa. É evidente que as contradições existem e que

co-existem diferentes racionalidades e práticas também neste projeto. Penso, porém, que o diálogo entre técnicos e comunidades é uma característica marcante nesta experiência. A proposta teria sido gerada e construída dialogicamente, superando a diferença entre as expectativas das comunidades e a proposta trazida pela coordenadora. Nesta negociação, foi discutida a *essência da proposta* – e isso faz a diferença - e a firme convicção do argumento técnico por certo pesou. Porém, foi proposto um tempo para que o trabalho pudesse ser avaliado pelas comunidades e estabelecido um compromisso de que, caso não “funcionasse”, seria mudada. Este trabalho, segundo vários informantes, parece agora estar sendo muito bem aceito.



A predominância da racionalidade comunicativa nesta experiência estaria relacionada com vários aspectos. Um deles me parece ser a concepção sobre saúde comunitária que tem a coordenadora do projeto, que vê na participação,

no diálogo e na construção da proposta *com* as pessoas o elemento fundamental desta prática de saúde.

Yo creo que la salud comunitaria parte de un tema muy controvertido ... que es el de comunidad, antropológicamente hablando, no? Pero yo creo que fundamentalmente la salud comunitaria tiene que apuntalarse desde el ser humano, individual y en forma colectiva que le da en los seres humanos un profundo sentimiento solidario, que es muy difícil en este momento, cuando estamos en una política económica con perspectivas francamente neoliberales, cuando todo tiende a la globalización, a la competencia, que cada uno tiene que ser mejor que el otro para sobresalir, sobrevivir, ... este ... parece un poco arcaico hablar de solidaridad, de apoyarse en los demás, de creer junto con los otros. Pero creo que esto es ser comunitario, enseñarle a la gente que creciendo en su autoestima, que sintiéndose personas y haciendo a los demás sentirse personas, a partir de ahí se forman los procesos donde realmente la comunidad, donde los grupos humanos pueden reaccionar y pueden ser saludables.

Um aspecto que gostaria de chamar a atenção – por que penso estar muito relacionado com as diferenças entre as duas experiências em estudo - diz respeito à constituição dos dois serviços.

O SSC é um serviço que possui um número grande de profissionais de diferentes formações, o que implicaria a existência de concepções teóricas mais diferenciadas sobre a prática de saúde comunitária.

No projeto de Montevideu, o “pensamento” me parece ser mais homogêneo. É claro que existem diferentes concepções, principalmente pela constituição das equipes, formadas por médicos e estudantes de medicina sem nenhuma formação prévia em saúde comunitária. A racionalidade da prática médica hegemônica é certamente trazida para o interior destas equipes de saúde comunitária.

Entretanto, a proposta das policlínicas já estaria definida em acordo estabelecido previamente - entre a coordenação e as comunidades - e este “acordo” deve ser cumprido e as posturas que os profissionais devem assumir já estão bem definidas. A proposta de trabalho e a concepção de saúde comunitária também está claramente definida, fortemente influenciada pela visão da coordenadora e das vecinas trabalham nas policlínicas.

Uma forma de incorporar a comunidade no trabalho das policlínicas comunitárias em Montevideu é através da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Trago neste momento alguns depoimentos - extraídos do processo de avaliação do último curso realizado - que ilustram a natureza da relação educativa que se estabelece entre os profissionais de saúde e as pessoas que realizam estes cursos.

- Descubrimos que es salud, como lo logramos y que es un derecho y un deber.
- Tuvimos un taller sobre participación comunitaria que me pareció más que bueno, descubrimos que es un proceso que crea en los individuos un sentido de responsabilidad.
- El rol del ACS es el de multiplicador de conocimientos en su comunidad.
- El curso no se trata de cómo dar una inyección, se trata sobre ayudar o mejorar la comunidad en la que estoy.
- Estamos aprendiendo a preguntar si tenemos dudas, a escuchar a las personas, a organizarnos y a informarnos en base a la experiencia de otros; (...) a tener conocimiento de los valores humanos, a tomar decisiones teniendo en cuenta que somos parte de una comunidad y que no estamos solos.

7.2 É possível mudar o modo de fazer saúde?

A partir destas reflexões penso poder pensar o nosso cotidiano de trabalho em saúde comunitária como o centro real de uma práxis.

Através desta práxis em saúde seria possível reproduzir os modelos culturalmente cristalizados através de nossa formação e experiência profissional, na qual o predomínio da racionalidade técnico-instrumental e estratégica implicaria a desvalorização do saber popular, sufocaria o diálogo entre profissionais de saúde e população ou até mesmo poderia agudizar os conflitos que são inerentes.

Neste mesmo cotidiano seria, por outro lado, também possível criar novas relações, inventar novas formas de fazer, novos modos de conceber a prática. Nestes processos de (re)criação cotidiana das práticas de saúde comunitária, o

diálogo e a solidariedade entre técnicos e população necessitariam ser exercidos, pois somente através deles se poderia construir uma racionalidade mais ampla nestes espaços, que incorpore, além da dimensão do conhecimento técnico e administrativo em Saúde, também as *dimensões ética e estética das práticas de saúde*.

O papel dos profissionais de saúde, nesta perspectiva, seria o de acompanhar, participar, estimular, promover ou coordenar estes processos educativo-participativos que problematizem a realidade que compartilham com a população no espaço do serviço de saúde.

Para isso, precisaríamos, a maioria de nós, revisar muitos dos valores e padrões tradicionais de nossa formação e nossa experiência profissional. Seria necessário nos (re)educarmos.

Quando tomo consciência de que a participação e a educação em saúde acontecem em todos os espaços e em todos os momentos de meu trabalho, como no Grupo de Saúde, nos territórios de risco, nos grupos e atividades educativas, nas reuniões de equipe e com a comunidade, nas visitas domiciliares, mas também nas consultas individuais, na recepção, na sala de espera, nos corredores, nas ruas, nas festas, percebo que mudar a racionalidade desta relação - passando da verticalidade tradicional para uma relação mais horizontal e comunicativa - compreendo que a participação difusa, que muitas vezes passa despercebida, é tão importante quanto a participação mais politizada e, principalmente, que ela poderia ser ela o germen de uma participação mais "ativa" nos espaços institucionais da Saúde.

A participação geralmente se dá a partir das carências identificadas no cotidiano. Nele se daria o fenômeno da alienação - alienação da população, tão difícil de lidar, mas também alienação nossa. No cotidiano também se poderiam germinar e desenvolver os processos de desalienação. A problematização do cotidiano vivido pelas comunidades e pelas equipes de saúde seria, em meu

modo de ver, o fundamento da perspectiva pedagógica que deveria assumir a relação da equipe com a comunidade e, de modo especial, o planejamento participativo em saúde.

O planejamento participativo em saúde, entendido como um processo educativo - por seu potencial de compreensão crítica da realidade e intervenção criativa na mesma - seria uma forma particularmente fértil de desalienação do cotidiano, de contribuição na organização comunitária e de intervenção na realidade de saúde da comunidade.

Como processo de planejamento e intervenção na realidade, acredito que a perspectiva teórica que se delineia a partir da Teoria da Ação habermasiana oferece grandes possibilidades, por sua capacidade de envolver diferentes atores e saberes numa perspectiva dialógica, de solidariedade, de busca de entendimento e de consenso.

Como processo educativo, a perspectiva pedagógica que defendo é a pedagogia freireana, por seu potencial dialógico e problematizador, na construção de conhecimento crítico sobre a realidade dos sujeitos.

É fundamental termos consciência de que existe, sim, uma contradição entre os saberes e os projetos dos técnicos e da população. Como toda relação educativa, uma contradição se estabelece entre os saberes dos educandos e os saberes dos educadores. Esta, porém não seria uma contradição antagônica. E, por isso, poderia possibilitar o diálogo crítico e criativo.

A contradição fundamental e antagônica estaria, isto sim, entre sistema e mundo vivido. No caso do planejamento participativo, o sistema seria representado pela instituição, através de sua política de saúde, das normas organizacionais que definem o funcionamento do serviço e da racionalidade institucional. O mundo vivido estaria principalmente representado, nestas experiências, pela população, suas necessidades de saúde, seus mitos, suas

crenças, suas expectativas, seus sentimentos, suas práticas de saúde, seu cotidiano.

Os técnicos de saúde estariam, em minha forma de ver, numa situação *sui generis* e, por isso, muito difícil. Por um lado, somos formados para atuar na perspectiva do sistema, onde a atenção à saúde é considerada, em última instância, como um instrumento para a manutenção do status quo. Por outro lado, nós participamos e “mergulhamos” no mundo da vida da população, especialmente quando trabalhamos em saúde comunitária. Outras lógicas, diferentes daquela do sistema emergem em cada atividade que desenvolvemos. Para estas outras lógicas, a saúde teria um valor em si mesma, ela estaria definida pelo valor que tem a vida de todos os dias.

O sistema oprime tanto a população quanto o próprio profissional de saúde. Seria fundamental, por isto, para um e para outro, estabelecerem uma relação mais solidária, já que o verdadeiro antagonismo se encontraria entre o projeto sistêmico para a saúde - as políticas neoliberais de saúde, no nosso caso - e o projeto do mundo vivido para a saúde - a saúde como qualidade de vida, como valor em si.

É claro que o projeto do mundo vivido para a saúde estaria também impregnado da ideologia e racionalidade sistêmicas, como diz Habermas, “colonizado” pelo sistema. Acredito que, especialmente na perversa conjuntura que vem deteriorando cada vez mais a qualidade de vida e a saúde das populações latino-americanas, seja fundamental, através de nossas pequenas, simples, mas também complexas experiências de *construir a saúde com as pessoas*, tentar explorar melhor as possibilidades da racionalidade do mundo da vida em nosso cotidiano de trabalho.

O planejamento participativo em saúde, neste sentido, deveria buscar incorporar tanto as formas de participação mais politizadas e formais - como, em nosso caso, o Grupo de Saúde da UDP ou as “Comisiones de Salud” em

Montevideu - mas também estabelecer possíveis “pontes” entre este tipo de participação com outras formas mais espontâneas, mais tradicionais ou as formas possíveis em cada realidade.

Na UDP, considero que o trabalho nos territórios de risco representaria uma oportunidade particularmente fértil para o estímulo a esta participação cotidiana. Neste sentido, me parece fundamental a discussão crítica das informações disponíveis sobre a realidade dos territórios, sejam elas provenientes do saber técnico ou do saber da população. Entendo que esta perspectiva de planejamento teria bom potencial para resgatar a integralidade do trabalho em saúde comunitária e a sua relação com a totalidade em que ela se situa.

São diferentes tipos de participação. no Grupo de Saúde e nas microáreas. No Grupo de saúde é mais politizado, as pessoas pensam na comunidade como um todo. Nas microáreas é uma participação de vizinhança. (MGC – UDP)

Participación es una cosa muy grande, muy importante. Hay distintos grados de participación, todas las formas son importantes. Es democratizar todo. (lider comunitário – PLA)

Es un proceso. El primer pilar es la educación comunitaria. Ni la población ni el técnico están educados para participar. El ciudadano debe comprender sus necesidades. Participar en salud exige saber lo que es salud. (MGC, coord. – Montevideu)

Para que as propostas de planejamento participativo em saúde, entendidas como processos educativos e de intervenção na realidade de saúde, sejam consistentes teórico-metodologicamente considero essencial que se fundamentem em perspectivas teóricas críticas de planejamento em saúde, coerentemente articuladas com propostas pedagógicas também críticas.

As inúmeras contradições inerentes às práticas de saúde comunitária - se vinculadas a uma proposta de planejamento com a perspectiva que defendo poderiam favorecer mudanças na essência destas práticas, passando do

predomínio de uma racionalidade instrumental e estratégica, para o predomínio de uma racionalidade comunicativa.

As práticas de saúde comunitária têm, em meu modo de ver, uma natureza plural. Na verdade, elas se constituíram de diferentes racionalidades que interagem de modo complexo e permanentemente. Na UDP, isto me parece mais evidente, talvez por eu ter nela uma maior inserção, o que me permitiria um conhecimento mais aprofundado da realidade. Percebo que se misturam práticas e racionalidades instrumentais e dialógicas e, neste momento, não me arriscaria a afirmar qual das duas seria predominante.

Nas policlínicas de Montevideu, a aproximação com a realidade me leva a supor que predominaria uma racionalidade comunicativa. Mas também percebo que, nos meandros desta prática, a racionalidade instrumental característica das práticas de saúde mais tradicionais, ainda está presente.

As ambiguidades dos discursos dos sujeitos inseridos nestas duas realidades, as contradições entre discursos e práticas, a coexistência de “práticas instrumentais e comunicativas” evidenciam que estamos diante de processos de construção e reconstrução permanente das práticas. Ter clareza de onde desejamos chegar e, principalmente, incorporar a população na definição dos caminhos a percorrer, me parece fundamental.

Dificuldades e sofrimentos são inerentes aos processos de mudança que envolvem crescimento. Participar de experiências desta natureza, onde frutificam o diálogo, a solidariedade, o respeito pelo outro e pelas diferenças de saberes; acreditar no potencial de cada sujeito na construção coletiva das práticas de saúde e, fundamentalmente, acreditar que todos nós, profissionais de saúde e população, podemos e devemos *ser mais* representariam, em minha opinião, os valores essenciais que deveriam orientar esta opção pela racionalidade comunicativa em Saúde.

A reflexão crítica, problematizadora e permanente sobre a realidade da população e da prática de saúde comunitária seria o instrumento pedagógico fundamental na construção destes processos.

Avaliando as experiências de planejamento participativo em saúde, os técnicos expressam a sua visão sobre como superar as dificuldades encontradas, alguns mais otimistas, outros menos. Em comum, porém, a idéia de que seria preciso respeitar as diferenças e buscar os consensos possíveis.

<p align="center">UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA SSC – Porto Alegre</p>	<p align="center">POLICLÍNICAS COMUNITÁRIAS Prefeitura de Montevideú</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A comunidade deve sentir que está sendo ouvida, que o diálogo surte efeitos no cotidiano. (AS, chefe do posto) • Não esconder da comunidade o que é importante ela saber. (técnica de odonto) • Temos culturas diferentes, formações diferentes. É preciso respeitar opiniões diferentes. (MGC) • Acreditamos, somos otimistas, aprendendo a respeitar opiniões diferentes e estando abertos para o novo (grupo de discussão I). Falta apoio institucional. Esse trabalho exige muito de nós, não vamos conseguir fazer isso sempre. (MGC) 	<ul style="list-style-type: none"> • El coordinador tiene que ser el catalizador entre la problemática del técnico y del vecino. Esto tiene por trás un gran esfuerzo. El respeto es fundamental y no se discute. No es que no haya problemas, pero cada uno tiene que saber el papel que tiene aqui dentro. Las cosas tienen de ser discutidas entre todos o no se cambian. Los problemas no son graves y se resuelven inmediatamente. (MGC, coord.) • Si hay diferencias y dificultades de entendimiento entre vecinos y técnicos, pienso que debemos buscar acuerdos. (médica estagiária)

Uma usuária das Policlínicas de Montevideú, ao ser entrevistada, expressa sua expectativa de que esta experiência sirva como “semente” que possa germinar em outros cantos do mundo ...

Bueno, yo creo que así como estás tú acá, este .. viendo esta experiencia, ta? De alguna forma nosotros estamos germinando cosas en vós, no? Y creo que, bueno, tu tarea va a ser proyectar esto que ves acá, de alguna manera, dentro de ... de la sociedad en que tú te movés. Proponer esto como una experiencia, ta?

Certamente a experiência de Montevideu germinou em mim reflexões muito significativas em minha história de vida, como profissional e como pessoa. Aprendi muito com vocês. Aprendi, principalmente, que é importante apostar no novo e resistir nas conjunturas mais adversas quando estas oferecem - talvez sem o saber - brechas para o contra-discurso e para as contra-práticas.

Conhecer a experiência de Montevideu me estimula a continuar buscando a qualificação de minha própria experiência, apostando que podemos sempre *ser mais*. A aproximação à realidade de Montevideu me renova as forças para continuar meu trabalho e estimular os colegas quando muitas vezes desanimam diante das limitações que nos são impostas pelo sistema e pela instituição, pois sei que também em minha equipe frutificam as boas sementes, apesar das contradições e, provavelmente, por causa delas.

A aproximação entre o saber técnico e o saber popular não é tarefa fácil, especialmente quando estamos inseridos em instituições cuja lógica se contrapõe à dialogicidade e onde a Saúde tem um valor instrumental para a reprodução do projeto social hegemônico.

O antagonismo entre a racionalidade da instituição em que nos situamos - o Grupo Hospitalar Conceição - e a dialogicidade possível de produzir-se na relação entre as equipes do SSC e as populações locais, poderia ser ilustrada com a “missão” e os “princípios” do GHC, claramente fundamentados na ideologia neoliberal e na estratégia da Qualidade Total.

Não farei aqui uma interpretação mais aprofundada deste discurso, as palavras sublinhadas pretendem apenas alertar para os termos característicos desta visão de mundo, antagônica à concepção da saúde como um fim em si mesma.

VISÃO	
<p><i>Ser reconhecido internacionalmente</i> como referência brasileira em ações de saúde, operando com melhor <i>relação custo-benefício</i> entre as instituições públicas de saúde do Brasil, com a <i>receita atingindo 50% do custo total</i>.</p>	
MISSÃO	PRINCÍPIOS
<p>“Desenvolver ações de atenção integral à Saúde <i>para</i> a população, com <i>excelência e eficácia organizacional</i>, através de seus <i>recursos tecnológicos e humanos</i>, programas de ensino e pesquisa, atuando em <i>parceria com outras entidades</i>, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim, a sua <i>função social</i>”.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Respeito e dignidade no atendimento ao <i>cliente</i>. 2 – Valorização do <i>recursos humanos</i>. 3 – Gestão participativa e transparente. 4 – Melhoria contínua com <i>gestão direcionada para resultados</i>. 5 – Preservação e zelo dos recursos patrimoniais. 6 – Interação com a sociedade. 7 – Comportamento ético nas relações nos procedimentos.

7.3 É esta a única história possível?

Talvez porque a “colonização” do mundo da vida ainda não seja total, acredito que seria possível construir processos de desalienação do cotidiano e de intervenção criativa na realidade, através de um desvendar solidário das contradições inerentes à realidade. Nas duas realidades, questionei os profissionais e a comunidade sobre como viam a manifestação das políticas neoliberais e do fenômeno da globalização em seu cotidiano:

<p align="center">UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA SSC – Porto Alegre</p>	<p align="center">POLICLÍNICAS COMUNITÁRIAS Prefeitura de Montevideú</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Os colegas falam do cotidiano, mas não relacionam seus problemas com a política neoliberal e a globalização. Demissões, acordos salariais, perdas de horas extras, são fruto da política neoliberal. Na comunidade, o desemprego, baixos salários e violência. (MGC) • Essa relação de causa-efeito é difícil de vivenciar no dia-a-dia, por causa do trabalho quase mecânico que nos é imposto. (MGC) • Discutimos as dificuldades do cotidiano, mas não dum jeito aprofundado. Na comunidade, não têm mais trabalho. (AS, chefe do posto) 	<ul style="list-style-type: none"> • La política neoliberal está en contradicción con la propuesta de salud comunitaria. Retiran el valor del ser humano. Los valores son dinero y competitividad. (MGC, coord.) • Hablamos del desempleo, servicios médicos tercerizados, falta de derechos trabajistas y de cobertura asistencial. Aumenta la pobreza y el consumo de drogas. (médica estagiária – PSV) • La globalización y el neoliberalismo como antítesis del concepto de salud como derecho innato del ciudadano. A muchos profesionales no les gusta discutir política. (estagirário de medicina – PLA)
<ul style="list-style-type: none"> • Neste governo, a situação está pior, o desemprego, injustiças, fome, poluição. (usuária). • Tem muito desemprego, brigas de casais. (moradora de território de risco). • Emprego, tem pouco. É o fim dos tempos. Prá melhorar, tem que levantar a cabeça e lutar. (moradora de território de risco) • Pedimos ajuda ao FMI e piora aqui. Para melhorar, só trocando de governo. Mas o povo tem cabeça dura. (Grupo de Saúde) • Quem ainda pode conseguir emprego é quem tem especialização.(G. de Saúde) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambre, miseria, violencia.(ACS –PLA) • Hay desempleo, robos, drogas. La causa es el malo gobierno. (ACS – PLA). • El desempleo. Cerraron las fábricas. La violencia doméstica, la droga. Las personas estan desacreditadas del gobierno. (ACS –PLA). • Mucho desempleo. La causa es la política económica, la globalización. Es un cambio mui radical, el trabajador no está preparado. Droga, violencia, robos.

Analisando as falas desses sujeitos me parece claro que o fenômeno da globalização e as políticas neoliberais vêm, realmente, se manifestando no cotidiano com muita perversidade. Isto acontece e é percebido tanto na realidade das comunidades com quem trabalhamos, onde o desemprego e a violência implicam expressiva deterioração da sua qualidade de vida, quanto no ambiente de trabalho, já que os serviços perdem recursos, os salários ficam cada vez mais defasados e as relações de trabalho se desumanizam, se coisificam.

Embora os profissionais de saúde muitas vezes não consigam ver claramente as relações dos problemas de seu cotidiano de trabalho com este contexto mais geral, eles indubitavelmente são vivenciados. Um dos entrevistados em Montevideu - estagiário de medicina - relata que a maioria de seus colegas prefere não discutir política. Outro informante, em Porto Alegre, médico, considera que o *trabalho mecânico* a que está submetido dificulta fazer estas relações entre os problemas do cotidiano e o contexto mais geral. Estas constatações me remetem a uma reflexão.

Assumir uma concepção integral de saúde implica enfatizar a promoção da saúde, a prevenção e a educação. Isto colocaria o profissional de saúde no papel de *educador em saúde*. Todos nós nos encontramos, em nossa prática profissional cotidiana, em permanente interação com a população, o que em princípio estabeleceria já uma relação educativa, embora a maioria de nós não estejamos bem preparados para exercer este papel. Quando o planejamento em saúde - enquanto instrumento de intervenção na realidade - se propõe a incorporar a participação da comunidade, isso reforçaria, em meu modo de ver, a responsabilidade do técnico de saúde como educador.

Intervir na realidade pressupõe compreendê-la em sua complexidade e, portanto, ir às raízes dos problemas, transpor as barreiras da alienação. Neste sentido, considero fundamental enfrentar com seriedade a questão da formação dos profissionais no campo da educação em saúde e refletir sobre as possibilidades político-pedagógicas das práxis de saúde comunitária. Quando percebo que as alienações não se encontram apenas entre a comunidade, mas também entre os profissionais de saúde - já que estamos todos inseridos numa mesma totalidade que produz o fenômeno da alienação - concluo que a pedagogia freiriana, por seu potencial de desalienação do cotidiano, deveria ser adotada tanto na formação dos profissionais de saúde quanto no trabalho com a população.

O momento histórico em que nos encontramos é particularmente pessimista quanto às possibilidades de transformação do status quo ou de criação de qualquer projeto de sociedade alternativo ao vigente. A derrocada do mundo socialista, o fenômeno da globalização como forma de reestruturação do capitalismo e os debates filosóficos, políticos e culturais colocam em xeque o próprio paradigma da modernidade.

Isto exigiria, porém, em meu modo de ver, não um fechar de olhos às críticas que são feitas ao projeto da Ilustração e a todas as suas implicações na época histórica que vivemos até hoje. Não implicaria tampouco aceitar passivamente a história atual como a única história possível. Porém, seria necessário, sim, levar em consideração muitas das críticas ao projeto que fundamenta a modernidade.

Concordando com Habermas, acredito que isto não deveria implicar no completo abandono do projeto moderno, porém na sua superação dialética.

Habermas aventa a hipótese de que existiria na própria modernidade um discurso crítico voltado à modernidade, isto é, um contra-discurso, que teria início em Kant, e que procuraria *esclarecer o esclarecimento* sobre seus limites e sua importância. E, para continuar o trabalho do esclarecimento hoje em dia, seria preciso lembrar esse contra-discurso¹⁸⁷.

Entendo que este contra-discurso poderia estar difusamente localizado no mundo da vida, nas nossas frustrações, nos nossos reclamos, nos valores dos quais já abrimos mão, muitas sem o perceber, em nome de outros que nos são impostos explícita ou sutilmente pela ideologia dominante. Penso que, possivelmente, a essência destes contra-discursos seria simplesmente o resgate da humanidade do homem desumanizado por ele próprio no curso da história.

¹⁸⁷ SIEBENEISCHLER, Flávio Beno. **Jurgen Habermas. Razão Comunicativa e Emancipação**. 3.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1994. p. 22.

Na condição de um autor que retoma a filosofia prática do esclarecimento moderno, Habermas se apoia num certo mito que serviria de moldura ao conjunto global de seu pensamento: a idéia da emancipação do homem através do esclarecimento e a formação racional da identidade dos sujeitos humanos e das coletividades, procurando apoiar seu pensamento esclarecedor numa teoria da racionalidade que abandona o purismo da razão pura e a ampara numa *razão comunicativa*, situada historicamente, na *práxis social*.¹⁸⁸

Por isso, para Habermas, a idéia principal, condutora de seu pensamento, seria a *emancipação da humanidade e do sujeito no contexto de ações comunicativas* e o esclarecimento habermasiano estaria voltado, principalmente, para a incapacidade do homem atual de servir-se da razão comunicativa.¹⁸⁹

Baseada nestas reflexões, me parece possível pensar que nas pequenas e talvez insignificantes experiências que se esforçam por resgatar a saúde e a vida como valores em si próprios, o homem como um fim e o diálogo, a solidariedade e o entendimento como modo de vida e formas de luta, se poderiam estar gerando não apenas o contra-discurso que Habermas defende mas, talvez, também as contra-práticas de saúde que defendam a vida.

O esclarecimento habermasiano implicaria a *esperança*, se pudermos colocá-lo em relação com processos de comunicação através da linguagem e com uma moral universalista. Partindo da análise das condições necessárias do entendimento em geral, Habermas considera possível desenvolver o entendimento entre os indivíduos no seu relacionamento recíproco e consigo mesmo de modo não coagido¹⁹⁰.

¹⁸⁸ SIEBENEISCHLER, Flávio Beno. *Jurgen Habermas. Razão Comunicativa e Emancipação*. 3.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994, p. 23

¹⁸⁹ *ibid.* p.23

¹⁹⁰ *ibid.* p.23

Em Freire¹⁹¹, a *esperança* é não só possível mas, principalmente, um imperativo existencial e histórico. É, pois, uma necessidade ontológica e necessita ancorar-se na prática, o que possibilitaria sua concretude histórica. Freire ressalta, entretanto, que somente a esperança não basta. Esta não teria, por si só, o poder de transformar a realidade. Por isso defende a *esperança crítica*, aquela esperança gerada e fortalecida a partir de uma compreensão crítica da realidade, em que tanto suas possibilidades quanto suas limitações possam ser levadas em consideração nos projetos de transformação.

Na ação comunicativa - que implica esperança - Habermas destaca, a importância da *intersubjetividade intacta* como constituidora das condições simétricas de reconhecimento recíproco livre dos sujeitos do diálogo. Esta idéia, entretanto, não deveria estar vinculada a uma idéia de vida reconciliada e projetada no futuro como uma utopia; ela conteria, isto sim, uma caracterização formal das condições necessárias para formas não antecipáveis de uma vida não fracassada. Não teríamos promessas de tais formas de vida, apenas saberíamos que, se pudessem ser realizadas, teriam que ser produzidas por nossa ação conjunta, não isenta de conflitos, mas solidária.¹⁹²

Freire e Habermas parecem dizer o mesmo: o diálogo pressupõe e implica a esperança crítica. Orientados no pensamento destes teóricos, poderíamos relativizar a perda das utopias - idéia freneticamente defendida por todos aqueles que desejam manter o status quo. Pessoalmente, considero que a utopia possível seria resistir, tentar fazer diferente, (des)construir os velhos padrões, (re)inventar o cotidiano, baseado em compromissos estabelecidos na ação comunicativa em que aflora uma racionalidade ampliada.

¹⁹¹ FREIRE. Paulo. **Pedagogia da esperança**. Um reencontro com a pedagogia do oprimido. 4.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra. 1997. p. 10-11.

¹⁹² *ibid.* p.158.

Freire em sua obra mais recente começa a evidenciar uma reconstrução de seu pensamento relacionada com as mudanças no processo histórico em que se vê imerso.

Mejía¹⁹³, analisando a obra recente deste autor, comenta sobre a sua constatação da cultura como lugar e campo de lutas pelo significado, pelo sentido e pela interpretação, e considera que se devam levar as formas de resistência criadas na cultura do silêncio ao lugar da cultura. Ao abrir-se a múltiplos sentidos e significados, Freire reforçaria seu entendimento da *nunca neutralidade dos sentidos*. O mundo, para ele, não estaria dado, mas fazendo-se e refazendo-se no diálogo permanente.¹⁹⁴

O sofrimento humano e a exclusão não desapareceram no mundo pós-moderno; pelo contrário, se agravam em proporções nunca vistas, enquanto se transformam as condições que os produzem e reproduzem e, com maior sutileza, os ocultam. O projeto de opressão já não poderia ser lido nos mesmos moldes de ontem. Do mesmo modo, a emancipação deveria ser pensada e construída através de outras estratégias e outros caminhos. As resistências observadas em algumas perspectivas culturais deveriam ser relidas e reinterpretadas a partir de opções de transformação que implicam novos horizontes teóricos e práticos¹⁹⁵.

Entendo, iluminada pelas reflexões habermasianas e freirianas, que as *práticas de saúde comunitária* teriam um potencial - devido às inúmeras contradições que encerram - de serem tomadas também como *lugar de cultura*, de significação, de reinterpretação, de reconstrução e, portanto, de constituição de sujeitos mais livres, menos oprimidos, mais emancipados.

O paradigma da Medicina Comunitária é contraditório pois cada um de seus elementos poderia ser interpretado e realizado em perspectivas

¹⁹³ MEJÍA J. . Marco Raúl. **Paulo Freire en el cambio de siglo**. Palestra apresentada ao Congresso Internacional de Educação Paulo Freire: Ética, Utopia e Educação, realizado na UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil. 8 a 11 de junho de 1998.

¹⁹⁴ *ibid.*

¹⁹⁵ *ibid.*

contraditórias, fundamentadas em diferentes teorias e visões de mundo. Neste sentido, as práticas de saúde comunitária poderiam constituir-se em *lugar de reinterpretação*, de desalienação, recriação, contra-discurso e re-educação.

Para isso, seria fundamental explorar em maior profundidade o potencial do planejamento em saúde fundamentado na teoria da ação habermasiana e na pedagogia de Paulo Freire.

Com esta perspectiva seria possível nos perguntarmos pelas alternativas de futuro, o que colocaria a história no cotidiano, ajudando-nos talvez - profissionais de saúde e comunidades - a suportar com maior maturidade a sensação de impotência que o poder sistêmico nos impõe cotidianamente. Esta pergunta pelo futuro já poderia ser resolvida no terreno que pisamos hoje, se for possível tornar visível o “*já-mas-ainda-não*”¹⁹⁶ presente nas duas experiências de saúde comunitária que estudei através desta investigação.

A emancipação, assim pensada, não estaria mais em nenhum lado como afirmam os neoliberais e os que acreditam no fim da história, mas poderia, por isso mesmo, encontrar-se em múltiplos lugares, tantos quantos permitam que o pensamento e a práxis críticos, éticos e criativos possam frutificar.

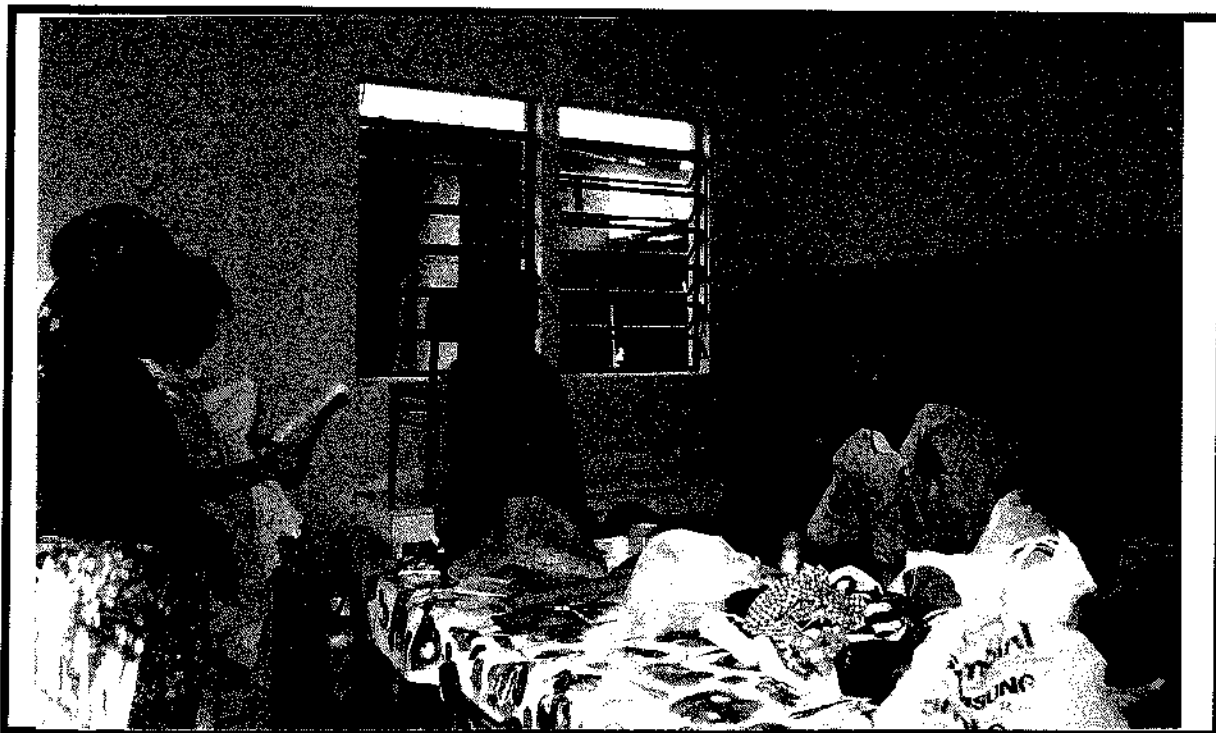
Esta possibilidade histórica estaria baseada numa concepção de homens e mulheres capazes de sonhar sonhos possíveis, de dialogar, de criar o futuro e de ter *esperança*.

Es una experiencia como tantas en el mundo, ... de gente que quiere luchar por la gente, más allá de ideas políticas, religiosas o lo que sea. (...) Yo creo que las cosas tienen que partir de los niveles más bajos de la sociedad, como ha pasado siempre (...). Yo creo que nacen así los cambios. Pero hay que haber una concientización política. (...) hay que comprometer a toda la sociedad, a los políticos, a las instituciones, a los profesionales ... (Coordenadora em Montevideu)

¹⁹⁶ MÜNSTER. Arno. *Utopia, messianismo e apocalipse nas primeiras obras de Ernst Bloch*. São Paulo: UNESP. 1997. p. 16-21



Como diz Paulo freire, “mudar á difícil, mas é possível” ...



7. 4 Algumas sugestões às equipes, comunidades e instituições nas duas realidades investigadas

Baseada nas reflexões sobre as experiências de planejamento participativo nas duas realidades investigadas, desejo oferecer uma contribuição pessoal às equipes, comunidades e instituições envolvidas nesta pesquisa, com vistas a contribuir na qualificação das experiências em questão.

À Unidade Divina Providência, sugiro:

- Construção de uma proposta de avaliação que articule a totalidade do trabalho desenvolvido pelo posto: atendimento à demanda, programas preventivos, atividades educativas e participativas, trabalho nos territórios de risco, com indicadores quantitativos e qualitativos.

- Construção e desenvolvimento de uma proposta de educação permanente na equipe, fundamentada na pedagogia problematizadora de Paulo Freire, com conteúdos definidos a partir do planejamento participativo.

- Ampliação do horário destinado ao trabalho em territórios de risco de duas para quatro horas semanais e discussão do desenvolvimento dos trabalhos de forma sistematizada.

- Construção de uma proposta pedagógica para um Curso de Saúde, aberto à comunidade, realizado em horário que também a equipe possa participar.

Ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC, sugiro:

- Apoio à constituição de grupo de trabalho para (re)discussão do referencial teórico do planejamento para o SSC e construção de um sistema de avaliação para o planejamento local com uma perspectiva que integre no nível operacional todas as atividades desenvolvidas pelas equipes e guarde coerência teórico-metodológica com o referencial construído.

- Apoio à integração do Núcleo de Epidemiologia com o Grupo de Educação & Saúde, tendo como perspectiva a construção deste referencial teórico-metodológico e o apoio ao planejamento geral e local do SSC.

- Realização de seminários internos ou abertos para aprofundamento da discussão sobre “Atenção Primária à Saúde” e Planejamento.

Às Policlínicas San Vicente e Los Angeles, sugiro:

- Construção de um referencial teórico sistematizado para o planejamento local e um sistema de avaliação que integre a totalidade do trabalho desenvolvido, em seus aspectos quantitativos e qualitativos.

- Avaliação sistematizada do trabalho realizado pelas equipes de San Vicente e Los Angeles até o presente momento, baseada no sistema construído.

- Definição de “territórios de risco” para a ação prioritária das equipes, com a participação de todos os integrantes das equipes e representantes das comunidades, baseada nas informações disponíveis e no conhecimento da realidade.

- Construção conjunta com os moradores dos territórios de risco de propostas de intervenção na realidade.

À Prefeitura de Montevideo, sugiro:

- Realização de seminário com a participação de todos os profissionais de Saúde da rede de serviços municipais, onde seja apresentado e discutido o trabalho das policlínicas comunitárias, após a sua avaliação sistematizada.

- Divulgação da experiência das policlínicas comunitárias na “red” do zonal II e também de outros zonais.

- Implementação, na medida do possível, de outras experiências baseadas neste modelo de atenção.

- Promoção dos programas de estágios para graduandos de medicina e de outras áreas neste projeto e articulação com a Universidad de la República, através do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, viabilizando a ampliação desta experiência.

7.5 Chegando ao final, tempo de recomeço ...

Ao chegar ao final deste trabalho gostaria de expressar alguns sentimentos que este processo de conhecimento me provocou.

Em primeiro lugar, sofrimento, porque conhecer a realidade de uma perspectiva crítica significou desmistificar algumas idealizações já cristalizadas. Idealizações de mim mesma, dos colegas, do trabalho que desenvolvemos. Idealizações das possibilidades de mudança da realidade quando esta não corresponde às nossas expectativas. Conhecer mais criticamente a realidade em que trabalho foi um processo doloroso porque me mostrou a realidade em toda a sua crueza e também a minha responsabilidade nesta construção.

O olhar crítico ajuda a crescer, mas é sempre doloroso. Coloca em xeque nossos velhos padrões, nossas contradições e dificuldades. É preciso talvez morrer um pouco para poder crescer. Os conflitos existenciais não resolvidas vêm à tona, são inevitáveis.

Mas chegar ao fim - percebendo que este, na verdade, é um novo começo, me provoca também imensa alegria. A alegria de conhecer com maior profundidade o trabalho em que acredito e de perceber que existe muito mais por conhecer e ainda muito por fazer. Ao compreender mais criticamente minha equipe de trabalho, a comunidade com quem trabalhamos, e a mim mesma, em nossas limitações e nossas possibilidades, passei a amá-los e admirá-los ainda mais como profissionais e como pessoas!

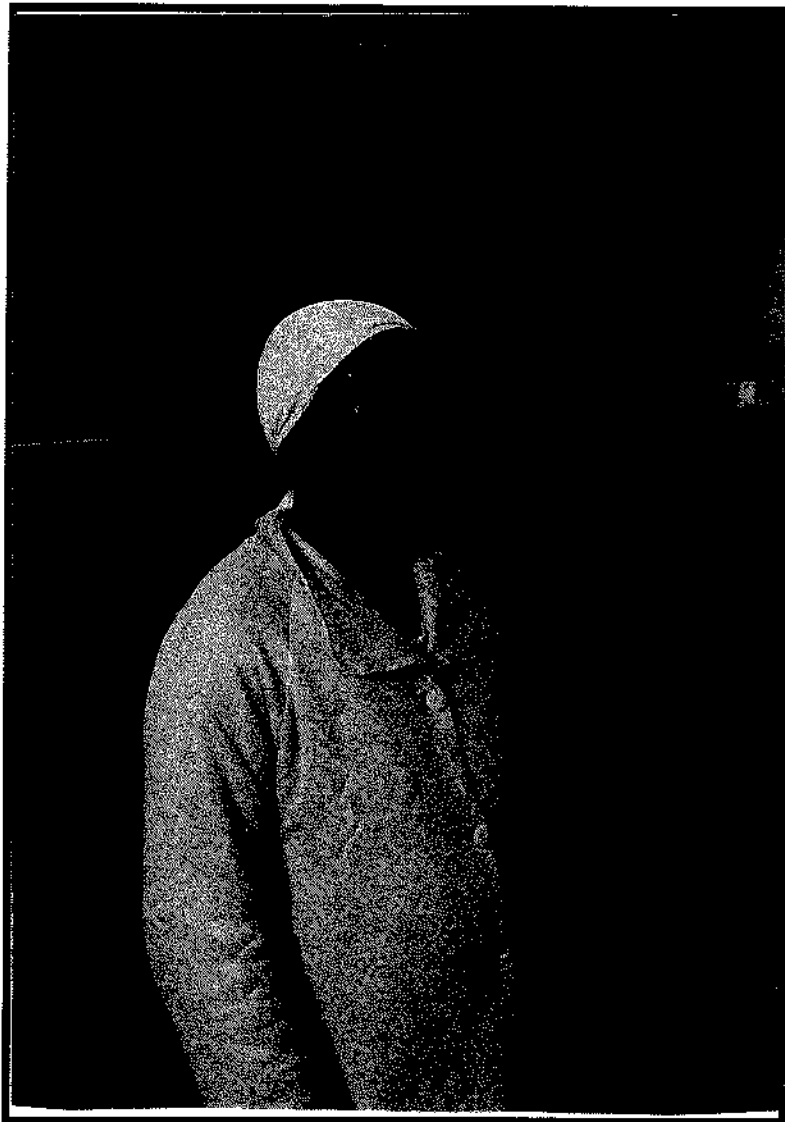
A aproximação à realidade do projeto de saúde comunitária de Montevideu representou também uma experiência de vida muito significativa. Tenho consciência de que o conhecimento desta realidade proporcionado pela investigação - que teve um espaço e um tempo limitados - ainda é muito superficial. Por mais que eu tenha me esforçado para tanto, era sempre mais difícil “encontrar as contradições” nesta realidade do que na experiência que eu vivencio cotidianamente.

De qualquer modo, aprendi a respeitar esta proposta de trabalho e a admirar as pessoas que a estão construindo. Admirá-las por sua luta de criar no cotidiano o contra-discurso e a contra-prática e de tentar fazer o melhor possível em

circunstâncias bastante adversas. Admirar sua luta que persiste porque nela acreditam e porque têm esperança. Obrigada pela oportunidade tão significativa de conhecê-los, companheiros e amigos de Montevideú!

Ofereço esta dissertação, em primeiro lugar, às equipes, comunidades e instituições que dela participaram em Porto Alegre e em Montevideú.

Ofereço-a também a todos os trabalhadores em Saúde e à população usuária dos serviços de saúde na América Latina que acreditam que a Saúde deveria ser tratada como um valor em si e não como um instrumento ou uma mercadoria!



BIBLIOGRAFIA

- BERLINGUER, G. **Ética da saúde. Buenos Aires:** Lugar Editorial, 1994.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BONITATIBUS, Suely G. **Educação Comparada: conceito, evolução, métodos.** São Paulo: EPU, 1989.
- BRASIL. **Constituição (1988).** Título VIII. Seção II. Da Saúde. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- _____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. CONASEMS-Publicações Técnicas. No. 2.
- _____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Sistema Único de Saúde. CONASEMS-Publicações Técnicas. No. 2.
- BUSS, P. M. & LABRA, M. E. (org.). **Sistemas de saúde. Continuidades e mudanças.** São Paulo-RJ: HUCITEC-Fiocruz, 1995.
- CHENAIS, François. Novo capitalismo intensifica velhas formas de exploração. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 2 de novembro de 1997.
- CHEPTULIN, Alexandre. **A Dialética materialista: categorias e leis.** São Paulo: Alfa-Omega, 1982.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. (5.: 1997: Águas de Lindóia, SP). LAURELL, Asa C. La globalización y las políticas de salud. Anais. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- _____. **Avaliação qualitativa.** 4.ed. São Paulo: Autores Associados, 1994.
- _____. **Participação é conquista.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- _____. **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida.** Campinas, SP: Autores Associados, 1995.

- DONNANGELO, Maria Cecília & PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. **Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- _____. **Pedagogia da autonomia**. 6.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 9.ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1995.
- GALLO, Edmundo (org.). **Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo-RJ: Hucitec-ABRASCO, 1995.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Hospital N. S. da Conceição. Divisão de Saúde Comunitária. **Projeto SIG: Sistema de Informações Georeferenciado**. Porto Alegre, 1995.
- HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa**. v.1. Madrid: Taurus, 1987.
- _____. **Teoría de la acción comunicativa**. v. 2. Madrid: Taurus, 1987.
- HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO. Divisão de Saúde Comunitária. **Breve histórico e apresentação da Divisão de Saúde Comunitária**. Porto Alegre, 1995.
- _____. **SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA. Trabalhando em microáreas de risco à saúde. 1996-1998**. Texto elaborado pela equipe de saúde da UDP. No prelo.
- INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. Departamento de Descentralização. **Construyendo ciudadanías. Montevideo en Foro II**. Montevideo, 1997.
- _____. **Los montevidianos y las políticas de la solidaridad: acciones municipales y participación social**. Montevideo, 1996.
- LAURELL, Asa C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, Asa C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.

- LÖWY, Michael. **Método dialético e teoria política**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1978.
- MARGOLIS, Efrain & PIAZZA de SILVA, Nelly. **Organización de la atención médica en el Uruguay**. Montevideo: Nordan, 1989.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica: notas preliminares**. Texto preparado para a disciplina "Políticas de Saúde no Brasil" do curso de especialização em odontologia social do Departamento de Odontologia da UCMG. Belo Horizonte, 1980. 51 p. mimeo.
- _____. (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Hospitalar Conceição. Divisão de Saúde Comunitária. **Regimento interno** (proposta em estudo). Porto Alegre, 1995.
- _____. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1986.
- MORIN, E. & KERN, A B. **Terra-pátria**. Porto Alegre: Sulina, 1995.
- PIZZI, Jovino. **Ética do Discurso: a racionalidade ético-comunicativa**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.
- PRESTES, Nadja H. **Educação e Racionalidade: conexões e possibilidades de uma razão comunicativa na escola**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.
- RAUPP, Bárbara. Planejamento participativo em saúde: a experiência do Valão. **Momentos & perspectivas em saúde**. Porto Alegre, v.9-n.2, p. 21-29, 1996.
- RAUPP, B. & SILVA DIEKCS, M. **A Participação Popular na Elaboração de Cartilhas de Educação em Saúde**. Projeto de pesquisa. Serviço de Saúde Comunitária. Hospital N. S. da Conceição. Porto Alegre, 1993.
- REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Constitución**. Cap.II. artículo 44. 1967·(modificada em jul/98).

- RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- SANTOS, Boaventura de S. **Pela mão de Alice.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- SEIBENEICHLER, Flávio B. **Jurgen Habermas. Razão comunicativa e emancipação.** 3.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- SHERER-WARREN, Ilse. O caráter dos novos movimentos sociais. In: SHERER-WARREN (org.). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina.** São Paulo: Brasiliense. p.35-53.
- SILVA DIERKS, M.; TAKEDA, S.; STEIN, A. **Planejamento e Avaliação da Unidade de Saúde.** Texto elaborado para subsidiar as discussões da equipe de saúde. Serviço de Saúde Comunitária. Hospital N. S. da Conceição. Porto Alegre, 1993.
- SILVA, M. K. **Movimento popular e regularização fundiária. A experiência da Vila Jardim.** Relatório de pesquisa. Centro de assessoria multiprofissional (CAMP). Projeto moradia e participação popular. Porto Alegre. Outubro de 1995.
- SOSA ABELLA, Alicia. **Programa de salud comunitaria. Aprendiendo a pensar nuestra salud.** Projeto de trabalho apresentado à prefeitura de Montevideú. 1996.
- _____. **Policlínicas Comunitarias San Vicente y Los Angeles. Relatorio de avaliación del Curso de Agentes Comunitarios de Salud.** Montevideú. 1998.
- SOUZA, M. Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação.** 5.ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- STEIN, Ernildo. Dialética e Hermenêutica. Uma Controvérsia sobre Método em Filosofia. In: HABERMAS, Jurgen. **Dialética e hermenêutica: para a crítica da Hermenêutica de Gadamer.** Porto Alegre: L&PM.
- TAKEDA, Sílvia. **Avaliação de unidade de atenção primária: modificações dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. SSC.** Porto Alegre, 1993. Dissertação de mestrado em epidemiologia. UFPel/RS.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Ed. Atlas. 1994.

_____. **Introdução às abordagens dialética e hermenêutica da pesquisa nas ciências sociais.** v.I. Material de apoio à disciplina do mesmo nome. PPGEDU, UFRGS, 1995.

VALLA & STOTZ (org.). **Educação, Saúde e Cidadania.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ANEXOS

INSTRUMENTOS
DE COLETA DE DADOS
EM PORTO ALEGRE

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA
PORTO ALEGRE

IDENTIFICAÇÃO

- a) Nome -
- b) Curso de formação profissional -
- d) Ano em que se formou -
- f) Formação a nível de pós-graduação -
- e) Prática em saúde comunitária (serviços onde já trabalhou, quanto tempo) -

1. Desde quando estás trabalhando aqui, neste serviço? Trabalhas também em outros lugares, além daqui? Já trabalhaste em outros serviços de saúde antes? Quando concluíste a tua formação profissional? Fizeste outros cursos depois disso? Acreditas que a tua formação profissional te ajuda no trabalho que desenvolves aqui? Teu tempo livre te permite descansar, te divertir um pouco, estar com a família de modo satisfatório? Que aspecto de teu trabalho aqui gostas mais? E o que é que mais te desgosta?

2. Se tu fosses chefe do posto (ou se tivesses poder político para mudar as coisas), que atitudes tomarias para melhorar as condições de trabalho e a atenção à comunidade?

3. A comunidade vem participando do posto de saúde desde a implantação da Unidade em 1986. Nós sabemos que este é um processo que tem tido altos e baixos. Ultimamente (desde 92) a equipe tem uma proposta de incorporação da participação da comunidade no planejamento das ações que o posto desenvolve. Como tem sido esta experiência para ti? Que dificuldades, em teu modo de ver,

encontram as pessoas - da comunidade e os técnicos de saúde - em participar? Acreditas ser possível superar ou melhorar estas dificuldades? Como? Esta participação da comunidade influencia, de algum modo o tipo de trabalho que tu e a equipe realizam? Poderias me dar um exemplo disso? Quando há discordância entre as pessoas (dos técnicos entre si ou entre a equipe e a comunidade) sobre algum tema ou sobre o que se deve fazer, como costuma a equipe proceder? Como avalias esta experiência de participação da comunidade neste serviço? Em poucas palavras, que significa “participação” para ti? Que significa “saúde” para ti? E “saúde comunitária”?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DIVINA
PROVIDÊNCIA - PORTO ALEGRE

IDENTIFICAÇÃO

- a) Nome -
- b) Curso de formação profissional -
- d) Ano em que se formou -
- f) Formação a nível de pós-graduação -
- e) Prática em saúde comunitária (serviços onde já trabalhou, quanto tempo) -

QUESTÕES ORIENTADORAS

1. Desde quando estás trabalhando aqui, neste serviço? Trabalhas também em outros lugares, além daqui? Já trabalhaste em outros serviços de saúde antes? Quando concluíste a tua formação profissional? Fizeste outros cursos depois disso? Acreditas que a tua formação profissional te ajuda no trabalho que desenvolves aqui? Teu tempo livre te permite descansar, te divertir um pouco, estar com a família de modo satisfatório? Que aspecto de teu trabalho aqui gostas mais? E o que é que mais te desgosta?

2. Eu gostaria muito de conhecer melhor como és o teu cotidiano de trabalho. Poderias descrever-me um dia típico de teu trabalho, desde o momento em que chegas até o momento em que vais para casa? Se tu fosses chefe do posto (ou se tivesses poder político para mudar as coisas), que atitudes tomarias para melhorar as condições de trabalho e a atenção à comunidade? Que significa para ti, em poucas palavras, “saúde”? E “saúde comunitária”?

3. A comunidade vem participando do posto de saúde desde a implantação da Unidade em 1986. Nós sabemos que este é um processo que tem tido altos e baixos. Ultimamente (desde 92) a equipe tem uma proposta de incorporação da participação da comunidade no planejamento das ações que o posto desenvolve. Como tem sido esta experiência para ti? De que modo tu costumava participar? Que dificuldades, em teu modo de ver, encontram as pessoas - da comunidade e os técnicos de saúde - em participar? Que sugeres com relação a isso? Acreditas ser possível superar ou melhorar estas dificuldades? Como? Esta participação da comunidade influencia, de algum modo o tipo de trabalho que tu e a equipe realizam? Poderias me dar um exemplo disso? Quando há discordância entre as pessoas sobre algum tema ou sobre o que se deve fazer, como costuma a equipe proceder? E no planejamento participativo? Como avalias esta experiência de participação da comunidade neste serviço? Que significa “participação” para ti, em poucas palavras?

4. Tem se falado muito, especialmente nos jornais e na televisão, da “globalização”, das políticas neoliberais e também da integração dos países no Mercosul. Aqui neste serviço, as pessoas costumam falar a respeito destas coisas? E tu, que pensas sobre isso? A globalização, as políticas neoliberais e a integração do Mercosul pode, de algum modo, influenciar o teu trabalho, teu cotidiano profissional? E a tua vida em geral? Percebes alguma consequência destes fenômenos na vida das pessoas que atendes e conheces aqui nesta comunidade?

5. Suponhamos que a atual administração da prefeitura de Porto Alegre esteja propondo uma reorganização do sistema municipal de saúde e que queira implantar o modelo de saúde comunitária a toda a rede de serviços básicos de saúde. Que pensas sobre isto? Como percebes estas reformas considerando-se este contexto da globalização, do neoliberalismo, mas também da integração de

dos países do Mercosul? Como percebes a participação desta comunidade, esta relação mais horizontal que temos neste posto com a comunidade, frente a estas possíveis mudanças na política de saúde, na economia, na política e na vida em geral?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
COMUNIDADE ATENDIDA PELA UNIDADE DIVINA
PROVIDÊNCIA - PORTO ALEGRE

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome -
2. Endereço -

QUESTIONES ORIENTADORAS

1. Desde quando tu frequêntas o posto? Quantas pessoas moram contigo, em tua casa? Como está a saúde da família? Estás trabalhando atualmente? Onde? O que fazes no teu trabalho? Quando não estás trabalhando, o que costumás fazer?
2. Quais são os motivos que normalmente te fazem buscar atendimento no posto? Poderias me descrever uma situação em que tenhas vindo consultar, desde o momento em que pensaste em vir, como foi o atendimento que recebeste e como foi resolvido (ou não) o teu problema? Se tu fosses o chefe deste posto, que atitudes tu tomarias para melhorar o atendimento à comunidade? Quais são as coisas que tu mais gostas neste posto e que coisas tu não gostas?
3. A comunidade vem participando desde o começo, quando se organizou para pedir a abertura do posto. Tu participaste deste movimento? Como foram as coisas, naquela época? E depois, continuaste participando do posto? A participação da comunidade nos serviços de saúde é uma proposta relativamente nova. Na grande maioria dos serviços, as pessoas da comunidade não participam da definição, da execução e da avaliação das ações que o posto realiza. Como está sendo para ti esta experiência de participar? Que dificuldades, em tua opinião, as pessoas tem em participar - as pessoas da comunidade e os

profissionais? Tu acreditas que estas dificuldades poderiam ser superadas ou melhoradas, de alguma forma? Que farias para isso? Quando há discordâncias sobre algum tema ou sobre o que se deve fazer, como costuma proceder a equipe? E o grupo de saúde? Além da tua participação no posto, tu participas também em outros movimentos? Esta outra participação tua tem alguma relação com a tua participação no posto? Como acontece esta relação? Que significa para ti, em poucas palavras, “saúde”? E “participação”?

4. O jornal e também a televisão falam muito de desemprego, pobreza, problemas de saúde, moradia, violência e muitos outros. Falam também de mudanças na economia e na política. Em teu modo de ver, como está atualmente a vida das pessoas que tu conheces aqui na comunidade? Quais são, em tua opinião, os principais problemas das pessoas que moram aqui? Estes problemas sempre existiram, ou não? As coisas estão melhorando, estão iguais ou piorando? Por que tu acreditas que estão acontecendo estes problemas hoje em dia? Que se deve fazer, em tua opinião?

5. Suponhamos que a prefeitura de Porto Alegre queira implantar em todos os postos do município o tipo de trabalho que está sendo feito aqui, neste posto. Que pensas desta proposta? Acreditas ser possível que isto aconteça de verdade? Como tu vêes o movimento de participação da comunidade neste posto, frente a possíveis reformas no sistema de saúde? Acreditas que este processo participativo poderia, de alguma forma, contribuir para estas reformas, ou para melhorar o atendimento à população? Como? Podes me dar um exemplo?

GRUPO DE DISCUSSÃO
EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA
PORTO ALEGRE

PARTICIPANTES DO GRUPO:

Vocês já responderam individualmente algumas questões. A proposta de hoje é fazer uma discussão em pequenos grupos, a partir do que cada um já respondeu por escrito, sobre algumas das questões já propostas. É importante que o grupo construa conceitos que representem um **CONSENSO** entre todos os seus integrantes, isto é, partindo dos conceitos que cada um elaborou, chegar a um *conceito do grupo*, com o qual todos concordem. Entretanto, se isso não for possível, se houver diferenças que o grupo não consegue “negociar”, por favor, destaquem os pontos em comum e também as diferenças.

1. O que significa **SAÚDE** para o grupo.
2. O que significa **SAÚDE COMUNITARIA** para o grupo.
3. O que significa **PARTICIPAÇÃO** para o grupo.

4. O que significa **PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO** para o grupo.

- Considerando estes conceitos, que dificuldades, no entender do grupo, encontram as pessoas (da comunidade e os técnicos de saúde) em participar?

- O grupo acredita ser possível superar ou melhorar estas dificuldades?

Como?

GRUPO DE DISCUSSÃO
COMUNIDADE (GRUPO DE SAÚDE DA UDP)
PORTO ALEGRE

QUESTOES ORIENTADORAS

A comunidade vem participando do posto desde o começo, quando se organizou para pedir a abertura do posto. Nós sabemos que esta participação vai em altos e baixos, isto é, tem momentos que as pessoas participam mais, outras vezes se afastam um pouco, depois voltam a participar, ou outras não voltam mais ... A participação da comunidade nos serviços de saúde é uma proposta relativamente nova. Na grande maioria dos serviços, as pessoas da comunidade não participam da definição, da execução e da avaliação das ações que o posto realiza. Como está sendo para vocês esta experiência de participar do posto de saúde? Que dificuldades, no entendimento de vocês, têm as pessoas em participar - tanto as pessoas da comunidade, quanto os profissionais? Vocês acreditam que estas dificuldades poderiam ser superadas ou melhoradas, de alguma forma? Que vocês fariam para isso? No modo de ver de vocês, quando há discordâncias sobre algum tema ou sobre o que se deve fazer, como costuma proceder a equipe do posto? E nós, aqui, no grupo de saúde, como costumamos proceder quando há discordâncias? Além da participação aqui no posto, alguns de vocês participam também em outros movimentos. Esta outra participação, no entendimento de vocês, tem alguma relação com a participação aqui no posto? Como acontece esta relação entre a participação aqui e a participação em outros lugares? Que significa para vocês “participação”? E “saúde” ?

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES

Consultas, atividades educativas e reuniões

- Porto Alegre e Montevideu -

CONSULTAS

PAUTA PARA OBSERVAÇÃO:

- 1. Relacionamento paciente/profissional:** que tipo de relacionamento entre o profissional e o paciente fica evidenciado nos comportamentos de ambos?
- 2. Relação profissional/paciente em relação ao poder/saber:** o profissional ouve e usa este ouvir para fazer um atendimento melhor? Aborda questões da vida do paciente? A linguagem, a forma como o profissional fala com o paciente sobre o seu problema.
- 2. Dinâmica da consulta:** como o profissional conduz o desenvolvimento da consulta?

- Consulta “do dia”:

- Como maneja o profissional o problema principal trazido pelo paciente? De que forma aborda as problemáticas relacionadas imediata ou mediadamente relacionadas com o problema principal? Considera qual a queixa real do paciente e o que o problema significa para ele?
- Como lida com as diferenças de percepções sobre o problema trazido e as problemáticas envolvidas?
- O profissional trabalha com a ansiedade do paciente sobre o seu problema, tranquilizando-o?
- Certifica-se de que a pessoa está ou vai tomar a medicação corretamente?

- Consulta preventiva.

- De que forma o profissional aborda as questões relativas a hábitos de vida, costumes e as situações de vida relacionadas à prevenção?

- Como lida com as diferenças entre a sua percepção e suas prescrições e as percepções e hábitos do paciente?

- Como lida com outros problemas de saúde ou situações surgidas nesta consulta?

REUNIOES E ATIVIDADES EDUCATIVAS**1. ENTREVISTA PREVIA COM O(S) COORDENADOR(ES):****Atividades educativas:**

- a) Como surgiu a idéia de realizar esta atividade?
- b) Quais são seus objetivos? Como e quem definiu os objetivos?
- c) Existe planejamento e avaliação sistematizada desta atividade?
- d) Como são feitas as avaliações? Quem participa delas?
- e) Há registros da atividade?
- f) Quais são os objetivos da reunião que vou observar?

Reuniões com a comunidade:

- a) Quais são os objetivos da reunião? Em que contexto se insere esta reunião?
Está relacionada com que atividade do posto?
- b) Quem participará dela?
- c) Há planejamento e preparação prévia da reunião? Quem participa da preparação da reunião?

2. PAUTA PARA AS OBSERVAÇÕES:

- a) **Coordenador da atividade ou reunião:** conduz o grupo na busca dos objetivos propostos? Integra e anima o grupo? Sabe desencadear e estimular a participação dos demais? Como e em que momentos oferece sua própria opinião? Como é sua postura e relacionamento com os demais? Faz as sínteses das discussões adequadamente? Ajuda ao grupo a aprofundar criticamente a discussão? Sua linguagem é bem compreendida pelo grupo?
- b) **Participantes:** que tipo de postura tem cada um na discussão ou atividade? Como expressam suas idéias? Como se relacionam com os demais e com o coordenador? O grupo demonstra avançar em uma compreensão mais crítica do tema tratado?
- c) **Materiais de apoio à atividade ou discussão:** qualidade, adequação aos objetivos propostos.
- d) **Temas desenvolvidos na atividade ou reunião:** há problematização dos temas? São feitas conexões com outros temas ou com temas mais gerais?
- e) **Se há mais de um profissional de saúde,** como se estabelece a dinâmica de participação de cada um?

INSTRUMENTOS
DE COLETA DE DADOS
EM MONTEVIDÉU

ENTREVISTA PREVIA CON LA COORDINADORA DE LAS POLICLÍNICAS COMUNITARIAS MONTEVIDEO

CUESTIONES ORIENTADORAS

1. He leído algo sobre el proyecto que coordinas y me parece una propuesta muy interesante y innovadora, en especial por su énfasis en la participación de la comunidad y en la promoción y educación en salud. Los objetivos y las principales actividades que desarrollan ustedes ya me están relativamente claros. He leído también un relatorio que describe bien todo lo que han desarrollado las dos policlínicas en su primer año de funcionamiento, en 1996. Podrías ahora darme una idea general de todo lo que están haciendo hoy en día y de quienes son las personas involucradas en las actividades?

2. Qué personas crees tú podrían ser mis informantes? Me gustaría hablar con vecinos y trabajadores del equipo de diferentes categorías, personas con diferentes niveles de participación, es decir: a) vecinos que han participado del movimiento por la apertura de las policlínicas y que siguen participando hoy; b) vecinos que utilizan el servicio de salud pero no están involucrados directamente en el proceso de la policlínica; c) profesionales más directamente involucrados en el proceso de la comunidad; d) profesionales menos involucrados en el proceso de la comunidad, pero que atienden a las personas.

3. Luego de las entrevistas, me gustaría observar algunas actividades desarrolladas por el equipo. He pensado en reuniones rutinarias de trabajo del

equipo, reuniones con la comunidad - si las hay - actividades educativas, consultas, visitas domiciliarias. Podemos agendar estas observaciones?

4. Además de todo eso, también me interesaría tener una idea general de la conformación política del país y de la ciudad de Montevideo. Quiénes son los grupos que están en el poder, cuándo habrá nuevas elecciones, etc? En tu opinión, cuáles son las perspectivas de continuación y ampliación de este proyecto de salud comunitaria que estás coordinando?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
PROFESIONALES DE SALUD
POLICLÍNICAS COMUNITARIAS - MONTEVIDEO

IDENTIFICACIÓN

- a) Nombre y apellido -
- b) Policlínica comunitaria dónde trabaja -
- c) Curso de formación profesional -
- d) Año en que se recibió -
- f) Formación a nivel de postgrado -
- e) Práctica en salud comunitaria (servicios dónde ha trabajado, cuánto tiempo) -

QUESTIONES ORIENTADORAS

1. Desde cuándo estás trabajando acá, en este servicio? Trabajas también en otros lugares, además de aquí? Ya trabajaste en otros servicios de salud antes? Cuándo concluiste tu formación profesional? Has hecho otros cursos después de eso? Crees que tu formación profesional te ayuda en el trabajo que desarrollas aquí? Tu tiempo libre te permite descansar, divertirte, estar con la familia de modo satisfactorio? Qué te gusta más en tu trabajo? Y qué es lo que te gusta menos?

2. Eres un(a) profesional de salud y estás actuando en este proyecto de salud comunitaria. Me parece ser una propuesta de trabajo bastante innovadora y creativa. Me gustaría mucho conocer cómo es tu cotidiano de trabajo. Podrías describirme un día típico de tu trabajo, desde el momento en que llegas hasta cuando te vés a casa? Si fueras el coordinador de la policlínica (o si tuvieras el poder político para cambiar las cosas), qué actitudes tomarías para mejorar las

condiciones de trabajo y la atención a la comunidad? Qué significa para ti, en pocas palabras, “salud”? Y “salud comunitaria”?

3. La comunidad viene participando de la policlínica desde su gestación y apertura. Esta es una experiencia relativamente nueva, pero especialmente innovadora, ya que los servicios tradicionales de salud no incorporan la participación de la comunidad en la definición, desarrollo y evaluación de sus acciones. El servicio donde yo trabajo también ha buscado ese tipo de relación con los usuarios de las policlínicas. En nuestra experiencia, no es algo fácil. Cómo ha sido esta experiencia para tí? De qué modo sueles participar? Qué dificultades, a tu modo de ver, encuentran las personas - los vecinos y los profesionales de salud - en participar? Qué sugieres respecto a eso? Crees posible superar o mejorar tales dificultades? Cómo? Esta participación de la comunidad influcía de algún modo el tipo de trabajo que tú y tu equipo realizan? Podrías darme un ejemplo de eso? Cuándo hay discordancia entre las personas sobre algún tema o sobre lo que hay que hacer, como suelen proceder? Cómo evaluas esta experiencia de la participación de esta comunidad en este servicio? Qué es “participación” para tí, en pocas palabras?

4. Se viene hablando mucho, en especial en los periódicos y la televisión, de la “globalización”, las políticas neoliberales y también la integración de los países en el Mercosur. En tu medio profesional, es decir, acá en este servicio, las personas suelen hablar respecto a esas cosas? Y tú, qué piensas sobre eso? La globalización, las políticas neoliberales y la integración del Mercosur puede, de algún modo, influenciar tu trabajo, tu cotidiano profesional? Y tu vida en general? Percibes alguna consecuencia de estos fenómenos en la vida de las personas que tú atiendes y conoces aquí en esta comunidad?

5. Supongamos que la actual administración de la intendencia de Montevideo esté proponiendo una reorganización del sistema municipal de salud y que quiera implantar el modelo de salud comunitaria a toda la red de servicios básicos de salud. Qué piensas de eso? Cómo percibes tales reformas considerándose este contexto de la globalización, del neoliberalismo, pero también de integración de los países del Mercosur? Cómo percibes la participación de esta comunidad, esta relación más horizontal que tienen ustedes en este servicio frente a estos posibles cambios en la política de salud, en la economía, en la política y en la vida en general?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
VECINOS DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR LAS
POLICLÍNAS COMUNITARIAS - MONTEVIDEO

IDENTIFICACION

1. Nombre y apellidos -
2. Dirección -

QUESTIONES ORIENTADORAS

1. Desde cuándo frecuentas la policlínica? Vives cerca de aquí? Cuántas personas viven contigo, en tu casa? Cómo está la salud de la familia? Estás trabajando actualmente? A qué te dedicas? Cuando no estás trabajando, qué sueles hacer?

2. Dijiste que sueles utilizar la policlínica. Cuáles son los motivos que usualmente te hacen buscar la atención en la policlínica? Podrías describirme una situación en la que hayas venido a consultar, desde el momento en que pensaste en venir, cómo fue la atención que recibiste y cómo fue resuelto (o no) tu problema? Si fueras el coordinador (jefe) de esta policlínica, qué actitudes tomarías buscando mejorar la atención a la comunidad? Qué es lo que más te gusta en la policlínica y qué es lo que no te gusta?

3. La comunidad viene participando desde el comienzo por la conquista y la apertura de la policlínica. Has participado de ese movimiento? Cómo fueron las cosas, desde el comienzo? Y después, seguiste participando de la policlínica? La participación de la comunidad en los servicios de salud es una propuesta relativamente nueva. En la gran mayoría de los servicios, los vecinos no participan de la definición, la ejecución y evaluación de las acciones que

desarrollan los equipos de salud. Yo también tengo una experiencia como esta dónde trabajo y sé que no es nada fácil. Cómo está siendo para tí esta experiencia? Qué dificultades, crees tú, tienen las personas en participar - los vecinos y los profesionales? Crees que estas dificultades podrían ser superadas o mejoradas, de algún modo? Qué harías tú para eso? Cuando hay discordancias sobre algún tema o sobre lo que hay que hacer, cómo suelen proceder ustedes? Además de tu participación en la policlínica, participas en otros movimientos? Esta otra participación tuya tiene alguna conexión con tu participación en la policlínica? Cómo se da esta conexión? Qué significa para ti, en pocas palabras, salud? Y participación?

4. Los periódicos y también la televisión hablan mucho de desempleo, pobreza, problemas de salud, viviendas, violencia y muchos otros, a lo mejor en Brasil. Hablan también de cambios en la economía y la política. Cómo crees tú está la vida de los vecinos que conoces aquí en esta comunidad? Cuáles son, a tu modo de ver, los principales problemas de las personas que viven aquí? Estos problemas siempre existieron, o no? Las cosas están mejorando, iguales o empeorando? Por qué, crees tú, están ocurriendo estos problemas hoy? Qué hay que hacer, en tu opinión?

5. Supongamos que la intendencia de Montevideo quiera implantar en todas las policlínicas de la red municipal el tipo de trabajo que está siendo hecho aquí, en esta policlínica. Qué piensas de esta propuesta? Crees posible que esto ocurra de verdad? Cómo percibes el movimiento de participación de esta comunidad en la policlínica, frente a estas posibles reformas en el sistema de salud? Piensas que este proceso participativo podría, de algún modo, contribuir para tales reformas? Cómo? Puedes darme un ejemplo?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
COORDINADORA DE LAS POLICLÍNICAS COMUNITARIAS
- MONTEVIDEO

CUESTIONES ORIENTADORAS:

1. Si tuvieras el poder político para cambiar las cosas, qué actitudes tomarías para mejorar las condiciones de trabajo y la atención a la comunidad?

2. Qué significa para ti, en pocas palabras, “salud”? Y “salud comunitaria”? Qué es “participación” para tí?

3. Se viene hablando mucho, en especial en los periódicos y la televisión, de la “globalización”, las políticas neoliberales y también la integración de los países en el Mercosur. En tu medio profesional, es decir, acá en este servicio, las personas suelen hablar respecto a esas cosas? Y tú, qué piensas sobre eso? La globalización, las políticas neoliberales y la integración del Mercosur puede, de algún modo, influenciar tu trabajo, tu cotidiano profesional? Y tu vida en general? Percibes alguna consecuencia de estos fenómenos en la vida de las personas que tú atiendes y conoces aquí en esta comunidad?

4. Supongamos que la actual administración de la intendencia de Montevideo esté proponiendo una reorganización del sistema municipal de salud y que quiera implantar el modelo de salud comunitaria a toda la red de servicios básicos de salud. Qué piensas de eso? Cómo percibes tales reformas considerándose este contexto de la globalización, del neoliberalismo, pero también de integración de los países del Mercosur? Cómo percibes la participación de esta comunidad, esta relación más horizontal que tienen ustedes

en este servicio frente a estos posibles cambios en la política de salud, en la economía, en la política y en la vida en general?

5. Cómo ocurrió la definición de las acciones que deberían ser desarrolladas por los equipos de salud? Ya hay evaluaciones de estas acciones? Qué tipo de evaluaciones? Quién participa y cómo participa de estas evaluaciones?

6. De todos los vecinos que participan de las policlínicas, quiénes participan también en otros movimientos sociales o en otros espacios participativos?

7. Podrías describirme cómo se dan los talleres de los cursos de formación de agentes comunitarios? En pocas palabras, cuál es su fundamento teórico-metodológico? Qué dificultades has encontrado al desarrollar una propuesta pedagógica en esta perspectiva? Cómo participan los becarios y pasantes en estos cursos? Todos participan de ellos?