

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

NESC/FIOCRUZ  
BIBLIOTECA

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

## DESVENDANDO HISTÓRIAS

O Programa de Saúde da Família em Camaragibe e as demandas de seus  
usuários

Autora: Telma Maria A. G. de Melo

Orientadora: Maria Lúcia M. Bosi

**CONSULTA**

Recife - 1997

(043.42)"1997"  
M528d

TELMA MARIA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE MELO

DESVENDANDO HISTÓRIAS

O Programa de Saúde da Família em Camaragibe e as demandas dos seus usuários

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* a nível de Residência em Medicina Preventiva e Social do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, sob a orientação da professora Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Recife -1997

TELMA MARIA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE MELO

DESVENDANDO HISTÓRIAS

O Programa de Saúde da Família em Camaragibe a as demandas de seus usuários

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós- Graduação *latu sensu* a nível de Residência em Medicina Preventiva e Social do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, pela comissão formada pelos professores:

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dra. Maria Lúcia Bosi

Departamento de Medicina Social/UFRJ

Examinador: \_\_\_\_\_

Prof. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto

Nesc/CPqAM/FIOCRUZ/MS

## COMIDA

Bebida é água.  
Comida é pasto.  
Você tem sede de que?  
Você tem fome de que?  
A gente não quer só comida,  
A gente quer comida diversão e arte.  
A gente não quer só comida,  
A gente quer saída para qualquer parte.  
A gente não quer só comida,  
A gente quer bebida, diversão, balé.  
A gente quer a vida como a vida quer.

Bebida é água.  
Comida é pasto.  
Você tem sede de que?  
Você tem fome de que?  
A gente não quer só comer,  
A gente quer comer e quer fazer amor.  
A gente não quer só comer,  
A gente quer prazer para aliviar a dor.  
A gente não quer só dinheiro,  
A gente quer dinheiro e felicidade.  
A gente não quer só dinheiro,  
A gente quer inteiro e não pela metade.  
Bebida é água.  
Comida é pasto.  
Você tem sede de que?  
Você tem fome de que?

ARNALDO ANTUNES/ MARCELO FROMER/ SÉRGIO BRITO

“Assim como toda relação humana é uma via de mão-dupla,  
as situações humanas são como iceberg:  
o que aparece (explícito) é apenas uma parte  
(e apenas a menor parte!) da realidade.”

(CARDOSO e CUNHA, 1994)

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que contribuíram direta ou indiretamente na construção desse trabalho.

Em especial, a todos que amo, por despertar a necessidade de desenvolver a escuta e a comunicação, sem o que esse trabalho jamais teria sido possível.

À direção e aos colegas do H.G.O.F que investiram no meu desenvolvimento profissional.

A Camaragibe, seus gestores e sua gente por acreditarem em mudanças.

Ao NESC e à FESP pela oportunidade de aprendizagem e pelo exercício de nosso senso-crítico.

Àquelas amigadas construídas no decorrer do curso e que compartilharam momentos inesquecíveis e inesgotáveis de crescimento. Ticiania, Nelma, Marcela e Lêda, dentre outras, mostraram-se constantes no decorrer de todo curso.

Aos meus pais pela capacidade de sonhar e construir apesar das adversidades.

A Iana Passos e a Walteir Silva pela disponibilidade de escuta e pelo incentivo ao vôo próprio.

A Glauce Albuquerque, Glauce Melo e Mégine por terem dedicado seus tempos na lapidação formal desse trabalho.

E, finalmente, à Maria Lúcia Bosi, uma mestre em ciência com paixão, um encontro breve, uma presença que continuará pela vida afora.

**LISTA DE ABREVIATURAS:**

PSC (PROGRAMA DE SAÚDE DA COMUNIDADE)

PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)

USFs (UNIDADES DA SAÚDE DA FAMÍLIA)

MELO, Telma Maria A. G. de. **Desvendando histórias** - O Programa de Saúde da Família em Camaragibe e as demandas de seus usuários. Recife, 1997. Monografia (Curso de Especialização à nível de Residência em Medicina Preventiva e Social). NESC/CPqAM/FIOCRUZ/MS.

## **RESUMO**

O presente anteprojeto de pesquisa tem por objetivo analisar e confrontar os serviços oferecidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em Camaragibe com as demandas de seus usuários, identificando consonâncias e/ou dissonâncias existentes, visando oferecer subsídios para avaliação e planejamento do Programa no Município.

A autora parte do pressuposto de que, em geral, as demandas dos usuários são apenas parcialmente atendidas, seja no planejamento e gestão, seja na assistência, uma vez que não entram na pauta das referidas ações as representações sobre o processo saúde-doença e necessidades implícitas na já referidas demandas, fixando-se apenas em seus aspectos explícitos.

Acredita-se, por outro lado, que os Programas de Saúde do tipo PSF, que atuam no cotidiano da população, mostram-se como espaços privilegiados para lidar com as singularidades próprias ao humano e que ainda são pouco consideradas no setor saúde.

No marco teórico-conceitual aborda-se a discussão sobre as racionalidades envolvidas nos saberes e práticas de saúde. Reflete-se sobre as representações, referente ao processo saúde-doença hegemônicas na perspectiva do saber técnico e do senso-comum. E por fim, amplia-se o conceito de demandas enfatizando as necessidades que lhes são implícitas, discutindo, a partir dessa compreensão, a aproximação entre os serviços de saúde oferecidos com as demandas (em seu conceito ampliado) como um indicador de qualidade.

Na discussão metodológica o anteprojeto define a abordagem qualitativa como a mais adequada para a apreensão do objeto proposto uma vez que o mesmo situa-se no plano das representações, necessidades e demandas dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVES:** Racionalidades, serviços de saúde, avaliação de serviços, processo saúde-doença e demandas dos usuários .

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>1</b>
<b>2- OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
2.1. GERAL .....	5
2.2. ESPECÍFICOS .....	5
<b>3- RACIONALIDADES: SUSTENTANDO PRÁTICAS .....</b>	<b>6</b>
<b>4- A PRÁTICA DO CUIDADO E REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO.....</b>	<b>10</b>
<b>SAÚDE/DOENÇA.....</b>	<b>10</b>
<b>5- DEMANDAS: UMA DEFINIÇÃO EM CONSTRUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>6- O CENÁRIO .....</b>	<b>20</b>
6.1. O PSF DO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	20
6.2. CAMARAGIBE E O PSF .....	21
<b>7- DISCUSSÃO METODOLÓGICA: .....</b>	<b>24</b>
<b>8-CRONOGRAMA.....</b>	<b>29</b>
<b>9- FONTES BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>30</b>

## 1- INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O presente anteprojeto de pesquisa transita na interseção entre diversos campos teóricos e práticos da saúde pública, tais como o Planejamento e a Saúde Mental, uma vez que se busca analisar e confrontar os serviços oferecidos pelo Programa de Saúde da Família em Camaragibe, com as demandas de seus usuários<sup>1</sup>.

Gostaríamos de enfatizar, desde já, que no decorrer da discussão teórica do presente trabalho, adotaremos como demandas um tripé que envolve necessidades, desejos e o pedido, tal como o proposto por CARDOSO e CUNHA (1994), deixando portanto de conceber a demanda como o pedido, para nós considerado apenas como o explícito ou visível da demanda.

O objeto aqui proposto pretende verificar se os serviços prestados pelo PSF em Camaragibe coincidem com as demandas de seus usuários, refletindo sobre a situação identificada.

O referido objeto parece ser fruto de um somatório de fatores, onde a formação e a prática profissional da autora contribuíram em grande parte, uma vez que, no decorrer de tais experiências, uma certa convicção pôde ser construída no sentido de compreender que a área da Saúde Pública concebida também enquanto Saúde Mental, extrapola os limites do setor saúde, dizendo respeito a própria organização e relacionamento social; coincidindo com a visão de POSSAS apud MINAYO (1994,190) que afirma “não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor saúde.”

Nossa compreensão é a de que os conhecimentos acumulados no campo da Saúde Mental podem vir a contribuir para o desenvolvimento de uma atitude crítica e criativa que possibilite um processo contínuo de revisão de teorias e práticas

---

<sup>1</sup>Para o objetivo desse estudo adotaremos provisoriamente o termo de ‘usuário’ por ser o mais utilizado na literatura da área de saúde, enfatizamos, no entanto, a existência de uma ampla discussão em pauta sobre o termo mais adequado a ser utilizado no setor saúde, onde tornou-se questionável o termo ‘paciente’. Por ‘usuário’ estaremos compreendendo nesse trabalho, o indivíduo dotado de várias dimensões, dentre as quais citamos a política-econômica, sócio-cultural, histórica, simbólica, emocional e místico-religiosa, com as quais relaciona-se com os serviços de saúde existentes e acessíveis. Para maior aproximação com o tema ver CARDOSO e CUNHA (1994), que propõem o termo ‘cliente’ como o mais adequado.

produzidas cotidianamente no âmbito mais geral da Saúde Pública, uma vez que, a Reforma Psiquiátrica brasileira, vem propondo uma revisão nos saberes e práticas da Psiquiatria, tendo como herança a experiência italiana, onde se destaca o nome de Franco Basaglia por suas idéias que, segundo AMARANTE (1992,08) “transcendem as fronteiras epistemológicas da Saúde Mental... A hipótese que aqui se esboça é a de que esta radicalidade é possível na medida em que o projeto de Franco Basaglia inscreve-se num empreendimento muito mais amplo de reflexões sobre a natureza e a função das ciências, dos saberes e dos técnicos, que vem sendo concebido no âmbito da filosofia das ciências e na noção de complexidade” .

À disciplina de ‘Metódos e Técnicas de Pesquisa’ no primeiro ano da Residência, somou-se uma série de discussões às que já vinham sendo amadurecidas pela autora, onde a questão das racionalidades norteadoras das teorias e práticas revelou-se um eixo central. Permaneceram como inquietações latentes questionamentos do tipo: será que diante da atual complexidade da sociedade, não seria a busca de uma revisão ética das teorias e práticas cotidianas um caminho, no mínimo, de sensatez, seja na Saúde Mental, no campo das Metodologias ou no corpo da Saúde Pública?

A prática do segundo ano da Residência, vivenciada na Coordenação de Saúde Mental de Camaragibe, viabilizou uma aproximação da autora com o planejamento e implantação de ações, suscitando novos questionamentos, agora sobre possíveis formas de planejar que introduzissem em seu repertório a dimensão das demandas do seu público-alvo, uma vez que acreditamos que alguns ‘fracassos’ na adesão dos usuários à racionalidade do planejamento do setor saúde, ocorrem possivelmente, entre outros fatores, devido ao fato das representações do senso-comum serem apenas parcialmente consideradas.<sup>2</sup>

Camaragibe, local onde foi realizada a prática da Residência, tornou-se mais um fator motivador para o enfrentamento do objeto colocado nesse anteprojeto, uma vez

---

<sup>2</sup>Sobre essa questão MINAYO (1994, 96) afirma literalmente “A lógica que preside o uso do sistema público por esses seguimentos não é a mesma que rege a ‘racionalidade’ oficial.”, para maior aprofundamento ver também AUGÉ e JUNQUEIRA(1996), HELMAN (1994).

que o município encontra-se em nível de gestão semi-plena, o que corresponde a um grau máximo de autonomia no processo de descentralização do SUS, e com isso vem podendo construir um modelo próprio de gerir seu sistema de saúde, onde nos parece haver uma busca crescente de qualidade<sup>3</sup>.

Sabendo que o PSF<sup>4</sup> mostra-se hoje como a porta de entrada do modelo assistencial de Camaragibe, estabelecendo com a população uma relação de aproximação cotidiana e como tal, um espaço privilegiado para a construção de novas formas de relacionamento e assistência, mostrou-se-nos relevante confrontar os serviços oferecidos pelo PSF em Camaragibe com as demandas dos usuários, podendo vir a subsidiar a avaliação e o planejamento no município, incorporando a perspectiva do usuário nos referidos processos, o que para nós, em última instância, resultará em melhoria da qualidade no setor saúde que representa o objetivo do SUS com o processo de descentralização.

Este trabalho, não se propõe fornecer um equipamento de como lidar com a loucura, pois não visamos a trabalhar no campo específico do sofrimento psíquico explícito, mas com aquelas demandas dos usuários que “ficam no meio do caminho”, que não conseguem ser escutadas, uma vez que não chegam aos serviços de saúde mental, que em geral estão voltados para a ‘doença mental’<sup>5</sup>, também não são consideradas nos postos de saúde onde os sinais e sintomas orgânicos, o diagnóstico, a medicação e o encaminhamento mostram-se como fins últimos. Trabalhamos, portanto, ao nível das demandas dos usuários que não se encontram refletidas nas pesquisas clássicas de saúde baseadas em dados epidemiológicos, pois nas grandes causas de agravos e óbitos, parece perder-se para sempre a história de pessoas

---

<sup>3</sup>Sobre o modelo assistencial de Camaragibe ver FARIAS (1996), CAMARAGIBE (1995) e BRASIL (1994)

<sup>4</sup>O modelo assistencial de Camaragibe incorporou o PAC ao PSF, concebendo o que denominou-se Programa de Saúde Comunitária. No entanto, ainda é comum na linguagem geral falar em PSF quando se refere ao mencionado Programa de Saúde da Comunidade.

<sup>5</sup>Ainda que com a Reforma Psiquiátrica brasileira, os serviços de saúde mental estejam, hoje, em busca de uma identidade, no sentido de “recomplexificar” a ‘doença mental’ que se mostra enquanto fenômeno simplificado, do que anteriormente era concebido como loucura, ainda existe um longo caminho no sentido de “colocar entre parênteses a doença” para poder lidar com a pessoa que sofre. (AMARANTE, 1992, 1994 ; ROTELLI, 1992).

anônimas que ao não encontrar lugar para a escuta da expressão de suas vivências , apenas tornaram-se estatísticas.<sup>6</sup>

Se nos propomos a realizar tal estudo é porque acreditamos ser possível a incorporação de dados sobre as demandas dos usuários no processo de avaliação e planejamento em saúde, e que um início para proceder tal incorporação é atentar para algumas histórias de vida presentes no nosso cotidiano e que nos parece passíveis de serem desvendadas.

Estão na base desse estudo as seguintes questões:

- A racionalidade implícita no PSF difere ou não das abordagens clássicas?
- Existem mecanismos que garantam, de forma sistemática, a incorporação do lidar com as demandas dos usuários no modo como se encontra estruturado o PSF em Camaragibe?
- Quais as demandas dos usuários desse programa?
- Os serviços oferecidos atualmente pelo PSF atendem às demandas de seus usuários?

---

<sup>6</sup>Sobre a “trivialização do que é humano” ver CASTIEL (1994, cap. 5).

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1. GERAL**

Analisar e confrontar os serviços oferecidos pelo PSF em Camargibe com as demandas de seus usuários, identificando as consonâncias e/ou dissonâncias existentes, visando oferecer subsídios para a avaliação e planejamento do Programa no Município.

### **2.2. ESPECÍFICOS**

- 1- Identificar e analisar os serviços oferecidos pelo PSF em Camaragibe.
- 2- Levantar as representações e necessidades subjacentes às demandas dos usuários do PSF em Camaragibe.
- 3- Confrontar e analisar as consonâncias e/ou dissonâncias dos serviços oferecidos com as demandas dos usuários do PSF.
- 4- Oferecer subsídio para a avaliação e planejamento do PSF em Camaragibe.

### **3- RACIONALIDADES: sustentando práticas**

A ordem de complexidade do objeto desse estudo exige abordar uma série de questões que extrapolam a ordem do visível, do explícito, do corriqueiro ou mesmo consensual. No entanto, uma vez que, se assume aqui a perspectiva de que essa é apenas uma versão de estudo, uma perspectiva de aproximação dos fatos, a todo momento estaremos definindo nossa direcionalidade, o caminho de análise por onde pretendemos seguir, ainda que atentos para sua infinitude e ambigüidades e por demais conscientes do que nos coloca CASTIEL (1994,14), "não há como escapar da incômoda constatação de que nossas apreensões(?) do real tendem a ser limitadas e delas só temos(quando muito) representações indiretas".

Iniciamos com a questão do que vem a ser a racionalidade científica moderna, pois acreditamos que a mesma vem norteando saberes e práticas que direta ou indiretamente influem sobre o campo da Saúde Pública e por fornecer bases para a compreensão de uma série de fenômenos envolvidos com o objeto desse estudo.

Parece haver um certo consenso na compreensão de que, com o Renascimento, criou-se a expectativa de que a humanidade sairia do estado de ignorância frente à natureza, para através da razão conquistar a emancipação e liberdade humanas, pois ao mesmo tempo o homem superaria a superstição e o despotismo. (ZAIDAN, 1991; PASSOS, 1994; LUZ, 1988; MINAYO, 1994; OLIVEIRA, 1993).

Apesar de toda a expectativa criada com as possíveis 'benesses' da razão científica regendo um mundo em equilíbrio, o que se pôde observar, no entanto, foi uma ação voltada contra o próprio homem, uma vez que ele próprio se teria tornado objeto passível de dominação. (PASSOS, 1994; LUZ, 1988; Zaidan, 1991; Oliveira,1993).

Segundo LUZ (1988) o referido processo ocorre com a separação entre Deus, Homem e Natureza, onde o Homem herdeiro de Deus, passaria a controlar a natureza desdivinizada através da razão, sendo que ele próprio passou a ser objeto de conhecimento e de modulação da ciência.

Ainda segundo a autora, a razão oscilou (na filosofia natural) dividindo-se entre “postulados da razão” e “postulados da experiência empírica”, respectivamente como “princípio único ou absoluto do conhecimento” e como “critério único do estabelecimento de verdades”. (LUZ, 1988, 24).

A ruptura Natureza-Homem, enquanto campo de intervenção da razão, atribui estatuto de realidade a uma série sucessiva de dualidades, as quais não admitem sínteses ou novas dimensões. Dentre tais dualidades encontram-se, segundo a autora, as da matéria-espírito, objeto-sujeito, corpo-alma, sentidos-razão, organismo-mente, paixões-vontades, produzindo a tendência das “disciplinas científicas” reproduzirem em suas teorias dicotomias e dualidades. (LUZ, 1988, 25).

As referidas dicotomias mantêm-se apesar da redução que periodicamente ocorre entre os seus pólos, onde se estabelece provisoriamente um monismo epistemológico, teórico e metodológico nas ciências. Portanto a ruptura ocorre com o que LUZ (1988) chamou de “pan-racionalismo” que procede um estilhaçamento entre razão, paixão, sentimentos e vontades, onde a ruptura não se mostra como epistemológica, mas social e psicológica, já que passam a ser instituídas instâncias socialmente exclusivas para o exercício de cada um dos referidos “compartimentos”. É através dessa compartimentalização que o Homem, tal qual a natureza, passa a ser objeto da ciência, naturalizando-o e tornando-o objeto de intervenção, transformação e de modulação.

A racionalidade científica moderna a partir do século XVIII tem como marca a ciência, como meio único legítimo de obtenção de verdades. As demais formas de expressão humana, tais como as artes, a política, a moral, a filosofia e a religião serão consideradas como fontes “impuras” para a produção do conhecimento científico, já que envolvem a imaginação, sentimentos, sentidos e as paixões. (LUZ, 1888).

As ciências humanas têm sido influenciadas por essa racionalidade, a partir da herança das ciências naturais, fundadas no pensamento positivista, gerando o que GOLDMAN apud MINAYO (1994), baseado no pensamento de Marx, denomina de “deformação científica”. Tal deformação estaria antes mesmo da tentativa de aplicação

dos métodos e pressupostos das ciências naturais aos estudos das comunidades; localizando-se no fato de conceber a comunidade como **objeto** de estudo; já que para o autor os seres humanos são mais que objetos de estudo, são sujeitos com os quais se age e se estabelece relação.

A racionalidade moderna constituiu-se como razão instrumental, na medida em que avançou na direção da ciência e da técnica, hipertrofiando seu lado prático; desse fato decorreu uma hegemonia da técnica, o que, em última análise, vem servindo para legitimar a manutenção do status quo, através de argumentos técnicos e científicos.(OLIVEIRA, 1993; Z Aidan, 1991).

A racionalidade científica poderia portanto ser considerada como uma estrutura de explicação do Mundo, do Homem e da Natureza, baseada na razão “depurada dos sentidos e dos sentimentos”. (LUZ, 1988, 25).

Esse modo de conceber a racionalidade, no entanto, não é dado como algo natural e imutável. Sabendo-se que em nossa realidade tudo se mostra dinâmico, histórico e dialeticamente construído, uma série de idéias e práticas parecem por em xeque, ainda que de forma não hegemônica, a suficiência da racionalidade científica moderna, dita funcional e positiva.

Os autores consultados, cada qual a partir de seu ângulo de análise, ângulos esses que não nos cabe analisar no momento, reclamam a totalidade, recomplexificação e pluralidade(STENGERS apud AMARANTE, 1992), reconciliação com a Filosofia (JAPIASSU, 1995), consideração da síntese e reconciliação com a paixão (LUZ, 1988), afirmação da singularidade (CASTIEL, 1994). Tudo isso através do que nomeiam/conceituam de “racionalidade substantiva”, “racionalidade comunicativa” (HABERMANS apud PASSOS, 1994), “paradigma ecológico” (CAPRA apud CASTIEL, 1994), “padrão paradigmático ético-estético, construtivista, elucidativo, sistêmico, e pós-empirista” (CASTIEL, 1994), “idéias de complexidade” (STENGERS apud AMARANTE, 1992) ou ainda da “concepção holística” (BOSI, 1994).

Analisadas por um lado as bases de fragmentação e simplificação dos fenômenos naturais e humanos, fruto do modo como se deu a constituição da

racionalidade científica moderna e por outro, as perspectivas de instaurar uma racionalidade que vislumbre a complexidade, o todo e suas singularidades, a síntese dos aspectos humanos nas ciências, se é que isso é possível, conforme questiona JAPIASSU (1995); estão dadas as bases para a compreensão de que apesar da atual hegemonia da racionalidade clássica, no âmbito do planejamento e da assistência à saúde, existe um contra-movimento que aponta para práticas baseadas em racionalidades integradoras, que contemplem o indivíduo, como ser dotado de 'paixões', as quais por mais incômodo que pareça, estão irremediavelmente imbricadas com a razão, mesmo que seja tida como 'desrazão'.

Na perspectiva de nosso objeto de estudo parece-nos algo essencial compreender as racionalidades intercambiadas entre o PSF e os seus usuários em Camaragibe, uma vez que temos a compreensão de que apesar do Programa prever uma mudança de paradigmas (BRASIL, 1994), a vivência cotidiana é que apontará para o modelo de reconstituir/resignificar as racionalidades norteadoras que ainda se mostram hegemônicas nas ações de saúde em nossa sociedade.

## 4- A PRÁTICA DO CUIDADO E REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO

### SAÚDE/DOENÇA

Introduzindo a discussão sobre a prática do cuidado, hegemônica em nossa sociedade, gostaríamos de compartilhar com a seguinte afirmação de HELMAN (1994, 101):

“O ‘modelo’ da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psicoquímicas sobre o paciente, e não para fatores menos mensuráveis, como os sociais e emocionais.”

Dessa forma, podemos afirmar que a prática referida acima centra-se na tecnologia para obter a cura, baseando-se no conhecimento científico, cuja racionalidade norteadora já discutimos anteriormente.

O referido conjunto de conhecimentos acumulados, por serem científicos, mostram-se como padrão legítimo de saberes e práticas para o controle dos estados ‘saudáveis’, bem como, da ‘cura’ dos agravos, o que na rotina dos serviços reflete-se nas ações voltadas para controlar e conter a doença; sendo tais ações são tanto mais rápidas quanto maior o ‘risco’ identificado.

Nesse modelo, em geral, a figura central é o médico, onde o mesmo devido à sua formação profissional, identifica ‘doenças’ e/ou ‘sintomas’, medica e por vezes até contém (hospitaliza) sem que a pessoa em sofrimento seja escutada, e é sem ser escutada, que retorna para todo o contexto que possivelmente demarca e/ou impulsiona a emergência da crise,<sup>7</sup> até que nova crise volte a emergir.

É possível ainda ocorrer com a pessoa em crise, ser remetida a sucessivos serviços especializados, sem que se represente oportunidade de escuta diferenciada de sua ‘emergência’.

Toda essa experiência favorece uma progressiva destruição da auto-estima, autonomia pessoal e por vezes a própria inserção social, a emergência que não pode

---

<sup>7</sup>Entendemos a crise como a ‘doença’ no conjunto do que possa significar para o contexto existencial do indivíduo extrapolando a sua dimensão biológica.

emergir, termina por criar novos sofrimentos e/ou cronificá-los, ou como queira no modelo em questão, a 'doença'.

A crise é encarada como algo individual, do paciente, sem que sejam consideradas as crises da instituição, a qual, nem mesmo percebe a ausência de mecanismos de assunção de responsabilidade para com seus pacientes. (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991).

A história tem demonstrado a falência do modelo em análise sob a ótica dos usuários, onde o estatuto de 'doente' tem representado além de uma perda real nos seus padrões de subsistência, uma fragmentação em seu quadro existencial. (MINAYO, 1994). Essa constatação nos impulsiona a vislumbrar a construção de outras conformações da prática dos cuidados no âmbito da Saúde Pública.

Passamos portanto a falar a partir de um outro lugar, do lugar dos que compreendem a emergência da crise ("doença") como momento máximo de simplificação, se considerados apenas os sinais e sintomas. Na busca de ressignificar os nexos dos "significados da existência que sofre", a emergência passa a ser expressa no conjunto das histórias dos indivíduos, evitando a quebra de continuidade do seu existir. Tal atitude implica em encarar o diagnóstico em plano secundário à escuta da história, que por uma série de circunstâncias, vinha sendo simplificada e ocultada. (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991; ROTELLI, 1989; CORBISIER, 1992).

Algumas experiências na área de saúde mental têm demonstrado ser possível lidar com a loucura através de saberes e práticas não autoritárias e excludentes, onde a solidariedade e a aceitação das diferenças passam a ser metas das práticas cotidianas, colocando em xeque o mito de que não há razão na loucura; a nível da Saúde Pública a aceitação da diferença seria, atentar para a forma de interpretar o fenômeno saúde-doença própria ao senso comum e que difere do saber técnico sobre o que discutiremos em momento próprio nesse trabalho.

DELL'ACQUA e MEZZINA (1991) ao contar o processo vivido em Trieste nos traz algumas pistas de como lidar com a loucura, o que mostra-se compatível com as necessidades inerentes ao cuidado em qualquer estado de sofrimento, uma vez que

nessa análise rompemos com a dicotomia mente/corpo, ainda que saibamos de todas as especificidades da área da Saúde Mental, as quais não cabem serem discutidas nesse trabalho.

O fato é que no modelo triestino a crise mostrou-se como algo a ser identificado no cotidiano e a oferta de intervenção, o mais precoce possível, viabilizado pela estruturação em 'territórios', onde a equipe responsabiliza-se por seus habitantes<sup>8</sup>. A partir da compreensão de que os serviços de saúde são insuficientes para dar conta da complexidade da crise, assume-se parceria com diversos grupos e instituições, visando a uma ampliação contínua do poder contratual do usuário, considerando sua continuidade existencial e histórica. (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991).

É nesse contexto que nasce o conceito de "tomada de responsabilidade" o qual gostaríamos de ver considerado no âmbito da Saúde Pública, tal conceito diz respeito "a disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, que não seja somente a crise como emergência, caracteriza o aspecto central da prática do nosso serviço que definimos como tomada de responsabilidade... Assumir a responsabilidade quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo seu alcance social conectado ao estado de sofrimento. (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991, p. 62-63).

Uma "tomada de responsabilidade" pelo que podemos abstrair da experiência italiana, pode ser observada, entre outros indicadores que não cabem ser discutidos no momento por serem específicos à Saúde Mental, pela estruturação de espaços institucionais que viabilizem o reconhecimento e trato de suas próprias crises. Tal atitude subtende o desenvolvimento de mecanismos de lidar com as imprevisibilidades, evitando que a rotina deixe de ser um meio e transporte-se para fim último das ações institucionais.

Outro indicador seria a "busca ativa de contato", onde a emergência passa a ser percebida como um momento que favorece a compreensão dos nexos, o recompor, o recomplexificar o que foi simplificado. Significa ainda, colocar entre parêntese a

---

<sup>8</sup>Lembrando-nos a estruturação do PSF.

doença para enfatizar a “existência em sofrimento em sua relação com o corpo social”(ROTELLI, 1989, p.14), vislumbrando a possibilidade de uma reinscrição emancipada do usuário no corpo social.

Acrescentamos aos indicadores citados pelos autores, considerando a prática do cuidado no âmbito da Saúde Pública, a incorporação das representações sobre o processo saúde-doença próprias aos usuários, na assistência que lhe é prestada.

O fato é que, como já discutimos anteriormente, com o desenvolvimento da racionalidade científica, o saber técnico passou a se impor sobre o do senso-comum dificultando a prática do cuidado, pois veremos no decorrer da discussão que se segue, o quanto as representações sociais do corpo técnico e do senso comum por vezes se têm distanciado e mesmo se mostrado divergentes<sup>9</sup>entre si. (COSTA, 1989; MINAYO e SOUZA, 1989).

Nesse estudo estaremos compreendendo representações sociais tal como expressa JODELET apud SÁ (1993, 32):

“Representações Sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social... As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal...”.

Seriam ainda “um processo que torna o conceito e a percepção de algum modo intercambiáveis, visto que se engendram reciprocamente”.(MOSCOVICI apud SÁ, 1993, p. 33).

MINAYO (1994, p.158) a respeito das representações sociais na perspectiva das Ciências Sociais, fala em atitudes “categorias de pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade, explicando-a e justificando-a ou ainda questionando-a”, o que parece interessante para a nossa discussão é que nessa definição, a autora introduz ao que já vinha sendo dito, os sentimentos e a ação de justificar, mas também questionar a realidade, como componentes das representações.

Outra discussão essencial para compreensão do nosso objeto de estudo é o processo saúde-doença, sobre o qual MINAYO e SOUZA(1989, p. 82) fazem as seguintes afirmações:

“As ciências sociais nos revelam através de estudos empíricos, que os fenômenos da saúde-doença não se reduzem a uma evidência “orgânica”, “natural”, “objetiva”. Estão intimamente relacionadas às características de cada sociedade, onde tanto a concepção da saúde-doença é construída, como o doente é um personagem social”.

As autoras a partir de teóricos como Marcel Mauss, Lévy Strauss e Mary Douglas, referem que os mitos, falas, atitudes e comportamentos em relação à saúde-doença fornecem dados para a compreensão da relação indivíduo-sociedade por expressar uma “visão-de-mundo”, “o lugar social dos indivíduos”, “as atitudes individuais e coletivas frente à infelicidade dominadora” e as “frente ao pecado que se personaliza na doença”. (MINAYO e SOUZA, 1989, p. 83).

E é a partir dessa compreensão de representações sociais do processo saúde-doença, que gostaríamos de discutir as características mais marcantes dessas representações, no âmbito do corpo técnico e do senso-comum.

BOSI (1994) aponta que a concepção dominante na nutrição<sup>10</sup> caracteriza-se por apresentar como princípio uma visão reducionista do homem, considerando-o orgânico e como tal, ficando de fora o seu caráter sócio-histórico e de singularidade, o que resulta em uma abstração no “corpo biológico” de suas dimensões relacionais, afetivas, psíquicas e metafísicas.

As análises dos fenômenos se dão de forma parcial e fragmentada, pois como já vimos, ao discutir a constituição da racionalidade moderna, dita técnico-científica, opera-se uma sucessiva cisão, dentre as quais, BOSI cita o binômio corpo e mente.

---

<sup>9</sup>Registramos que com essa discussão não estamos assumindo o que COSTA (1989) fala de mistificação de “caráter puro” do saber popular, mas sim tentando vislumbrar canais de comunicação entre esses saberes.

<sup>10</sup>Concepção que pode ser compreendida em linhas gerais, como pertencentes a todas as disciplinas da saúde.

É baseado nessa série de dicotomias que CASTIÉL (1994, p. 178) põe em pauta a incapacidade das racionalidades científicas para explicar satisfatoriamente os fenômenos humanos em sua totalidade .

Característica marcante do modelo citado por BOSI (1994, p. 37) e de essencial importância para o que se pretende apreender nesse trabalho, é a questão de adotar como referência para os estudos e práticas, o “homem médio” ou “normatizado”, o que significa negar a singularidade dos sujeitos em função do “grupamento humano homogêneo”.

Nos estudos científicos na área de saúde, CANGUILHEM (1990, p. 127) afirma que a ‘média’ ao proceder normatização, a partir dos desvios que estão fora da referida faixa, podem justificar tecnicamente normas do interesse do Estado. Para o autor, é questionável a veracidade e/ou existência da média nas diversas funções vitais, uma vez que “... a norma não se deduz da média, mas se traduz pela média”.

As referidas reflexões permitem identificar o limite da média em seu caráter explicativo, sendo tanto mais limitado quanto mais complexo for o objeto de estudo; no que se refere às singularidades da natureza humana, ela (a média), ao nosso ver, teria pouco a acrescentar no sentido explicativo.

Como mais uma característica do modelo analisado, BOSI (1994) aponta a naturalização dos problemas estudados, onde a própria determinação social é basicamente monocausal, desconsiderando portanto, a historicidade dos fenômenos.

A autora indica, ainda, ao nível das intervenções, o privilegiamento e as ações voltadas para os efeitos (a desnutrição ou a doença por exemplo), os quais referem-se aos processos exclusivamente biológicos.

MINAYO e SOUZA (1989) citam algumas características da visão dominante do processo saúde-doença; dentre elas, o contorno biológico e individual do corpo, a fragmentação do contexto existencial e social do sujeito que apresenta a ‘doença’, discurso sobre o processo em órgãos específicos e não na totalidade, fenômeno doença e morte interpretadas como da ordem da natureza.

Podemos citar ainda, HELMAN (1994, p.101) para compreendermos que a enfermidade a partir da visão técnica traz a marca da racionalidade científica, centra-se na ênfase sobre a mensuração objetiva e numérica e em dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das enfermidades como entidades, ênfase sobre o paciente e não sobre a família ou a comunidade.

Quanto às representações do processo saúde-doença das classes populares, MINAYO e SOUZA (1989, p. 91) considerando grupos que foram estudados aponta que "...ela (doença) se insere no quadro geral dos problemas de vida, como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle dos seres humanos e que tem seus limites em forças sobrenaturais... "mau-olhado", "coisa feita" - integram-se no indivíduo às doenças causadas pelo trabalho, pelas privações, dificuldades nas relações familiares de acordo com os sintomas, ora o espírito ora a matéria são mais valorizadas nas explicações...".

As autoras constatarem um choque entre a linguagem técnica e a do senso comum advindo das diferenças nos códigos culturais, fruto de experiências existenciais e condições sociais diversas.

Portanto, para as autoras, a população usuária, não se apresenta passiva, submete, isso sim, o sistema de saúde a uma crítica, seja silenciosa, brutal ou agressiva; burla os códigos estabelecidos e faz valer seus interesses imediatos, onde se mostra implícito no agir dessa população, uma reivindicação de sua totalidade como ser humano, motivo pelo qual, paralelo ao uso dos serviços médicos oficiais, utilizam outras fontes para atingir seu estado saudável, seja através de chás, rezadeiras, etc. Essas afirmações são compartilhadas, a partir de outras realidades, por HELMAN (1994) e AUGÉ e JUNQUEIRA (1996).

Ao considerarmos as opiniões dos autores consultados, temos a compreensão das dificuldades de se estabelecer canais de comunicação entre os saberes técnicos e do senso-comum (MINAYO e SOUZA, 1989; HELMAN, 1994; AUGÉ e JUNQUEIRA 1981), no entanto, percebendo a realidade como algo que não se constrói de forma linear, mas das experiências teórico-práticas que possam ser construídas, mesmo que

de forma não hegemônica; consideramos essencial que essa aproximação seja no mínimo tentada, e no âmbito desse trabalho, vislumbramos a consideração das demandas dos usuários no planejamento e assistência à saúde, como um canal de aproximação possível, ainda que com os conflitos inerentes.

Dessa forma, torna-se essencial discutirmos a compreensão assumida nesse trabalho sobre o que vem a ser demandas; o que passaremos a fazer a seguir.

## **5- DEMANDAS: uma definição em construção**

A demanda é comumente definida e tratada na saúde como aspectos explícitos e objetivos, um exemplo dessa tendência pode ser observada na seguinte definição de IUNES (1995, p.99):

“A demanda por um bem ou serviço pode ser definida como quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as restrições orçamentárias”. Como podemos ver o autor apresenta a demanda como algo exclusivamente quantitativo.

O autor faz ainda uma distinção entre demandas e necessidades, onde as primeiras entrariam em choque com as segundas. Esse choque ocorreria devido ao fato de que as demandas estariam relacionadas com a liberdade e autonomia de escolha do consumidor a partir de suas próprias estruturas de preferências. E por outro lado, estariam as necessidades que, segundo o autor, têm como base definições técnicas; tais como a quantidade de serviços médicos a serem consumidos em um determinado período de tempo.

Apesar dessas diferenças, o autor afirma que demandas e necessidades vêm aproximando-se em seus conceitos e aplicações práticas, na medida em que passa a discutir as demandas, não mais como procura por serviços de saúde, mas por saúde. (IUNES, 1995).

Na presente discussão estaremos nos distanciando desse conceito de demandas por considerá-lo insuficiente para uma prática do cuidado que vislumbre as dimensões discutidas no tópico anterior.

Passamos, portanto, a compreender a demanda na perspectiva de CARDOSO e CUNHA (1994, p. 44) que a considera constituída de um tripé, que deve ser considerado e analisado, pois caso contrário ficam “agindo como forças latentes e, até mesmo, podem impedir ou neutralizar a ação de atendimento”.

O tripé da demanda mencionado pelos autores está composto pelo **pedido**, pelo **desejo** e pela **necessidade**. O pedido envolveria o explícito que em geral é tido como o todo da demanda; o desejo seria o que o cliente quer, ou seja, aquilo que mobiliza seu interesse ou motivação e a necessidade o que precisa que seja feito para resolver o problema que levou a formular a demanda. “ ( CUNHA e CARDOSO, 1994, p. 43).

Os autores não aprofundam os três pontos do tripé propostos como constitutivo da demanda, motivo pelo qual gostaríamos de problematizar a questão da necessidade como algo concreto e diverso do desejo, podendo no máximo ser considerada como uma resposta ao “desejo “ e não um componente do mesmo.

A partir da leitura de MENDES GONÇALVES (1992) podemos compreender que as necessidades sociais divergem das necessidades individuais, pois as primeiras estão na ordem da manutenção do status quo, enquanto as segundas podem desenvolver um caráter emancipatório, motivo pelo qual acreditamos que ao considerar o desejo enquanto o tripé da demanda, devem estar contempladas as necessidades individuais.

Inclusive compreendendo-se que a complexificação do trabalho proporciona necessidades também cada vez mais complexas, implicando em demandas dos usuários sempre dinâmicas e contraditórias.

Considerar as demandas não significa fazer “tudo o que o cliente quer”, mas estabelecer canais de comunicação que considerem os atores envolvidos, pois seria nessa busca de canais de comunicação, que se garantiria o desenvolvimento de qualidade em saúde.

Se DEMO (1991) por um lado fala que qualidade é participação, nós, baseados em toda discussão anterior, acrescentamos que a participação só será efetiva, se os atores puderem estar existencialmente participando e definindo novos modos de organização e assistência em saúde.

Sem desconsiderar todos os demais fatores que não foram tratados nesse trabalho, por não compor o eixo do nosso objeto de estudo e que envolvem as ações clássicas do planejamento e da epidemiologia, as quais apresentam relevância próprias, enfatizamos a seguinte afirmação de CARDOSO e CUNHA (1994, p. 35):

“Sintetizando essa compreensão, pode-se dizer que a qualidade de atendimento é qualidade de relacionamento”.

## **6- O CENÁRIO**

Nesse espaço tentaremos introduzir um pouco do nosso campo, pois na abordagem qualitativa, o mesmo mostra-se como algo essencial (MINAYO, 1994), no entanto, chamamos a atenção para a necessidade de o quadro aqui delineado seja reconsiderado, introduzindo novos dados e nuances, no decorrer da prática da pesquisa, inclusive aprofundando os dados bibliográficos sobre o PSF à nível nacional e local, com toda a controvérsia existente.

Registramos ainda que os dados aqui apontados são basicamente de natureza quantitativa visto que o Programa não dispõe de análises que contemplem seus aspectos qualitativos, consideramos no entanto que os dados levantados além de nos subsidiar na delimitação do presente objeto de estudo, nos permitiu vislumbrar uma série de relações que deverão ser trabalhadas no decorrer da pesquisa.

### **6.1. O PSF DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) , o PSF tem o objetivo de contribuir com a organização do SUS e com a municipalização da saúde, considerando os princípios da universalização, descentralização, integração e participação da comunidade, destinando-se a um contingente aproximado de 32 milhões de brasileiros, incluídos no mapa da fome do IPEA, os quais apresentam maior risco de adoecer e de morrer.

O PSF diferencia-se do modelo tradicional, centrado na doença e hospital, por suas ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. A ação de proximidade favorece a humanização do atendimento e o desenvolvimento de co- responsabilidades. Em última instância o documento registra que o Programa aponta um novo paradigma que é a qualidade de vida.

Destacamos, por sua relevância para esse estudo, os seguintes objetivos específicos do PSF:

“-Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida;

-Buscar a humanização do atendimento, e através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário;

-Racionalizar o acesso e o fluxo interno do sistema de saúde(do nível da atenção primária até os de maior complexidade);

-Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social”. (BRASIL, 1994).

Chama-nos a atenção o fato do Programa, apesar de falar sobre uma atenção integral à saúde, não contemplar na formação da equipe básica a interdisciplinariedade, uma vez que a equipe prevista mostra-se composta apenas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários. À nível de interdisciplinariedade, o Programa prever a possibilidade de haver assessoria às equipes básicas, em caráter opcional.

Consideramos relevante o fato da concepção do Programa apontar para a “qualidade de vida” como um paradigma, bem como a humanização dos serviços como metas, ainda que esses conceitos apresentem uma definição vaga no documento, esse dado mostra-se como algo a ser observado a nível da ressonância que possa estar representada na prática cotidiana do Programa em Camaragibe.

## **6.2. CAMARAGIBE E O PSF**

A denominação Camaragibe advém do termo, terra dos Camarás, que representa uma planta nativa com denominação indígena que deu origem ao nome da cidade. Poderíamos chamar essa cidade de nosso cenário, pois a definição do objeto de estudo do presente anteprojeto teve lá campo fértil para desenvolver-se. À medida que a prática do segundo ano da Residência foi transcorrendo, deu para ir observando a mística lá existente, onde vidas sofridas deixam de apresentar-se como algo imutável

e fatalista, para dar sinais de uma história de desejos somados, em busca de uma reinscrição da realidade vivida até então.

O fato é que Camaragibe tem uma história que não difere em muito a das demais cidades periféricas e pobres do Brasil, a não ser pelo fato dessa ser a sua própria história e que está marcada na vida de seu povo.

Segundo os dados oficiais do IBGE apud FARIAS (1996), Camaragibe conta com 104 mil habitantes, enquanto a Secretaria de Planejamento do município aponta para os 140 mil habitantes. Quanto à localização, a cidade situa-se na região metropolitana do Recife, distante aproximadamente de 25 Km do centro da referida capital (BRASIL, 1996). Em seus 52,9 Km apresenta uma densidade demográfica de 1974 hab./Km, o que representa um índice elevado. Acrescente-se a esses dados, o fato de que grande parte dessa população concentra-se em áreas de morros, com características de áreas "sub-normais" ou favelas, para utilizar um termo mais conhecido. (IBGE apud FARIAS, 1996).

O município tem a característica de ser totalmente urbano, sem áreas para laser; o comércio familiar parece ser a base de sua economia, ainda que existam algumas poucas indústrias. A partir da convivência com seus moradores é possível perceber que o desemprego lhes é bastante familiar, grande parte de seus habitantes formam o mercado de mão-de-obra do Recife, o que favorece para caracterizar a cidade como "dormitório".

Em que pese as áreas de granjas e clubes de campos situados em Aldeia, a situação de pobreza mostra-se como regra.

A faixa-etária predominante de seus habitantes encontra-se entre os 15 a 49 anos(44,8%), sendo seguida da dos 0 a 15 anos (41,5%). (CAMARAGIBE, 1995).

No campo político, podemos apontar que a cidade teve sua emancipação a aproximadamente dez anos e que vem, nos últimos quatro anos, contando com uma administração de caráter democrático, desenvolvendo ações em áreas sociais que visam a reverter as graves dificuldades já referidas anteriormente. Mais recentemente a cidade deu mostras de que pretende seguir nessa trilha, elegendo um candidato que

representa a possibilidade de continuidade de uma gestão democrática, rompendo com a sua tradição oligárquica e de pouco compromisso com o social. Esse movimento possivelmente foi viabilizado pelo trabalho iniciado na gestão anterior, onde a área de saúde pôde obter significativos avanços.

A mudança no modelo assistencial do setor saúde do município viabilizou uma alteração radical em seu perfil epidemiológico, podendo-se situar como exemplo, o indicador de mortalidade infantil, que no ano de 1994 era de 129 por mil e reduziu para 9 por mil em menos de seis meses. (BRASIL, 1996). As mudanças no setor saúde ocorreram a partir de uma definição política de imprimir uma nova forma de gerir o referido setor; daí decorreu a adequação da rede de serviços, a reativação do Conselho Municipal de Saúde, bem como, o processo de municipalização. Merece destacar que a municipalização em Camaragibe hoje já é uma realidade, com o nível de gestão semi-plena, facilitando a autonomia do município quanto às suas metas e ações.

O modelo assistencial da saúde em Camaragibe congregou o trabalho dos agentes comunitários de saúde, as unidades de saúde da família (USF), propondo uma mudança no modelo clássico, que se centra na visão eminentemente médica, para passar para um outro, centrado em uma soma de saberes e fazeres coletivos, em micro-regiões, onde os efeitos dessas práticas são apropriados coletivamente.

FARIAS (1996) aponta que o modelo assistencial de Camaragibe tem como base o Programa de Saúde da Comunidade(PSC) que congrega os Programas de Agentes Comunitários e o Programa de Saúde da Família, estando a prioridade na atenção primária, devido à baixa cobertura anteriormente existente, inferior a 30%. Ressalta, ainda, que a grande mudança no modelo assistencial do município parece estar eminentemente ligada à metodologia de trabalho, onde as metas passam a ser buscadas com tecnologia simples e a baixo custo; continuando o sistema a ser pensado hierarquicamente e com níveis diferenciados e crescentes de atendimento.

Salta aos olhos a informação, fornecida pelo autor de que, ao nível das áreas de cobertura das USFs, 92% das demandas de assistência têm resolução nesse nível,

o que é reforçado por RODRIGUES (1996), quando fala do alto índice de resolutividade atingidos pelo PSF em Camaragibe. Interessa-nos no âmbito do presente anteprojeto, problematizar esses dados, indo a campo obter a percepção dos usuários quanto ao atendimento de suas demandas no sentido já discutido anteriormente nesse trabalho.

Uma outra característica marcante do processo ocorrido no setor saúde em Camaragibe, citado por FARIAS (1996), foi que a implantação do PSF, decorreu de uma efetiva participação de gestores, técnicos, sociedade organizada e Conselho Municipal de Saúde, onde, inclusive, foi convocada uma Plenária da Saúde para discutir o referido processo; essa característica de participação, somada à valorização da cultura popular, vem sendo uma marca da referida experiência.

Ao falarmos de Camaragibe e o seu modelo assistencial, acreditamos ter situado um pouco o contexto em que vivem os usuários, vislumbrados nesse anteprojeto enquanto informantes.

Gostaríamos ainda de explicitar nossa convicção, compartilhada por FARIAS (1996), de que o nível local (âmbito em que encontra-se o PSF) revela-se um espaço privilegiado para a discussão de experiências inovadoras na assistência à saúde da população e na medida em que se mostra aberto a incorporar novas discussões sobre as várias dimensões da realidade.

## **7- DISCUSSÃO METODOLÓGICA:**

Na perspectiva dialética, segundo MINAYO (1994), o processo de conhecimento apresenta algumas características, dentre as quais assumimos como essenciais para a compreensão do perfil do presente anteprojeto de pesquisa, a que diz respeito ao seu

caráter aproximado, uma vez que se abandona a idéia positivista da existência de verdades absolutas sobre os fatos. A inacessibilidade do objeto de conhecimento em todas as suas dimensões, defendida pela perspectiva dialética, implica na compreensão de que qualquer produção de conhecimento aponta para representações, só possíveis de ser abstraídas a partir de um dado ponto de vista.

MINAYO (1994) toma autores como Lúckacs, Habermas e o perspectivismo de Mannheim para enfatizar a estreita vinculação entre pensamento e ação, referindo que nenhum problema pode manifestar-se intelectualmente, sem que antes também se tenha apresentado enquanto problema da vida prática.

Ainda podemos citar uma característica da produção de conhecimento, apontada pela autora, dessa vez dialogando com MANNHEIM, que se refere ao seu caráter simultaneamente interessado e de relativa autonomia. Tal afirmação significa em última instância, reconhecer que qualquer produção ocorre dentro de um conjunto de condicionantes históricos, não se podendo, no entanto, definir as utilizações do que foi produzido, pois após um fato histórico ou sociológico ser criado, todos os demais grupos ou classes podem incorporá-los ao seu sistema de interpretação de mundo. (MANNHEIM apud MINAYO, 1994).

Assumidas as características acima sobre o processo de produção de conhecimento, gostaríamos de situar que a opção pela abordagem qualitativa decorreu da observação da natureza do objeto de estudo, o qual se situa no plano das representações, necessidades e demandas dos usuários, as quais não são passíveis de quantificação.

Dessa forma, consideramos que a utilização de métodos e técnicas "não-quantitativas é conseqüência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social, e de reconhecer a 'dualidade do qualitativo', que mostra-se fundamental para Granger". (PARGA NINA apud MINAYO, 1994, p. 82-83).

No que diz respeito à cientificidade da abordagem qualitativa, gostaríamos de enfatizar que não se baseia na ordem da quantificação, mas no esmero do quadro teórico suficientemente amplo e capaz de abordar aspectos relevantes do objeto em

estudo, pois segundo MALINOWSKI apud MINAYO (1994), será baseado nesse quadro que as questões essenciais da busca de conhecimento se darão, devendo-se, no entanto, estar atento para a manutenção da abertura e flexibilidade frente a esse quadro teórico para que não se perca de vista as particularidades advindas da realidade empírica.

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de ampliação do referencial teórico conceitual abordado no presente anteprojeto, como etapa essencial quando da continuidade da pesquisa.

Além do que foi falado sobre a amplitude do quadro teórico, chamamos a atenção para a questão da amostra, onde poderíamos considerar como a ideal “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. (MINAYO, 1994, p. 102).

A autora ao falar sobre a representatividade na pesquisa qualitativa, toma o conceito de ‘habitus’ de BOURDIEU, demonstrando a possibilidade da fala de alguns poder ser representativa da fala de muitos, o que se mostra possível, uma vez que, “as condições de existência tendem a reproduzir sistemas de disposições semelhantes, através de uma harmonização objetiva de práticas e obras” . (MINAYO, 1994, p.110) . As referidas condições idênticas de existência, provocaria efeito de ‘universalização’ e ‘particularização’, caracterizando ao nosso ver, um processo dialético, onde os indivíduos ao mesmo tempo identificam-se e diferenciam-se entre si.(BOURDIEU apud MINAYO, 1994) . O ‘habitus’, segundo MINAYO (1994, p. 112), poderia se comparado ao inconsciente, uma vez que representa “as marcas das posições e situações de classe.”.

Para efeito da tentativa de aproximação da totalidade do nosso objeto de estudo, a princípio serão considerados como elementos de nossa amostra os usuários cadastrados nas Unidades da Saúde da Família(USFs), considerando os que fazem e os que não fazem uso do Programa, uma vez que assim poderão ser aprofundadas as racionalidades e representações de cada um desses grupos, uma vez que compreender os critérios de adesão ou de não adesão ao PSF por parte dos usuários, constitui dado de relevância para compreensão do nosso objeto de estudo .

O PSF também será analisado a partir dos dados oficiais do Ministério da Saúde, bem como, pelos da Secretaria de Saúde de Camaragibe, quanto aos seus princípios e estruturação.

Talvez seja ainda necessário introduzir a participação de alguns gestores e membros das equipes, com vistas a confrontar as razões técnicas com as do senso-comum.

Quanto às USFs a serem pesquisadas acreditamos que só poderão ser definidas com os contatos institucionais que possivelmente ampliarão o nosso nível de compreensão, possibilitando uma definição com bases mais consistentes que as disponíveis no momento.

Atentando para a questão da validação da pesquisa aqui enunciada, adotaremos o que na pesquisa qualitativa chama-se 'triangulação', que representa a utilização concomitante de várias técnicas e modalidades de análise, informantes e observações diversas, com vistas no caso da pesquisa aqui proposta, a confrontar os dados obtidos na entrevista. (MINAYO, 1994).

As técnicas a princípio definidas como estratégias de aproximação da realidade empírica, foram a entrevista e os grupos focais, sobre os quais gostaríamos, no momento, de fazer algumas considerações.

Quanto à entrevista podemos destacar que a mesma se mostra como uma técnica, onde se lida com o controle de informações simultaneamente por parte do entrevistado e entrevistador, BERRAMAN apud MINAYO (1994) considera relevante estar atento para esse fato no momento da entrevista, uma vez que para a compreensão da realidade, interessa igualmente as informações oficiais('região exterior') quanto aos segredos só acessíveis aos seus pares('região interior'), já que ambas as regiões e seus significados mostram-se como algo intrínseco à referida realidade.

Uma vez que o presente anteprojeto de pesquisa visa a apreender sistemas de valores e de representações, o questionário, como afirma MINAYO (1994), mostra-se insuficiente, pois o mesmo estrutura o campo de investigação a partir do referencial do

pesquisador, o que teria como consequência um distanciamento dos significados que traduzem o quadro de referência dos informantes.

Compartilhamos com a autora a seguinte afirmação:

“...Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição ‘sine qua nom’ do êxito da pesquisa qualitativa”. (MINAYO, 1994, p. 124).

Ainda segundo MINAYO, a estratégia de coleta de dados através dos grupos focais, estaria compatível com o que se pretende obter com a pesquisa aqui esboçada, onde associada à técnica da entrevista, se buscaria “complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação às crenças, atitudes e percepções”. (MINAYO, 1994, p.129). Compreende-se, portanto, que com os grupos focais estaremos dando ênfase às opiniões e valores dos informantes, motivo pelo qual optamos pela referida estratégia e não pela observação participante que segundo a autora focaliza mais comportamentos e relações.

A definição do modelo de análise será definida nas primeiras fases da pesquisa conforme expresso no cronograma de atividades (ver página 36).

Pelo descrito acima, a abordagem qualitativa mostra-se como a mais adequada para abordar o objeto em questão, onde muitas das indagações que perpassam seu campo, condizem com as preocupações da autora na estruturação do quadro teórico do estudo proposto.

## 8-CRONOGRAMA

<b>ATIVIDADES</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Revisão bibliográfica	02 meses
Construção do modelo de análise (marco teórico/conceitual, definição do roteiro de entrevista e grupos focais e dos critérios de amostra)	02 meses
Contatos institucionais	02 semanas
Seleção da amostra	02 semanas
Trabalho de Campo(entrevistas e grupos focais)	02 meses
Transcrição do material	02 semanas
Análise dos Dados	02 meses
Redação do Relatório final	03 meses

## 9- FONTES BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P. D. C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional**. v.3, n.1/2, p.8-16, jan./dez. 1992.
2. \_\_\_\_\_. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, saúde- Manguinhos**. v.1, n.1, p.61/67, jul./out. 1994.
3. \_\_\_\_\_, GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e em saúde mental. In: AMARANTE, P.(org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 113-147.
4. AUGÉ, A.P.F., JUNQUEIRA, L.A.P. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**. n.19, p.60-78, jan./abr. 1996.
5. BOSI, M. L. M. **Definindo Fronteiras: O nutricionista e sua profissionalização**. Rio de Janeiro, 1995. Tese( Doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ / ENSP.
6. \_\_\_\_\_. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Revista de Nutrição da PUECAMP**. v.7, n.1, p. 32-47, jan./jun. 1994.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família dentro de casa**. Brasília. 1994.
8. CAMARAGIBE, Prefeitura Municipal de Camaragibe. **Avaliação preliminar do Programa de Saúde da Comunidade**. Camaragibe, Coordenação do PSF, abr. 1995.
9. \_\_\_\_\_, Prefeitura Municipal de. **Programa da Saúde da Família informativo**. Camaragibe. set., 1995.
10. \_\_\_\_\_, Prefeitura Municipal de. **Plano Municipal de Saúde: Atualização para 1995/96**. Camaragibe, SESAU, 1995. mimeo.
11. CANGUILHEM, G. **O normal o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
12. CARDOSO, C., CUNHA, F. de . **Tecnologia de atendimento, cultura de prestação de serviços**. Recife: TGI, 1994.
13. CARVALHO, A da L. **Avaliação da Qualidade em Saúde Mental: A emergência do Instituto Philippe Pinel como estudo de caso**. Rio de Janeiro, 1996. Monografia (Residência em Saúde Pública). FIOCRUZ / ENSP.

14. CASTEL, R.. Novos conceitos em Saúde Mental. **SOC. SA. MED.** Great Britain.v. 22, n.2, p.161-171, 1986.
15. CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz, a singularidade do adoecer humano.** São Paulo: Papirus, 1994.
16. CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: AMARANTE, P e BEZERRA, B.(org.). **Psiquiatria sem hospício, contribuições da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 9-16.
17. COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1989. (Biblioteca de Filosofia e História da Ciência, n.5).
18. COSTA, M. R. N. **Apresentação de monografias acadêmicas.** Recife, 1995. mimeo.
19. COSTA, Nilson do R. Saber e a cidadania das classes populares: uma agenda para investigação. **Cadernos de Saúde Pública.** v.5, p.207-209, abr/jun. 1989.
20. CUNHA, J. P. P. da. Camaragibe: Cortando o mal pela raiz. **Cadernos da Saúde da Família.** a.1, n.1, p.16-23, jan/jun, 1996.
21. DELL'ACQUA, G. , MEZZINA, R.. Resposta à Crise. In: DELGADO, J.(org.). **A loucura na sala de jantar.** Santos: Resenha, 1991. p.53-80.
22. DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa.** São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991. (Col. Polêmicas do Nosso Tempo, v. 25).
23. FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
24. FARIAS, S. **Construção de modelos assistenciais: a experiência de Camaragibe.** Recife, 1996. Monografia (Curso de Especialização à nível de Residência em Medicina Preventiva e Social). NESC/CPqAM/FIOCRUZ/MS.
25. GOVEIA, L. M. A. , MELO, T. M. A. G. de. **Relatório parcial da prática do segundo ano da residência em medicina Preventiva e Social em Camaragibe.** Recife, NESC/ FESP/SC. Secretaria Municipal de Saúde- Camaragibe. Jul. 1996.
26. HAGUETTE, Tereza M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Petrópolis: Vozes, [19--].
27. HELMAN, C. G. Relação Médico-Paciente. In: HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, [1994], p. 100-136.

28. IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F. ; MAGALHÃES, S. **Economia da Saúde: Conceito e contribuição para a Saúde.** Brasília: IPEA, 1995. p.99-122 (Série IPEA n.149).
29. LUZ, M. T. A construção da racionalidade científica moderna. In: LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988. p. 15-41.
30. LUZ, M. T. História de uma marginalização: A política oficial de Saúde Mental, ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquatria e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 85-95.
31. MATEUS, J. da C. M. et al. **CIÊNCIAS: Uma desconstrução em processo.** Recife, 1995. mimeo. (Disciplina Métodos e Técnicas de Pesquisa: trabalho de conclusão), NESC/FESP.
32. MELO FILHO, D. A. de. **Contribuição à compreensão e crítica da Epidemiologia Social.** Salvador, 1994. Cap.1: Algumas considerações sobre Paradigmas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UFBA.
33. MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, texto 1).
34. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde.** São Paulo:HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. (Col. Saúde em Debate, n.46).
35. \_\_\_\_\_(Org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. (Col. Temas Sociais).
36. \_\_\_\_\_. Quantitativo e Qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. **II Congresso de Epidemiologia.** Salvador, 1992. mimeo.
37. \_\_\_\_\_, SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública.** v.9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993.
38. \_\_\_\_\_, SOUZA, H. de O. Na dor do corpo o grito da vida. In: COSTA, N. R. (org.). **Demandas populares e Políticas Públicas.** Rio de Janeiro: Vozes, 1989. 75-101, v.2.
39. NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas de Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

40. OLIVEIRA, F. B. de. Razão instrumental versus razão comunicativa. **Revista de Administração Pública**. v.27, n.3, p.15-25, jul./set. 1993.
41. PASSOS, I. M. C. **Participação popular na gestão pública de saúde- um estudo de caso**. Rio de Janeiro, 1995. dissertação (mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas/Escola Nacional de Administração Pública.
42. RAMOS, A. G. Modelos de homem e teoria administrativa. **Revista de Administração Pública**. v.18, n.2, p. 3-12, abr./jun. 1984.
43. RODRIGUES, C. R. **O Programa da Saúde da Família, Camaragibe-PE: uma abordagem qualitativa**. Recife, 1996. Projeto(Especialização à nível de Residência em Medicina Preventiva e Social). FIOCRUZ/CPqAM/NESC.
44. ROTELLI, F. A instituição inventada. **Cadernos do NUPSO**. a.2, n.3, p.14-19. jan/jun. 1989.
45. SÁ, C. P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual. In:BOCK,A.M. et al. **O conhecimento no cotidiano- as Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.
46. SINGER, P. et al. **Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
47. SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Col. Tendências, v.6).
48. TENÓRIO, F.,G. Tem razão a administração ? **Revista de Administração Pública**. v.24, n.2, p. 5-9, fev./abr. 1990.
49. VUORL, H. A Qualidade em saúde. **Saúde para Debate**. n.5, p.17-25, 1991.
50. ZAIDAN FILHO, M. **A história como paixão**. Recife: Universitária UFPE. 1991(Série Estudos Universitários).