

Os desafios de formação dos profissionais da saúde, à luz dos valores, princípios e bases organizativos do PSF no Brasil

Marco Aurélio Da Ros¹, Cecília Marin²

¹ Professor Titular do Departamento de Saúde Pública – UFSC; Mestrado em Planejamento em Saúde – ENSP-FIOCRUZ; Doutorado em Educação – UFSC.

ros@ccs.ufsc.br

² Graduanda do curso de medicina da UFSC

Resumo

No principio e no fim, falamos é do Sistema Único de saúde (SUS). PSF é só uma parte que vem a ajudar a construí-lo. E antes do SUS, há uma história a ser contada. Porque sem ela não se pode entender a magnitude do desafio que se tem pela frente e a ruptura epistemológica¹ que precisamos fazer para construir o novo na saúde, e dentro desse desafio uma das estratégias adotadas é o PSF.

Dizer que temos heranças flexnerianas, que temos idéias corporativas, que a mídia não diz nada de bom do SUS, que a população não conhece o SUS/PSF é, até certo ponto, óbvio. Mas, para entendermos o significado e a ousadia de colocar numa constituição que saúde é direito de todos, dever do Estado² – e a partir daí lutar para viabilizar o inscrito, e montar uma estratégia para tal (uma delas o PSF) –, devemos nos reportar ao século XIX, conforme relata Rosen em seu livro *Da Política Médica à Medicina Social*³. É de lá que vem a herança progressista do Movimento para Reforma Sanitária, o protagonista da construção do SUS e do próprio PSF.

The challenges of instructing health professional according to the organizational principles and basis of PSF in Brazil

Abstract

At the beginning and at the end, we talk about the Unified Health System (SUS). PSF is only one segment that helps its establishment. And before SUS, there is a history to be told. Because without it one could not understand the magnitude of the challenge to be faced and the epistemological rupture that we

need in order to create something never created in health, and in this challenge one of the strategies chosen is the PSF.

When it is said that we have flexinerian heritage, corporative ideas, the media does not say anything worthy about SUS, the population does not know SUS/PSF is, to a certain extent, obvious. Nevertheless, to understand the meaning and the boldness of establishing in a constitution that health is every citizen's right, the government's responsibility - and from this point struggling to make what was written viable, and develop a strategy to this purpose (one of which is PSF) -, we should date back to the 19th century, as Rosen reports in his book *From Medical Politics to Social Medicine*. where the progressionist heritage of the Movement to the Sanitary Reform comes from, the protagonist of the establishment of SUS and the PSF itself.

Los desafíos de formación de los profesionales de la salud, de acuerdo con los valores, principios y bases organizativos del PSF en Brasil

Resumen

Desde el principio hasta el fin, hablamos del Sistema Único de Salud (SUS-Brasil). PSF és solamente una parte que viene a ayudar en su construcción. Antes del SUS, hay una historia a ser contada. Poque sin ella no se puede comprender la magnitud del desafío que se tiene adelante y la ruptura epistemológica que necesitamos hacer para construir el nuevo en la salud, y en este desafío uma de las estrategias adoptadas es el PSF.

Decir que tenemos ideas corporativas, que los medios de comunicación no hablan nada de bueno a respecto del SUS y que la población no conoce el SUS/PSF es algo, de pronto, obvio. Pero, para comprendermos el significado y la osadía de poner en una Constitución que la salud és derecho de todos, deber del Estado – y a partir de esto luchar para hacer posible el escrito, y hacer una estrategia para esto (el PSF por ejemplo) –, debemos reportarnos al siglo XIX, de acuerdo con Rosen en su libro “Da Política Médica à Médici Social”. Es de esta época que viene la herencia progresista del Movimiento para la Reforma Sanitaria, el protagonista de la construcción del SUS, y del propio PSF.

Começando a contextualizar

As condições materiais de existência do início do século XIX apontavam para uma extrema exploração capitalista da força de trabalho e para condições subumanas de trabalho: 16h/dia de trabalho em troca de comida, sem direitos sociais, sem saneamento, sem moradia, somadas às miseráveis condições dos lumpemproletários⁴ geravam uma situação tão dramática, que os médicos eventualmente chamados para dar conta da mortalidade e da alta morbidade entre os operários necessariamente concluíam que o jeito de viver determinava as doenças e a morte das pessoas. Para mudar aquilo, havia que mudar a forma de organização da sociedade, e isso os engajou nos movimentos revolucionários europeus do século XIX e permitiu o desenvolvimento de toda uma teoria dentro de um movimento chamado de medicina social³. Eles diziam, na lei de Saúde Pública da Prússia, em 1848, que a saúde das pessoas era responsabilidade do Estado. Essa é uma das grandes fontes de inspiração do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil dos anos 1970-1990⁵.

Esse movimento europeu acaba se retraindo juntamente com a intensa repressão aos socialistas no último quarto do século XIX, permitindo uma teoria nova, a da unicausalidade, inspirada nos achados de Pasteur⁶. Dessa forma, os profissionais da saúde não precisavam mais se preocupar com a sociedade⁷. Tratava-se de descobrir com instrumentos (A) a causa das doenças, e daí combatê-las com remédios (B) e o internamento hospitalar (C) era a melhor forma de garantir os exames e o controle dos remédios. Isso vem gerar, como reflexo, especialmente nos EUA, que estavam por eclodir como potencia capitalista, a possibilidade de uma grande fonte de lucro, com o tripé (A), (B) e (C – hospital-medicamento-exames complementares), o que viemos a chamar de complexo médico-industrial⁷. Que isso, contraditoriamente, permitiu o desenvolvimento da ciência da saúde numa direção é ponto em que não vale se aprofundar. Interessa para fins deste trabalho as conseqüências que essa materialidade coloca na consciência dos homens, especialmente os profissionais de saúde, e, no caso na época, mais especialmente os médicos⁵. Se lá começava a herança progressista, aqui está de onde vem a herança ou as raízes desse pensar (retrógrada? conservadora? neoliberal? do antiSUS?)

Para garantir esse modelo, o capitalismo norte americano, ou a Rockefeller Foundation, ou a John's Hopkins Univ., (pertencente a mesma) ou, ainda, para usarmos o mecanismo da cegueira que o próprio capital usa, podemos culpar um homem por tudo isso; chamamos, então, este modelo de flexneriano, em homenagem ao “culpado” Abraham Flexner, assim eludindo o capitalismo, a Rockefeller, o governo americano, etc.

O modelo que interessou a todas essas instâncias se caracteriza por⁸ ser biologicista, positivista, hospitalocêntrico, medicalizante, exercendo uma negação à saúde pública, à saúde mental e às práticas chamadas de complementares. Pratica também a chamada ciência normal⁹, na qual encontra os mesmos dados doutras pesquisas, e isso lhe dá a falsa sensação que daí está fazendo ciência. Cabe aqui aprofundar um pouco mais a questão epistemológica.

Um pouco de epistemologia

Dentro da construção da teoria do conhecimento, especialmente para áreas da saúde, creio que Ludwik Fleck¹⁰ seja o epistemólogo mais adequado. Ele elabora a teoria do Estilo de Pensamento (EP) dentro de Coletivos do Pensamento (CP), Coerção do Pensamento, Fatores de Desestabilização, como se conformam Novos Estilos de Pensamento. Explica a correlação do pensar com o momento histórico.

A partir do desenvolvimento da hegemonia do pensamento “flexneriano” que entra com força no Brasil a partir do golpe militar pró-modelo americano, em 1964, é que vamos tentar entender a matriz epistemológica do pensar a saúde vigente a partir daí, e como conseqüentemente a hegemonia não pensaria em SUS/PSF.

Fleck, o epistemólogo utilizado para entender então o estilo de pensamento instaurado, é pouco conhecido no Brasil, mas, por outro lado, é um dos poucos que permitem entender que na área da saúde temos diversos Estilos de Pensamento com verdades totalmente diferentes, convivendo simultaneamente, o que ele chama de incomensurabilidade dos EP (Fleck)¹⁰. Elaborar uma teoria sobre como um “noviço” é introduzido dentro de um coletivo de pensamento, por uma “suave coerção” em que entram componentes

psicológicos, de auto-estima, de aceitação do grupo, de informações dirigidas e de formas de ver e ouvir consideradas acertadas. A tal ponto isso se dá, que passados os anos de formação (nos quais o currículo oculto tem uma enorme importância), o novo profissional adere ao EP hegemônico e para seu “conforto” refugia-se naquela verdade como a única, rejeitando os outros EP*. Tomemos por exemplo um clínico especializado ou um cirurgião e perguntemos sobre a determinação social da doença, ou como os aspectos psicológicos são importantes, ou ainda a possibilidade de lançarmos mão de homeopatia ou acupuntura. Há uma negação até mesmo para iniciar um processo de diálogo... então o modelo hegemônico perpetua-se. Necessário se faz o que Kuhn chama de uma revolução científica para romper essa construção⁹.

* Da Ros (2004) explica em seu artigo “Ideologia dos cursos de Medicina” como se dá a construção do EP hegemônico do modelo médico atual, caracterizando os profissionais favoráveis ao movimento sanitário em contraposição ao modelo hegemônico de não-mudança

Retomando a história e construindo o SUS

O modelo brasileiro pré-golpe militar era de médicos gerais, com os IAP atendendo categorias de trabalhadores organizados, o Ministério da Saúde (MS) fazendo prevenção, os hospitais de caridade fazendo caridade, e o modelo a ser seguido (inspirado nos padrões europeus considerados na época, os de excelência) era o de médicos gerais com prática semiológica muito desenvolvida.

Com o golpe militar entrando numa era de grande corrupção no setor da saúde, a partir da centralização do financiamento para as atividades curativas dentro do INAMPS/MPAS, com compra de serviços das instituições e dos médicos por meio das famigeradas US¹¹, há um grande desenvolvimento da medicina de grupo, e uma hipertrofia de medicamentos, pedidos de exames e hospitalizações feitos aos serviços privados com dinheiro público. O financiamento do MS, que era de 8% do orçamento, em 1963 para investir na prevenção de doenças, cai para 0,8% em 1973, derivando daí uma

necessidade cada vez mais ampliada de serviços de saúde, em especial os hospitais. É nessa circunstância que na década de 1970 emerge o Movimento pela Reforma Sanitária, uma conjunção de diversos movimentos que se preocupava com a saúde (Escorel¹², Da Ros⁵), propagando um sistema unificado de saúde, contra o complexo médico-industrial e a ditadura militar que os acobertava; delineando um ideário que continha: determinação social do processo saúde-doença, reforma do ensino da área da saúde, hierarquização com ênfase para atenção básica (AB), controle da população sobre o sistema – e que este fosse organizado com qualidade. Defendia-se, ainda, atenção integral construída de diferentes formas pelas vertentes do Movimento pela Reforma Sanitária.

As idéias do SUS nascem, portanto, na década de 1970 e vão enfrentando o modelo hegemônico, em debates regionais (Montes Claros, PIASS, Saúde Rural em Chapecó, Residência de Murialdo em Porto Alegre) e experiências localizadas (Niterói, Londrina, Porto. Nacional?) ou em abrangência nacional, com a tentativa do PREV-SAÚDE, do PAIS, das AIS, do controle do CONASP sobre a corrupção, até que entramos em 1984, na articulação de uma transição para a democracia do voto, e aí a possibilidade de se criar, por um hiato histórico, na Constituição de 1988 ², graças ao movimento articulado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, uma proposta socialista em um país claramente capitalista.

A inscrição, na Constituição de 1988 ², do que foi discutido na 8ª Conferência em 1986¹³, coordenado pelo Arouca – de saúde para todos dever do Estado – trazia o movimento do século XIX para a atualidade brasileira. Houve a implosão do INAMPS, articulada por Hesio Cordeiro, com o desenvolvimento do SUDS, criando as condições irreversíveis para o desenvolvimento de um sistema único (e nacional) de saúde com um comando em cada esfera de governo – portanto, de base municipal⁵.

As dificuldades de implantação do SUS e o esboço do PSF

A constatação de que não bastava ter escrito na Constituição uma proposta de SUS para que o fato ocorresse trouxe a necessidade de organizar lutas específicas para consolidá-lo. Várias frentes são acionadas, desde

planejamento para ampliar financiamento ou a elaboração de leis orgânicas, passando pela consolidação de um Conselho Nacional de Saúde (CNS) – controle social – e a irradiação de bem-sucedidas experiências locais, como a dos ACS do Nordeste, as quais nos levam às raízes institucionais dos ACS, no governo Collor. Experiências anteriores de trabalho com Agentes de Saúde Rurais ou Trabalhadores Primários de Saúde existiram desde o início da década de 1970, mas agora passava a ser um programa de base nacional na década de 1990. O PACS tinha uma proposta de um enfermeiro e sua equipe de ACS responsabilizar-se por uma determinada área geográfica, e nela trabalhavam com prioridades como desnutrição, vacinação, doenças dependentes de falta de saneamento. Diversos desenvolvimentos diferentes eram gestados. É com a queda do ministro Alcenir Guerra (o das bicicletas e guarda-chuvas) é que o programa assume uma irreversibilidade, e dessa forma é chamada uma equipe de enfermeiros a Brasília para desenvolver a proposta com mais sistematização. São organizados cursos de Planejamento Estratégico Situacional para os enfermeiros no Nordeste, e neles é possível constatar a alta eficiência do trabalho dos ACS para melhoria de indicadores como mortalidade neonatal, mortalidade infantil tardia, mortalidade materna, etc.

A partir do governo Itamar e dos ministros J. Haddad e H. Santillo, em 1993, por sugestão da então coordenadora do PACS, Heloisa Machado, é criada a proposta de um Programa de Saúde da Família. Inicialmente pensado como Saúde Comunitária, inaugura o reconhecimento do trabalho em equipe, da alta resolutividade do trabalho com grupos na comunidade, de interação domiciliar, de territorialização, planejamento local, divisão em microáreas dentro da AB. Naquele momento, consegue-se o aval da UNICEF para iniciar o programa (PSF)¹⁴. Mas é só em 1994, com o novo governo, que se iniciam as implantações de equipes de PSF. Queria-se, desde o começo, que não tivesse o “p”, para que não se caracterizasse como uma proposta com tempo marcado para terminar, e sim que fosse uma estratégia, que tivesse equipes de apoio, que a dimensão do número de famílias fosse menor. Porém, poucas equipes são articuladas, no Brasil, e quase todas por adesão ideológica. É só em 1997, quando surge um financiamento por sobre o PAB (com uma verba específica anual para equipe de PSF), que premiava os

municípios com mais cobertura de atenção, que podemos dizer que inicia de fato a expansão do PSF.

As outras lutas do Movimento Sanitário para romper com o modelo hegemônico, biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico, com lógica de privado e fragmentado se dava em outras esferas. Mas começava a ficar claro que, sem mudar os recursos humanos (ou melhor, força de trabalho em saúde) de que o Brasil dispunha naquele momento histórico e aquela lógica, não teria SUS nem PSF que desse certo. Acreditava-se que somente quando se estruturasse uma “porta de entrada” eficiente é que o sistema se redimensionaria. Mas daí se pôde sentir o peso que a lógica norte-americana, instaurada por vinte anos, tinha deixado sobre as cabeças da área da saúde. Mais dez anos tinham-se passado, e embora o SUS apresentasse muitos avanços, e a AB não se desenvolvia dentro da expectativa.

É aqui, portanto, que começaremos a desenvolver o tema-título deste trabalho.

Os desafios da formação

Inicialmente, parte do financiamento para as equipes do PSF vinha de agências econômicas internacionais, e isso, por si só, já era suficiente para setores da esquerda brasileira se colocarem contra o PSF. Como se não bastasse a hegemonia não admitir mudanças no modelo flexineriano, havia compreensões distintas sobre por quais estradas se deveria trilhar. Os temas em que haviam divergências incluíam: concepção de Estado, de políticas sociais e se o programa era substitutivo da AB. A proposta pedagógica, os aliados táticos e estratégicos. Além desses conflitos, a tarefa era gigantesca. **Os serviços** que realizavam AB, e mesmo as raras equipes de PSF, tinham sido formados pela velha academia, e isso não indicava mudança. Tinha-se, portanto, que investir em educação (no mínimo continuada) para a rede. Quem faria isso, e como evitar que se tivesse sempre que mudar a lógica da rede porque não se formavam profissionais de outra maneira. Precisava-se então mudar **a formação universitária** – os currículos –, e para isso precisava-se mudar os **professores**. Uma das maneiras seria criar uma pós-graduação nos moldes da que a medicina de residência usava, para uma **residência em**

saúde da família, multiprofissional, que formasse quadros para qualificar a AB e administrá-la e para formar novos professores. **Mestrados profissionalizantes** poderiam ser outro caminho. **Cursos técnicos** seriam necessários, ampliação do conhecimento dos **novos agentes de saúde**. Ter-se-ia que pensar em capacitar **gestores, conselheiros municipais**. Segundo o Capítulo 200 da Constituição, competiria ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos em saúde. Mas isso tornava a **relação conflituosa com o MEC** (arts. 205, 206, 207)², do qual era a responsabilidade pelo ensino.

Criaram-se, então, os Pólos de Capacitação em Saúde da Família. Dez projetos em dez estados que receberiam financiamentos para desenvolver ações de capacitação; em contrapartida, os projetos teriam que ser pactuados entre universidades, secretarias estaduais (que tinham o controle) e secretarias municipais de municípios que já tivessem PSF, em cada região do estado.

Com a obrigatoriedade de as equipes serem capacitadas com treinamentos específicos (denominados de introdutórios) e com o retardo de repasse financeiro para a capacitação, embora os municípios já recebessem suas parcelas de verba para as equipes, houve uma pressão muito grande para que o projeto prioritário fosse capacitar inicialmente essas mesmas equipes na lógica do PSF. A carga horária oscilava nos pólos estaduais de 40 a 160 horas, mas de qualquer forma insuficiente para garantir uma **desconstrução do modelo pedagógico hegemônico**. Havia uma **muralha contra a mudança**. Os profissionais se dispunham a trabalhar em PSF porque era um novo mercado que se abria, mas acreditavam que os cursos curtos não tinham nada para ensiná-los. E deveria ser ensinado tudo sobre PSF nesses cursos: fichas (SIA-SUS)¹⁶, territorialização, acolhimento, trabalho com grupos, equipe, visitas domiciliares, educação em saúde, promoção de saúde, metodologias ativas de aprendizagem, ampliação da resolutividade¹⁴.

E cada precisava de outras **bases epistemológicas** para avançar. Aí então se colocava um nó crítico. Se somada a **outra muralha – a do capital** na área da saúde, que patrocinava a candidatura (e com ela compromissos) de deputados federais, senadores, quando não cargos maiores, para que eles defendam os interesses do complexo médico-industrial no Congresso e nos governos, compreende-se melhor a magnitude da tarefa a ser

empreendida. Havia ainda uma **mídia**, que vai desde jornais, revistas, até a TV (desde noticiários até novelas), com uma preocupação grande em denegrir o SUS.

Simultaneamente entendia-se que sem melhorar os salários não se criaria o estímulo necessário para as universidades mudarem. No MS, criou-se um espaço de aproximadamente 20 m² para ser sede da Comissão da Qualificação da AB (COQUAB), com menos de meia dúzia de funcionários e 12 assessores requisitados dos Estados. É dessa COQUAB que nascem as propostas de projetos de Residências Multiprofissionais, do PROMED (Proposta de Modificação Curricular da Medicina), de treinamentos introdutórios, especializações em Saúde da Família (SF), educação técnica e educação popular. Cada proposta dessas tem uma história. Os valores, princípios e bases organizativos do PSF no Brasil dependem vitalmente da capacitação da força de trabalho. Claro: gestores, controle social, financiamento, áreas distantes... são temas que também devem ser resolvidos, mas não se trata mais de entender essa história, mas de como superá-la.

Os caminhos das mudanças na formação

Um dos aspectos fundamentais é entender as alianças construídas em alguns projetos, já que o parceiro fundamental, o MEC, não parecia entender a importância dessas mudanças. *Grosso modo*, pode-se dizer que para iniciar as modificações curriculares foram fundamentais parcerias com ABRASCO, Rede Unida¹⁶, ABEM, ABEn, que, inspirados nos estudos promovidos pelo CINAEM, entendiam a necessidade de mudar em 180° o eixo de formação dos profissionais. Em 2001, são aprovadas as novas diretrizes curriculares para saúde, e a partir delas, com estímulo financeiro do MS, consegue-se organizar o PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares) em 20 escolas que se propuseram a direcionar seu ensino para o rumo do SUS.

Os eixos passavam, mais enfaticamente, por mudanças dos cenários da prática, indo para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), do entendimento da determinação social do processo saúde-doença e da implementação de

novas/velhas metodologias de ensino-aprendizagem inspiradas na pedagogia de Paulo Freire¹⁷.

Iniciada a gestação em 1999, em reunião promovida pelo MS, elaborase a proposta de uma residência multiprofissional em SF. Em 2000, consegue-se licitação bancada internacionalmente, para financiar as 24 experiências, mas é só em 2002 que se iniciam de fato, com múltiplas dificuldades, especialmente na relação com a categoria médica.

Para todas as propostas que se pensavam, era fundamental a articulação ensino–serviço, ou universidade–secretaria municipal de saúde (SMS), por isso iniciam-se delineações de formar para contribuir financeiramente com os serviços que abrigassem o novo processo de ensino, para que eles pudessem efetivamente abrigar ensino.

É a partir de 2003 que há uma inflexão forte para modificar a questão dos recursos humanos em saúde. O MS redimensiona suas secretarias e cria a SEGETS, com seu departamento DEGES responsável pela discussão mais ampla do binômio educação-saúde. A prioridade do DEGES passa a ser a construção de Pólos de Educação Permanente, com a lógica do quadrilátero da educação em saúde: serviço–gestão–universidade–comunidade. São organizados acima de 100 pólos nos estados do Brasil, que são responsáveis por garantir parcerias entre essas quatro entidades, e também por desenvolver projetos sobre as necessidades sentidas de formação. Pela primeira vez, sentam juntos localmente: o controle social, o gestor, a universidade (docentes e discentes), a serviço para pensar políticas de coincidência e aprender a construir consensos.

O eixo assumido passa a ser **integralidade**, princípio do SUS, com toda sua polissemia. Reiniciam-se contatos do MS com as entidades estudantis (DENEM e os representantes estudantis de todos os setores de ensino em saúde). Organiza-se o VER-SUS. Implicitamente se reconhece que a tecnologia dura desumaniza e parte-se para propostas de recapacitar as universidades. Iniciam-se programas como: o Humaniza-SUS¹⁸. A formação de formadores é desenvolvida em parceria com a FIOCRUZ em todo Brasil, capacitando acima de 1000 professores de professores. Para desenvolver melhor a compreensão sobre a palavra-chave – **integralidade** –, é feita parceria com o LAPPIS no Rio de Janeiro. As entidades de profissionais de

saúde articulam-se em torno do FNEPAS, que tenta organizar encontro nacional envolvendo as categorias profissionais no debate de qual o perfil do profissional necessário para o SUS.

Mas, como mudar? Os desafios

Era preciso legitimar algumas dessas iniciativas, e aí surgem embates insuspeitados: **a residência multiprofissional** para se fazer legal precisou trilhar um caminho de separação com a categoria médica, que não entendia que as especificidades estariam preservadas. As múltiplas profissões da área da saúde teriam que trabalhar juntas na administração dos serviços, na promoção de saúde, nos trabalhos em grupos, na educação em saúde, na epidemiologia, no planejamento local, na articulação com as comunidades e nas discussões ampliadas do processo saúde–doença, transcendendo o individual. Por outro lado, uma boa parte da carga horária das residências seria preenchida com os temas específicos para cada profissão. **As corporações** não entendem de SUS. **Os municípios** começam a ter problemas para contratação de médicos com boa formação para o PSF, em função de emperramentos financeiros provocados pela **lei de responsabilidade fiscal**; por outro lado, o **financiamento federal** não amplia para as necessidades ora expostas com os pólos. Dentro das **universidades** depara-se com processos intensos de luta para preservar o conhecimento fragmentado – afinal, durante pelo menos 30 anos, os professores contratados tinham a lógica flexineriana. Daí as reformas curriculares avançavam lentamente.

A **parceria com o MEC** ainda se dava de forma tímida. Não havia garantido a abrigatoriedade de investimentos do Estado e municípios no setor saúde (**PEC29**)¹⁹. E a **CPMF** era aplicada só parcialmente para o setor saúde. Surgem também especulações de que uma vez ampliada a rede de PSF, agora já chamada ESF, haveria estrangulamentos impensáveis para a **Atenção Secundária** com consultas especializadas sendo marcadas para 12/18 meses após; inicia também a desestimulação dos profissionais. Como fazer Atenção Primária, se quando necessário o retorno de opinião ou de encaminhamentos rápidos o **sistema de referencia–contrareferencia** não existe?

Os desafios (além dos grifados) aparentes têm algumas causas de fundo que são fundamentais. É preciso instaurar um **novo estilo de pensar**, saúde que inclua a Saúde Pública, a Saúde Coletiva e a Saúde Clínica⁵ Isto faria garantir não somente o administrar os recursos que se tem, mas **sonhar** com um futuro de superação. Sem sonho não existiria SUS, nem 30 mil equipes de PSF hoje, no Brasil. Temos também que incluir uma **consciência da finitude de nossos recursos naturais** e empreendemos transformações estruturais. Dentro dos marcos do capital, não há futuro para a humanidade. Não temos tempo e nem podemos considerar que está dado será o fim da história. **A cultura de solidariedade** deve ser enfatizada a todo momento em nossos cursos para que se **rompa com as corporações** e se aprenda a trabalhar com as diferenças de forma amorosa. Estimular **grupos autônomos** a desenvolver modelos que viabilizem sua própria saúde, rompendo com a lógica do capital, como o MST vem tentando fazer. Administrativamente é preciso **ousar para além da AB**, porque, senão, não teremos nem integralidade, nem equidade e nem AB. A luta pelo financiamento ampliado é outra que nós podemos empreender, no exercício de nossa cidadania, elegendo um **congresso comprometido com o SUS**. Não podemos pensar em ir adiante se não tivermos um **controle da população organizada sobre o sistema**. E isso pode começar com conselhos locais de saúde, a partir de todas as “forças vivas” da comunidade. Algumas experiências que devem também ser considerados são as de **área da mídia**, onde se podem fazer trabalhos de promoção de saúde, educação em saúde e até mesmo informação para preservação de doenças. Realizado com rádios comunitárias, com canal estatal de TV (criativo) para usar toda inventividade do povo brasileiro em serviço do comum, e não do dinheiro. Temos hoje desenvolvido experiências com a ampliação de recursos para residência. Está sendo montado um programa – Telessaúde – que vai viabilizar Educação a Distância (EAD) para as 30 mil equipes. Ou seja, a cada novo corpo no MS avançamos na direção da reforma sanitária. O que temos de começar a aprender é que existem diferentes caminhos que levam à imagem-objetivo (IO). Se pudermos seguir todos, simultaneamente..., melhor.

É importante, para concluir, entender que todos esses leques de problemas, desafios, possibilidades compõem situações intermediárias para a

construção de uma IO societária, em que o exercício pleno da solidariedade, integralidade, inclusão do diferente, acesso a garantia de continuidade de todos os bens produzidos pela humanidade seja o ponto de chegada. Como forma de viabilizar a utopia que nos move, as práticas devem iniciar já. Há que pensar novamente em Paulo Freire quando ele falava de desmonopolização do saber, mas também, e principalmente, em ação, reflexão, ampliação do conhecimento, para nova ação. Mas, por outro lado, nunca abrindo mão da direcionalidade que sonhamos para sociedade, ou pelo menos de um SUS de verdade, onde o PSF seja tão-somente uma estratégia para colaborar com essa construção. Afinal, no principio e no fim, era o SUS...

Referências Bibliográficas

- 1) Bachelard, G. O novo Espírito Científico, RJ, tempo Brasileiro, 1968.
- 2) Brasil. Contituição de 1988. Constituição: Republica Federal do Brasil. Brasília, 1988.
- 3) Rosen, G. Da Política Médica a Medicina Social: Ed. Graal, RJ, 1980.
- 4) Marx, K. O capital. RJ, Civilização Brasileira, 6 volumes.
- 5) Da Ros M.A. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. [Tese] Florianópolis, CCE-UFSC, 2000.
- 6) BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de causa. In: ABRASCO. **Textos de Apoio:** Epidemiologia I. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
- 7) Cordeiro, H. Tavares R. as contribuições das ciências sociais ao estudo da tecnologia em saúde. In: Nunes ED (org.). As ciências sociais em saúde na América latina: tendências e perspectivas. Brasília (DF): OPAS; 1985.
- 8) Mendes, E.V. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa, e na tecnologia médica PCU/FINEP – Belo Horizonte – 1985.
- 9) Kuhn, T. A estrutura das revoluções coentíficas

- 10) Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico: troducción a la teoría del estilo de pensamiento. Madrid, Alianza, 1986.
- 11) Melo, G. A mercantilização da medicina. Rev. Paul. Hosp, 1971.
- 12) ESCOREL, S. M. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação de Movimento Sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado em Planejamento) – ENSP, Rio de Janeiro, 1987.
- 13) Ministério da Saúde do Brasil. Anais da 8º Conferência Nacional de Saúde. Brasil, 1986.
- 14) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª edição. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- 15) Brasil. Ministério da saúde. Fundação nacional de Saúde. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de saúde, 2001
- 16) Rede Unida Coletânea das Diretrizes Curriculares Aprovadas pelo Ministério da Educação. Londrina, 2002.
- 17) Freire, P. Pedagogia do Oprimido. RJ: Terra e Paz, 2005.
- 18) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de humanização. HumanizaSUS: a clinica ampliada/ Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Núcleo Técnico da política nacional de humanização. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

