

A INTERSETORIALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE: O DESAFIO DE ENFRENTAR O PARADIGMA BIOMÉDICO

Glademir Schwingel¹

Resumo: Este artigo trata da construção da intersectorialidade como fulcro para a implementação de políticas públicas de saúde segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde. O Brasil constitui-se como país em que persistem desigualdades sociais importantes, instituídas historicamente. Este cenário se reflete também no acesso aos serviços de saúde. No texto, a partir da análise das condições de vida de uma família fictícia, propõe-se a reflexão quanto às possibilidades de mudança no paradigma assistencial à saúde, à luz dos autores clássicos das ciências sociais.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Intersectorialidade. Desigualdades sociais.

INTRODUÇÃO

João e Maria moram num casebre na vila “Santo Amaro”. Sua casa tem dois cômodos e nela residem mais seis filhos. Seguidamente passam fome. A casa tem um banheiro anexo e os dejetos vão à vala que passa nos fundos do terreno. A água é encanada, a luz, um gato puxado do poste da rua. O lixo, bem, o lixo se espalha pela vila... Quanto aos filhos, são quatro meninos, duas meninas, idades entre um ano e quatorze anos (Maria tem 28 anos, começou cedo a carreira de mãe, portanto). Os maiores estão na escola. Os menores, com a mãe ou com a vizinha. Ajudam-se, os vizinhos. João trabalha na indústria. Frigorífico. Estudou até a 5ª série e teve que parar para “ganhar a vida”. Tem 30 anos e poucas expectativas. “Como será o amanhã”, haverá comida, fraldas, roupas? Maria está em casa, com os filhos, e faz bicos como faxineira. Nada que dê muita renda, é lá e cá, de vez em quando... Na vila moram mais três mil pessoas, espalhadas em quinhentas famílias, acomodadas em quinhentos casebres. Ganham pouco dinheiro. Muito pouco, e há quem esteja desempregado. A vila fica longe, num canto da cidade, e a fama não é boa: há drogas, alcoolismo, há crime/violência/tráfico, há prostituição, há muitas doenças relacionadas à higiene, à falta de cuidado, negligência com os filhos. Sobretudo, há exclusão social. As pessoas da vila, por serem da vila, carregam o rótulo bem demarcado: são da vila, são pobres. Mas que pobres são estes?

A família de João e Maria é uma ficção neste texto, mas não é ficção na vida real dos grandes centros urbanos, resultantes da transição demográfica ocorrida no país nas décadas de 1960/1970. Milhões de sujeitos saíram dos grotões rumo à cidade. Se na primeira metade do século XX éramos um país rural, formada a maior parte da população por pessoas tal qual “Jeca Tatu”, personagem de Monteiro Lobato, hoje mais de 80% da população está nas cidades (BERTOLLI FILHO, 2006). Concentrou-se em núcleos urbanos poucas vezes preparados para receberem esta leva de sujeitos. Freitas e Porto (2006) destacam que no mundo, no ano 2000, havia 388 cidades com mais de um milhão de habitantes, não passando, há cem anos de dezessete. O resultado é bem conhecido: os problemas socioambientais afetam as condições de vida, provocam doenças e resolver a questão é um grande desafio para o Estado. Para Santos e Westphal (1999), são mais de 600 milhões em risco nos países em desenvolvimento.

1 Fisioterapeuta com especialização em Gestão em Saúde. Mestre em Ambiente e Desenvolvimento. Professor do Centro Universitário UNIVATES.

Mas, nesse contexto, quais os problemas socioambientais que representam risco para João e Maria, seus filhos e vizinhos? Para a Organização Panamericana de Saúde – OPAS (1999), são o abastecimento de água, o sistema de esgoto, a coleta e a destinação do lixo, drenagem de águas pluviais, controle de insetos e roedores, saneamento dos alimentos, controle da poluição ambiental, saneamento da habitação, dos locais de trabalho e de recreação. Nessa extensa lista percebe-se que na realidade, são poucos os indivíduos imunes a esses problemas. Poucos? Haverá alguém totalmente imune? Provavelmente não, mas a família de João e Maria e seus vizinhos certamente são mais vulneráveis às consequências dos problemas socioambientais. Por quê?

O Brasil vive sob profundas desigualdades sociais, o que se reflete nas condições precárias de vida de uma parcela importante da população. Esta desigualdade social foi construída historicamente e persiste na modernidade. Essa profunda desigualdade se traduz de forma evidente nas diferenças de renda e de acesso aos direitos sociais fundamentais, inscritos na Constituição Federal de 1988 - CF/1988 – (BRASIL, 2010), em seu artigo 6º, conforme se lê: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Na perspectiva de mudar o cenário da desigualdade, a sociedade brasileira, representada na Assembleia Nacional Constituinte instaurada na segunda metade dos anos 1980, aprovou a referida Constituição, denominada de “cidadã” por incorporar em seu texto uma série de dispositivos de enfrentamento das injustiças históricas que não reconheciam direitos universais. Áreas como a educação, a assistência social, a saúde, entre outras, passam pelo grande desafio de qualificar-se na assistência à população, por meio de políticas públicas gestadas no novo cenário. Há, efetivamente, na Carta Magna, o compromisso de combater a desigualdade social, resgatar a cidadania, incluir os excluídos sociais.

No campo da saúde, nos artigos 196 a 200 da CF/1988 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), inserido no capítulo da Seguridade Social, dizendo que *“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 recuperação”* (artigo 196, grifo nosso). A Lei Federal 8.080/90 (BRASIL, 2010), que complementa o texto constitucional, define: Artigo 3º: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A partir desses dispositivos legais, cabe ao Estado implantar políticas públicas que reconheçam o direito à saúde como fundamental. Nesse sentido, desde o final dos anos 1980 uma série de ações concretas foi instituída pelo Estado com amparo nos princípios da integralidade da atenção em saúde, na equidade das ações e na universalidade do direito de acesso, aliados ao controle social, à descentralização técnica e política e à intersetorialidade (PAIM, 1999). Muitas famílias distantes da rede pública de saúde, até então absolutamente insuficiente, passam a contar progressivamente com mais chances de serem atendidos em suas necessidades de saúde-doença. O “postinho de saúde” muda o seu perfil, passando a constituir um centro de saúde. João e Maria, sua família e vizinhos veem os serviços públicos de saúde mais próximos de sua casa. Muitos vão ao dentista pela primeira vez. A gestação é mais bem atendida, o parto se qualifica. O resultado é a melhora nos indicadores de saúde, em curto espaço de tempo. Menos crianças morrem antes de completarem um ano de idade, por exemplo. Mas nem tudo está resolvido.

Mendes (1999) refere que a complexidade e as causas múltiplas dos problemas relacionados à saúde nessa concepção ampliada tornam insuficientes as ações e os serviços desenvolvidos pela gestão da saúde e por profissionais do setor. Torna-se fundamental que outros saberes sejam

convocados à ação. A intersectorialidade se impõe neste contexto de estruturas urbanas modernas, saturadas, com problemas socioambientais impactando as condições de vida de todos os indivíduos (FREITAS e PORTO, 2006; ANDRADE, 2006). Andrade (2006) afirma que é nesta medida que diferentes setores articulados, compartilhando saberes e práticas tendem a alcançar os objetivos que dinamizaram sua aproximação. Essa tendência, no entanto, não garante a efetivação de ações intersectoriais, pois demandam pactos entre diferentes atores sociais.

No desenvolvimento cotidiano das ações e dos serviços de saúde, percebe-se ainda o enfoque do trabalho voltado à assistência, predominantemente. João e Maria, quando vão ao posto de saúde, são avaliados e lhe são prescritos medicamentos, comumente. Os profissionais de saúde, os gestores, a própria população enxergam a doença em primeiro plano. A promoção efetiva da saúde, a prevenção e a educação para a vida saudável ainda estão em segundo plano, apesar dos esforços do Estado para mudar o quadro. O local de moradia, recreação e trabalho, as condições de vida, as carências de toda ordem não são suficientemente considerados, daí que o remédio prescrito, mesmo que corretamente usado, melhora a doença, mas não o entorno dela.

Com efeito, a legislação do SUS (constitucional e infraconstitucional) demarca um novo paradigma para a atenção em saúde, reconhecendo a produção social do processo saúde-doença. Mas, na prática, persiste o modelo biomédico positivista, médico-centrado, hospitalocêntrico (PAIM, 1999). Nesse contexto, o campo da saúde é desafiado a mudar suas práticas, trabalhando intersectorialmente (ANDRADE, 2006). A questão central é que este novo agir não se dá de forma ampla, pelo contrário, persiste o trabalho esfacelado, segmentado, no qual a interdisciplinaridade na equipe de saúde é mais um desejo que uma prática e, possivelmente, nem sempre seja um interesse concreto. Nesse ínterim, o trabalho articulado com outros setores engatinha, com raras exceções.

Torna-se relevante identificar quais as razões efetivas para que a intersectorialidade não ocorra concretamente no campo da saúde, no que diz respeito às relações do processo saúde-doença e aos problemas socioambientais que impactam os indivíduos, por exemplo. São muitos os atores sociais envolvidos na dinâmica social inerente a esse processo: o profissional de saúde, o gestor, o participante do controle social, o prestador de serviços de saúde, os agentes de representação política, os agentes das entidades comunitárias e a população (respeitadas todas as suas segmentações de classe, de gênero, de etnia etc.). Há outros agentes invisíveis, mas que influenciam (ou não) a articulação de ações concretas voltadas às soluções (ANDRADE, 2006). Compreender essas interlocuções, as mediações, os entraves para a construção de políticas públicas intersectoriais efetivas no campo da saúde é o objeto de pesquisa. Subsidiar esse objetivo geral é a pretensão deste ensaio.

O CAMPO DA SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA UNIVERSAL E INTEGRAL

O campo da saúde vem sendo alvo de intenso debate quanto ao papel das políticas públicas, à responsabilidade estatal, à conveniência ou não do financiamento público, à universalidade do atendimento, enfim, as posições quanto ao desenvolvimento do setor têm suscitado querelas permanentes desde o surgimento do SUS no final da década de 1980. Interesses permeiam a sociedade, havendo os defensores intransigentes do SUS em um extremo e os críticos contumazes no outro.

A oposição se dá possivelmente pelo fato de que o SUS vem corrigir uma omissão histórica do Estado brasileiro na garantia do direito à saúde no país (PAIM, 1999). A partir desse novo paradigma na assistência à saúde, muda-se o modelo technoassistencial. As forças contrárias se agrupam por se sentirem prejudicadas em seus interesses específicos.

Por novo paradigma entende-se a mudança de enfoque nas políticas públicas de saúde, agora direcionadas à promoção da saúde, à prevenção, assistência, reabilitação, educação em saúde

e pesquisa; todas possíveis de serem classificadas em intervenções de atenção básica, de média e de alta complexidade. A integralidade da assistência é buscada em todas as ações e a qualidade de vida em todas as faixas etárias é um objetivo do Estado (Lei 8.080/90, BRASIL, 2010). É um novo paradigma que se constrói mundialmente, desde os anos 1970, e que culmina por reformas no sistema de saúde nacional.

Nas intervenções consideradas de atenção básica, o Ministério da Saúde incentivou, desde 1994, que estados e os municípios implantassem o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais são similares no seu desenvolvimento, sendo a diferença básica que o primeiro comporta a presença do médico e o segundo não (BRASIL, 2002). A iniciativa foi amplamente adotada em todo território nacional e apresentou resultados diversos. Em muitos locais ocorreu grande impacto nos indicadores de saúde/doença; já em algumas realidades os resultados foram mais modestos, diferenças que ocorrem por motivos multifatoriais.

O programa de Saúde da Família, de toda forma, significou uma mudança qualitativa importante no cenário, ao ponto de ele ser regulamentado em 1998, por meio da Portaria 1.886 do Ministério da Saúde. Em 2006 o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), via Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde. Pelo texto deste dispositivo legal, o “programa” de saúde da família foi renomeado como “estratégia”, tendo em vista a amplitude da concepção de “atenção básica”, estabelecendo-se a Saúde da Família como prioritária para o desenvolvimento da PNAB (BRASIL, 2007).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Portaria 648/2006 – Princípios Gerais).

A dimensão do conceito de “atenção básica” infere grande responsabilidade à PNAB e aos sujeitos implicados na sua efetivação. Da mesma forma, permite visualizar uma forte regulação do Estado sobre o território abrangido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). À equipe de saúde cabe aproximar-se dos diferentes atores sociais que habitam dado território. Ações intersetoriais podem/devem ser desenvolvidas buscando a efetiva promoção da saúde (e, por consequência, social, considerando a amplitude da concepção de saúde em voga). Na prática, um instrumento de biopoder toma corpo, no qual o Estado vigia os cidadãos e lhes impinge hábitos considerados corretos para a plena saúde (WEBER, 2006; FOUCAULT, 2007).

Neste contexto médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dentária (THD), em primeiro plano, e os outros profissionais da saúde no segundo plano, têm sido convocados a intervirem na realidade da desigualdade social, muito mais do que apenas desempenhando ações técnicas em saúde (BRASIL, 2007). Voltando a falar em João e Maria, seus filhos e vizinhos, pela primeira vez serão acompanhados de perto por uma equipe de saúde, sendo visitados em casa pelos ACS, inicialmente,

e por outros profissionais de saúde quando necessário. Uma intervenção do Estado sobre os indivíduos, portanto.

No cotidiano social temos a presença de diferentes agentes sociais, cada qual com sua concepção de mundo, seus interesses individuais e coletivos, cultura, crenças religiosas (BOURDIEU, 2008). O profissional de saúde que se insere nessa realidade também carrega na sua trajetória de vida as características que lhe auferem maior ou menor condição de intervir nesta realidade. Na ESF uma equipe de saúde composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e um conjunto de cerca de cinco a sete ACS responsabiliza-se por um território em que habitam em média 3 mil habitantes (máximo de 4 mil, segundo a Pt/MS 648/2006). São territórios dinâmicos, onde a vida se desenvolve segundo leis próprias, embora regulada pelo Estado e pela estrutura macrossocial. São campos em permanente disputa onde os interesses dos agentes colidem, dialogam, se afastam, se aproximam (BOURDIEU, 1983). É nesse contexto que a ESF deve atuar, confrontando uma realidade social e buscando ampliar a coesão social, o capital social a partir do campo da saúde, construindo na práxis a universalidade, a equidade e a intregalidade, princípios do SUS (PAIM, 1999; BRASIL, 2007).

“A Saúde da Família deve trabalhar em estreita articulação com outros setores, para que possa enfrentar, adequadamente, os problemas.” (MENDES, 1999, p. 277). A intersectorialidade tem se constituído como ponto de apoio para a construção coletiva de soluções aparentes para os problemas quotidianos enfrentados pelos atores sociais locais. Diferentes setores, advindos da esfera pública ou da esfera privada, colaborando entre si, buscando alcançar melhorias que tenham valor público, que beneficie a todos. Eis o desafio, como trabalhar intersectorialmente quando há interesses tão diversos em jogo? Quais as concessões necessárias e possíveis? Quais mediações são de responsabilidade do profissional de saúde?

DINÂMICA SOCIAL E O CAMPO DA SAÚDE

Se visualizarmos a família de João e Maria e seus vizinhos, na vila, trata-se de um recorte social geograficamente contínuo, formando um território de interações sociais diversas. Este é o espaço de trabalho do profissional de saúde da ESF. A equipe de Saúde da Família relaciona-se com um conjunto de indivíduos que o SUS denomina de “usuários” dos serviços de saúde. Mas quem são os usuários? E quem são os profissionais da equipe? Quais aproximações efetivas há entre esses diferentes sujeitos?

Da equipe de saúde da família os ACS são escolhidos pelo gestor público entre moradores do território de abrangência da ESF. São, portanto, em tese, pessoas que conhecem razoavelmente a dinâmica local, os usuários residentes, os problemas que existem, as articulações sociais e, neste sentido, representam um elo dos usuários dos serviços de saúde com os demais membros da equipe de saúde. No processo de escolha dos ACS, a priori, são levadas em conta as características individuais dos candidatos, privilegiando-se questões ético-comportamentais, capacidade de escuta, de vínculo, de comunicação. Espera-se do ACS que seja um profissional que efetivamente capte nas famílias atendidas as necessidades socio sanitárias e discuta com os demais membros da equipe quais respostas o Estado pode dar para essas necessidades.

Quanto aos outros profissionais de saúde da ESF, não há a prerrogativa de serem residentes no território para serem integrados à equipe. São profissionais, portanto, que em muitos casos desconhecem a realidade social do território e a boa inserção depende da capacidade de vinculação aos indivíduos locais, o que pode ser facilitado pelo ACS, ou não. De toda forma, para profissionais como o médico, principalmente, e o enfermeiro, o poder simbólico que detém no território é bastante pronunciado nessa relação que estabelecem com o coletivo local. Um contraponto do saber científico

e do saber popular se estabelece, na medida em que há certa interferência do poder constituído e representante do Estado que se interpõe às relações microssociológicas presentes (WEBER, 2006).

Muitas das áreas em que a ESF é implantada são locais em que o Estado foi omisso, de certa forma, ao longo do tempo. Atualmente o Brasil comporta cerca de 31.000 equipes de ESF, conforme dados do site do Ministério da Saúde, consultado em 02/07/2010, abrangendo mais de 100 milhões de brasileiros. A estratégia é implantada preferencialmente em áreas mais vulneráveis, do ponto de vista social e econômico. O capital social e cultural tende a ser esparso e os dispositivos sociais para a produção de relações estáveis, de coesão social em torno do coletivo são raros, salvo exceções. É nesse contexto que o Estado aposta na equipe da ESF: mudar a realidade social local.

Quem é, enfim, o usuário do sistema de saúde que reside nesses territórios? João e Maria, seus filhos, e os vizinhos são indivíduos homogêneos que aceitarão passivamente as orientações do Estado (por meio dos seus porta-vozes: a equipe da ESF) quanto ao cuidado relacionado à sua saúde? Ou, ao contrário, é um conjunto de usuários extremamente heterogêneo, com trajetórias diversas e com interesses específicos? Parece-nos óbvio que a segunda afirmativa é correta e, neste sentido, a intervenção do Estado junto no território abrangido pela ESF deve ser orientada pela característica multifacetada dos habitantes do local. É o indivíduo que faz o social, a partir das suas ações.

Frente a isso, é fundamental que a equipe de saúde possa articular-se coletivamente para compreender as dinâmicas sociais envolvidas no espaço em que está inserida e, assim, estabelecer uma relação dialógica, uma escuta qualificada das aspirações individuais e coletivas, vinculando-se efetivamente à dinâmica social local. Os profissionais da saúde não podem reproduzir o poder hegemônico sanitário, um poder de polícia, acusatório, que desqualifica o saber popular, mas sim buscar a emancipação dos sujeitos, preservando e estimulando a diversidade que se encontra no âmbito social.

A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: O NOVO PARADIGMA?

No território de abrangência da ESF os profissionais de saúde detêm um poder simbólico atribuído e que lhes confere status de intelectuais frente aos indivíduos residentes no local, na medida em que detêm uma autoridade teórica e prática relacionada ao campo da saúde (BOURDIEU, 2008). Cabe-lhes o trabalho junto com o coletivo e, neste trabalho, a opção entre a regulação das relações que se estabelecem ou, em contraponto, o incentivo à emancipação concreta dos agentes sociais, pensando-os conscientes de seu espaço social na luta por melhores condições de vida. A primeira opção, por hegemônica, é a via fácil; exerce-se o poder regulatório do conhecimento sobre a ignorância. Imputa-se às pessoas a culpa pelos seus problemas de saúde-doença e reproduz-se o status de dominação dos que têm poder, seja cultural, seja econômico, seja social.

A questão de relevo nessa escolha se ampara nas concepções dominantes nos profissionais de saúde: ou o modelo biomédico positivista ou o modelo da determinação social do processo saúde-doença. Qual a base de formação desses profissionais, quais suas concepções e a trajetória pessoal que lhes trouxe à ativa na ESF? A medicina, por exemplo, até recentemente mantinha a sua formação acadêmica eminentemente voltada à clínica, na dualidade diagnóstico-terapêutica, focando seu olhar sobre os aspectos orgânicos do homem/mulher, ou seja, centrado nas alterações específicas e na determinação da cura (SANTOS e WESTPHAL, 1999). Esse modelo de formação remonta ao relatório de Abraham Flexner, de 1910, lançado nos Estados Unidos e que, durante todo o século XX, marcou as diretrizes das escolas de Medicina naquele país e, reflexamente, no Brasil. As outras profissões da saúde, surgidas em sua maioria em meados desse século, adotaram o modelo da Medicina, com suas virtudes e seus equívocos.

Em vista disso, o profissional da saúde formado ao longo das últimas décadas é efetivamente um tecnicista, orientado pela hiperespecialização, que segmenta o corpo humano e, não raras vezes, desconsidera as subjetividades do ser humano com o qual trabalha tanto no plano individual quanto no coletivo. Centra sua atividade na clínica, no hospital. Esse retrato talvez explique a dificuldade que muitos profissionais da saúde enfrentam ao confrontar-se com a realidade social, com a desigualdade, com a ação coletiva em saúde. Habitados aos corredores dos hospitais universitários sofrem ao por os pés nas vilas empoeiradas, sem saneamento, sem a urbanização mínima que garanta condições de vida adequadas.

Apenas no início dos anos 2000 as novas diretrizes curriculares para a formação em saúde foram lançadas pelo Conselho Nacional de Educação. As transformações conceituais tratadas anteriormente ainda estão em implantação e o ambiente acadêmico nas escolas passa pela tensão normal percebida quando paradigmas são postos à prova; novas estruturas teóricas causam incertezas e o debate se enriquece em torno de propostas pedagógicas diferenciadas, a partir de modelos teóricos em xeque (KUHN, 2006).

Generalizando, o profissional da saúde historicamente percebeu o seu “paciente” como responsável pela sua doença, sendo da sua responsabilidade indicar o caminho da “redenção”, a cura, por meio dos dispositivos que a ciência oferece: cirurgia, medicamento, abstinências, suplementos, correções nos estilos de vida, entre outras mudanças que, se não aceitas como verdadeiras, significavam a condenação. No entanto, essa forma de perceber os indivíduos vem passando por transformações desde os anos 1960/1970, com o advento da Medicina Social e, posteriormente, com o reconhecimento da implicação social nas condições de saúde e adoecimento da população.

O modelo flexneriano começa a ser questionado. O racionalismo explícito na formação biomédica mostra-se insuficiente frente às subjetividades que permeiam as relações humanas e sociais. Se o trabalho desenvolvido por João, o nosso personagem, é agressivo e causa dores, talvez não baste apenas receitar-lhe que mude de emprego e que consuma um medicamento anti-inflamatório. Há outras questões a serem analisadas. O processo de adoecimento não começa apenas no corpo de João, assim como as repercussões da doença não se encerram nele. A doença de João tem repercussões outras, que envolvem desde a empresa em que trabalha, até a sobrevivência de sua família. Para tanto, a formação do profissional da saúde não pode se restringir racionalmente a identificar a agressão que causa desconforto e receitar a mudança que deve ser procedida por João.



Figura 1 - Modelo da determinação social do processo saúde-doença

Fonte: DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health; Stockolm: Institute for Future Studies, 1991

A Figura 1 demonstra a correlação multifacetada do processo de saúde e adoecimento do indivíduo, sendo o aspecto orgânico apenas uma das dimensões que incidem sobre o todo. O estilo de vida, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e de trabalho e, no plano macrossocial, as próprias condições socioeconômicas, culturais e ambientais têm alta potência sobre a vida dos sujeitos e dos coletivos, representando aspecto fundamental a ser considerado no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, como é o caso da PNAB e da ESF atrelada a ela.

A mudança no olhar dos profissionais da saúde não é, de fato, algo que se estabeleça ao natural, pois há aqui um capital cultural amalhado ao longo de décadas e que está posto à prova. As características do profissional da saúde foram construídas historicamente e constituem seu *habitus* permeado pelo capital cultural e o poder simbólico conquistado (BOURDIEU, 2009). Na Medicina, não raro, o profissional que se dedica à saúde da comunidade é visto como inferior tecnicamente àquele portador de um título de especialista em cardiologia, por exemplo. Talvez seja possível aqui discutir o papel do profissional da saúde, enquanto intelectual detentor de um saber específico (BOURDIEU, *apud* CHAUI, 2010) engajado ou não às causas sociais. É da escolha do profissional qual o rumo tomar no desenvolvimento da sua carreira, e esta é uma decisão carregada pela subjetividade entremeada pela sua própria trajetória de vida.

Chauí (2010, p.12) argumenta que o intelectual deve estar atento às demandas que o mundo impõe, mas reconhece a dificuldade desse movimento frente à ameaça que a mudança de paradigma representa ao capital social acumulado. A autora analisa ainda que a modernidade dilacera o cotidiano, “partindo da fragmentação da produção, da dispersão espacial e temporal do trabalho,

do desemprego estrutural e da destruição dos referenciais que balizaram a identidade de classe e as formas da luta de classes”.

Na configuração social atual, a sociedade do consumo individualista, na qual a vida se acelera, impacta a subjetividade dos indivíduos e dos coletivos (CHAUÍ, 2010). É nessa efervescência que a equipe da ESF é convocada a promover a coesão social pelo viés da saúde. Uma atribuição e tanto, considerando que os próprios profissionais não estão excluídos das mudanças estruturais que se processam na atualidade.

COMENTÁRIOS FINAIS

O que temos então? A família de João e Maria e seus vizinhos são vítimas da exclusão social que amplia a desigualdade social persistente da contemporaneidade. Os problemas socioambientais com os quais convivem não são de sua responsabilidade, unicamente. Esses atores sociais são corresponsáveis pelo quadro, mas, enquanto sujeitos destituídos de maior capital social e econômico, a solução não lhes cabe, isoladamente. Os profissionais de saúde inseridos nesse meio têm em suas mãos um conjunto de conhecimentos que podem qualificar as condições de vida de João, Maria, seus filhos, e vizinhos. Mas não vão resolver todas as questões, pois os problemas têm interfaces com outras áreas e demandam outras políticas públicas, que não a saúde. A realidade da desigualdade social requer uma conjugação de esforços provenientes de outros setores, sendo necessário o enfrentamento da fome, da falta de educação/formação adequada, da falta de saneamento, enfim, todos os quesitos anteriormente citados e que desqualificam a vida dos moradores da vila.

O conhecimento científico instrumentaliza as intervenções (ou não). A discussão teórica em torno dos autores clássicos das Ciências Sociais (Marx, Durkheim, Weber) permite qualificar o entendimento em torno da realidade social vivida pela família de João e Maria. Serão os personagens vítimas da luta de classes? A sua pobreza é derivada do progresso não homogêneo nas sociedades industriais modernas? Ou serão frutos da falta de coesão social ou da falta de ação social do indivíduo? A resposta talvez seja positiva para todas as perguntas.

Se por um lado poder-se-á pensar que o investimento maciço na estrutura social local vá resolver a desigualdade social presente, eliminando os problemas socioambientais e instituindo políticas públicas eficientes, de outro, não há como desconsiderar a subjetividade dos “joãos e marias”, suas expectativas, suas tristezas e felicidades, suas carências e necessidades, enfim, suas vidas. Trata-se, portanto, da imbricação do sistema social envolvido, os indivíduos/atores sociais com suas especificidades e as instituições constituindo os meios de pertença (GAIGER, 1999).

A desigualdade social das vilas do Brasil (e do mundo) não será resolvida pela Estratégia Saúde da Família, nem pelos profissionais que participam das equipes de saúde da família. São questões macroestruturais que reproduzem a desigualdade social, tanto quanto os problemas socioambientais e de acesso à saúde. No entanto, no âmbito local, os diferentes setores da sociedade aproximando-se em torno da melhoria das condições de vida da população deveria ser um compromisso de ordem política. A intersectorialidade, mais do que uma proposta vinculada à integralidade da atenção em saúde, deveria ser um instrumento efetivo para dar conta dos problemas socioambientais que desqualificam a vida de milhões de joãos e marias.

Este ensaio não pretende ser conclusivo, trata-se antes disso de um exercício em que se levantam algumas reflexões quanto ao desafio de promover uma relação mais dialógica no âmbito local, em torno da qualificação de políticas públicas. Compreender a gênese da desigualdade e os motivos da sua teimosa persistência são pontos cruciais para a proposição de políticas sociais mais efetivas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BERTOLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2006.
- BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.) **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática: 122-155. 1983.
- BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2008.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Constituição Federal Brasileira – 1988**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 02 set. 2010.
- BRASIL. **Lei 8080/1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 set. 2010.
- CHAUI, Marilena. **Intelectual engajado: uma figura em extinção?** Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/intelectual_engajado.pdf>. Acesso em: 02 set. 2010.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**; Stockolm: Institute for Future Studies, 1991.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
- FREITAS Carlos M.; PORTO, Marcelo F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.
- GAIGER, Luiz Inácio. Por uma sociologia dialógica. **Revista de Estudos Leopoldenses**, São Leopoldo. v. 35, n. 155, p. 21-37, 1999.
- KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Atenção primária ambiental**. Washington: DC/EUA. 1999.
- PAIM, Jairnilson D. S. Políticas de descentralização e atenção primária em saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- SANTOS, Jair Lício F.; WESTPHAL, Márcia F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p.71-88, 1999.
- WEBER, Carlos Augusto da T. **Programa de saúde da família: educação e controle da população**. Porto Alegre: AGE. 2006.