

O “REI” DA SAÚDE E A RAINHA DA BORBOREMA: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE

Roseilda Maria da Silva

rose_ufcg@yahoo.com.br

Universidade Federal de Campina Grande

Elton John da Silva Farias

eltonjohnlogan@yahoo.com.br

Universidade Federal de Campina Grande

Desde meados do século XIX, as cidades brasileiras vinham passando por transformações significativas em suas estruturas sociais, influenciadas por algumas cidades européias. Paris, por exemplo, que já havia proliferado o discurso modernizador e higienista e influenciado muitas cidades ocidentais. No início do século XX, tais discursos obtiveram mais “expressividade”, afinal, tornar-se uma cidade moderna e civilizada era um sinônimo de orgulho, principalmente para as elites letradas de cada cidade. Em Campina Grande não foi diferente, já que a cidade vivia o “drama” da morte causado por várias doenças (como febre amarela, cólera, malária, varíola, tuberculose, entre outras), que chegava a afetar boa parte da Paraíba. Doenças que posteriormente seriam “erradicadas”, mas devido à precariedade da ciência médica na época “*As Doenças se Diluíam na Paisagem: morria-se com fartura na Paraíba*”. Nesses primeiros anos não se pensava, no Brasil, de forma precisa, o que seria a medicina científica, visto que a prática médica ainda estava sendo assimilada. Entendiam-se os transtornos dos corpos de várias maneiras:

Na medicina de então iriam se misturar, meio aleatoriamente, práticas curativas consensuais por entre a população mais humilde e terapêuticas científicas. Os tratamentos eram difíceis, ainda mais porque quando associavam estes saberes do cotidiano das populações afetadas (...) com os saberes dos médicos, cientificistas, o resultado de tal combinação findava por ser um amálgama de raros resultados positivos.

Campina Grande, cidade relativamente pequena no início do século XX, desde a sua emancipação no ano de 1864, seus moradores se debruçavam sobre vários aspectos urbanos ruralizados, nos quais os animais dividiam os espaços das ruas com as pessoas normalmente; as poucas ruas que existiam eram cobertas de lixos de todos os tipos, além de serem mal estruturadas com vários buracos cobertos de lama e dejetos humanos. Quando chovia, essa paisagem decorada com a precariedade higiênica parecia ideal para a proliferação de várias doenças. A luz era

proveniente do Sol, da Lua, das estrelas, ou seja, era oferecida pelos meios naturais; já a água potável era de rara quantidade e enorme desejo:

Com o propósito de construir uma “cidade moderna”, as elites intelectuais deram visibilidade e dizibilidade a diversos hábitos e costumes dos campinenses, especialmente dos mais pobres, lançando-lhes um outro olhar, um olhar crítico produzido pelo “refinamento” das sensibilidades burguesas. Esse olhar, assim, atribuiu novos sentidos aos costumes das pessoas, passando a fazê-los serem vistos e ditos como “atrasados”, “bárbaros”; as ruas consideradas “insalubres” e aqueles que nelas que nelas habitavam denunciados como “perigosos”.

Com o discurso modernizador, um novo olhar estendeu-se sobre a cidade de Campina Grande, indicando alguns hábitos e costumes dos moradores dessa cidade, como divertir-se, alimentar-se, entre outros, atrasados e incompatíveis com a civilização e o progresso.

Nessa busca pelo novo, na tentativa de se livrar do que representa o “atraso”, o que “feriria” os olhos de quem viesse visitar Campina Grande, retiraram do centro da cidade além das habitações, cuja estrutura não era agradável para uma cidade que queria se modernizar, afastaram as pessoas (principalmente aquelas de pouca condição financeira) que faziam a aglomeração do centro para áreas distantes e, como dissemos anteriormente, não havia preocupação voltada para a saúde e nem um planejamento habitacional, o que se percebeu “nos novos lugares reorganizados com esse processo de desterritorialização, construíram-se hierarquias e segregações sociais e espaciais de novos tipos e, em alguns casos, mais marcantes do que as conhecidas até então”.

Foram afastados do centro da cidade “pobres” e “ricos” por morarem em habitações consideradas prejudiciais à saúde. Posteriormente colocados em áreas inabitadas, os campinenses que foram submetidos à *periferia* tiveram seus hábitos condicionados a uma lógica de transferência de espaços. Isso, no discurso do PSF e do Ministério da Saúde, já em tempos atuais, seria ressignificado (e entendido) enquanto um padrão para se designar as famílias “pobres”, as quais costumam ter suas próprias maneiras de se organizar, seja com suas relações de moradia e habitação, seja com as práticas higiênicas. Os discursos oficiais do PSF tentam moldar os hábitos das famílias “pobres” residentes em alguns bairros ou áreas, tais como a Ramadinha ou o Pedregal, espaços de habitação historicamente assimiladas à “pobreza”.

É para esses bairros (ou espaços) que um novo modelo de saúde pública é direcionado, sob a estratégia do Programa Saúde da Família, implantado no final do século XX, com o objetivo de transformar o modelo tradicional de saúde, baseado na assistência hospitalar, em uma assistência comunitária.

Para situarmos melhor o leitor, e informarmos-no acerca da implantação do PSF em Campina Grande, faremos um breve comentário sobre a decisão de se implantar um modelo de saúde sob a “regência” dessa estratégia no Brasil.

De acordo com Emerson Merhy e Marcos Queiroz, por volta dos anos 1970, duas posições político-ideológicas começaram uma disputa em torno de um novo modelo de política social de saúde, a conservadora e a reformadora. Enquanto a primeira optava por um modelo de saúde baseado no produtor privado, restringindo a assistência médica para aqueles que podiam pagar por ela, a segunda preconizava a organização de uma rede básica de saúde pública voltada para a população independente de sua situação social e/ou financeira, de forma que o novo modelo tivesse como pressuposto a *descentralização* e a *universalização* do atendimento aos indivíduos. A Reforma Sanitária, atendendo a esses requisitos, sobrepôs-se às propostas da posição conservadora e norteou as propostas que dariam sustentabilidade ao Sistema Único de Saúde que, como já dito, foi implantado através da Constituição Federal de 1988, momento em que os princípios de universalização, descentralização e integralidade nortearam as ações de saúde.

Com essas transformações, na maneira de se organizar a política de saúde, houve a emergência de se pensar em novos tipos de ações e estratégias de intervenções, para a saúde pública. Nesse momento, o Programa Saúde da Família foi planejado e, em 1994, o Ministério da Saúde iniciou a sua implantação no Brasil. Seu princípio básico teria como prioridade e alvo as famílias mais “carentes”.

Conforme Gastão Wagner Campos, nesse novo modelo de saúde pública, o principal critério para a organização e distribuição dos serviços de saúde não seria o poder aquisitivo das pessoas, mas sim as suas necessidades de saúde e atendimento básico, de forma que o PSF, sob os princípios anteriormente citados, atenda a todos e atente para os cuidados com as famílias, voltando-se para a prevenção das doenças e promoção da saúde ou da *medicina preventiva*, que passam a se tornar praticamente sinônimos.

Barjes Negri reporta-se a esse modelo de saúde pública dizendo que, por muito tempo, não houve prioridade na saúde assistencial, no que diz respeito à atenção básica da população e isso teria contribuído, até mesmo nos dias atuais, para a superlotação nos hospitais com pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas antes mesmo de chegarem ao hospital.

Analisamos alguns documentos, entre eles os editados pelo Ministério da Saúde, e também nas pesquisas realizadas por profissionais da área, até mesmo porque são esses profissionais quem mais escrevem sobre o PSF. Como atualmente este é um dos programas governamentais de saúde que mais tem características no que diz respeito ao respaldo público, percebemos nas produções desses especialistas que o Programa é muito exaltado, visto por muitos desses pesquisadores como um programa “perfeito” que veio com a intenção de melhorar o estado de saúde da população, promovendo uma qualidade maior de vida, a partir da prevenção das doenças, de um evitar os

miasmas e do “modelo satisfatório” de medicina. Para melhor entendermos como tais discursos apresentam o Programa, vejamos um trecho de um deles:

O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

Alguns pesquisadores têm uma visão diferenciada daqueles que percebem o PSF apenas enquanto um Programa inovador no âmbito da saúde, que nasceu para “mudar a realidade” sócio-cultural da população atendida. Alguns desses pesquisadores percebem as falhas desse modelo de saúde pública e apontam-nas, demonstram-nas. Vejamos que:

A concepção que acaba prevalecendo é aquela que reduz o direito à saúde ao acesso a serviços que, por suas próprias características tecnológicas, embora aliviem a dor e o sofrimento dos doentes, não necessariamente reduzem os riscos de que voltem a adoecer freqüentemente ou venham a morrer precocemente.

Geralmente, essas análises sobre o PSF são realizadas na perspectiva de profissionais da saúde que, em sua maioria, vêem o Programa como “bom” por, além de promover o tratamento das pessoas “carentes”, mudar o quadro de miserabilidade das mesmas; o que nem sempre acontece. Mesmo assim, o Programa é bem querido por muitas pessoas, já que traz promessas de mudança social e “respeito” para com os mais carentes (em bens materiais). Suas propostas de “rei” da saúde empolgam a população e levam os súditos da Rainha, que são por ele contemplados, a se sentirem em verdadeiras cortes locais, pelo fato desses receberem médicos em suas respectivas residências, privilegiados por tal regalia.

O “Rei” agrada à Rainha

Na cidade de Campina Grande, o PSF foi implantado no mesmo ano das demais cidades brasileiras que receberam o programa (além de ter sido pioneira na Paraíba), sob a influência do programa médico cubano de atendimento à família. Na época, um médico campinense, de nome Erinaldo Guimarães, foi aquele país participar de um Seminário Internacional de Atenção Básica, o que facilitou a articulação com alguns gestores da saúde de Cuba para uma visita na cidade. O objetivo principal era o de que a medicina cubana fosse discutida e, com base em seu modelo, fosse

planejado outro para Campina Grande. Na ocasião, os médicos cubanos que vieram aqui, foram conhecer alguns dos bairros da cidade e um dos escolhidos foi o Mutirão. Vejamos porque bairros como estes foram escolhidos para a atuação do novo projeto: “na visita, os cubanos conheceram o Mutirão e constataram que ali seria um local ideal para a implantação do novo programa, por a área possuir condições precárias de infra-estrutura e a população ser desassistida na área de saúde”.

Com os demais não foi diferente: a escolha, geralmente, dava-se por serem estes bairros considerados propagadores de doenças, dentre outros motivos, por terem sua infra-estrutura comprometida e não disporem de alguns equipamentos sociais (como uma unidade básica de saúde que funcionasse de forma articulada, por exemplo), que mudassem o quadro de vulnerabilidade social ao qual estavam expostos seus habitantes.

No início da implantação do Programa em Campina Grande, apenas dois bairros foram contemplados com a iniciativa: o Mutirão e o Pedregal. Na época, a equipe disponível não dispunha de todos os profissionais que tem atualmente, como Assistentes Sociais, Odontólogos, Pediatras e outros, imprescindíveis para as ações intersetoriais, possibilitando, assim, uma melhor assistência na área da saúde. Vale salientar que, atualmente, o Programa ampliou suas equipes e estendeu-se não apenas para outros bairros, mas também para a zona rural campinense.

A implantação de um modelo de saúde desse tipo, em Campina Grande, foi uma iniciativa inovadora e algumas considerações positivas sobre o Programa podem ser observadas também com relação à própria cidade, enquanto pioneira na experiência com um programa desse tipo. Como podemos observar nesta entrevista de uma médica do Programa cedida a um informativo de comemoração de seu aniversário:

O perfil de Campina é de um humanista que se preocupa com o outro, porque sabe que o SUS pela imprensa é o dos maus tratos, da falta de afeto. O perfil é de um militante competente, um humanista, exige uma grande qualificação técnica e também porque aquela clientela você vai viver com ela para o resto da vida.

A coordenadora do PSF do município na época da entrevista (no ano de 2004, quando o Programa completou dez anos), Ana Fábria, disse ao mesmo informativo, o seguinte: “a gente não encontra este perfil em outros locais. O grande diferencial do Saúde da Família é a visão que ele tem do projeto”.

Ou seja, com base nessas falas, o PSF, além de ser um projeto que se diferencia das práticas já vivenciadas na saúde pelo SUS, ele também concebe a Campina Grande, o privilégio de ter uma equipe multiprofissional, com um perfil diferenciado das demais localidades também abarcadas pelo Programa; o perfil é humanista e tem o outro que, nesse caso, é representado pelos usuários como foco da atenção dos profissionais alocados nesse trabalho.

Após dez anos de implantação do PSF na cidade, algumas avaliações foram feitas acerca de seus resultados, e quando se questiona o antes e o depois do Programa nas comunidades, percebemos que alguns dos usuários avaliam a aproximação dos profissionais e o acompanhamento do PSF junto a eles de forma positiva e demonstram satisfação em poder “ter” um médico e chamá-lo pelo nome. Vejamos: “não lembro muito de como era o atendimento. Antes do PSF, a gente ia muito para o posto da Bela Vista ou para os hospitais”; “minha área é a amarela. É com a doutora Lucieuda. Gosto muito dela”.

Há também a interação dos usuários na busca por uma saúde de qualidade, demonstrando que estes não são apenas receptores das informações repassadas pelo Programa, mas também são pessoas que falam de suas angústias e apontam falhas em suas respectivas comunidades que, se transformadas, poderiam possibilitar a prevenção de doenças: “não adianta a criança ser atendida e tomar remédio e depois voltar para o esgoto e a lama”.

Alguns dos profissionais, em 2004, também falam da *dor* e do *prazer*, como eles mesmos dizem, em fazer parte desse novo modelo de saúde pública, sob o respaldo do PSF:

Dói a fome dos nossos usuários. Fome de todos os seus direitos como cidadão nesse novo conceito de saúde. - O prazer é o exercício da minha profissão com dignidade, respeito, autonomia (Geuma Marques).

O que me dói é ver essa miséria e nesse tempo todo de PSF, a gente ver que não conseguiu melhorar a qualidade de vida - O que dá prazer é saber que nós, apesar de não conseguirmos isso, a gente está fazendo diferente; está trabalhando com a pessoa, tendo contato com gente que está no fim da vida como os idosos; que recebem pouco, mas ainda tem uma palavra de conforto para lhe dizer, um abraço, tem brilho no olhar, vontade de viver (Maria Gilvanete).

A partir dessas falas, podemos perceber que nesse novo jeito de cuidar das pessoas que, em tese e à priori, necessitam da atenção básica de saúde, ocorreu uma relativa aproximação entre tais profissionais transmissores das propostas de seu modelo e os usuários, felicitados com a atenção dada. Não se pode negar os benefícios trazidos para essas comunidades após a implantação do PSF; o convívio diário através dos atendimentos, das oficinas direcionadas para os grupos específicos (com as temáticas de saúde da criança, saúde da mulher, gênero, sexualidade, entre outros), formados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSF). A intersectorialidade, proporcionada pela articulação desse Programa com outros, possibilitou um novo tipo de atendimento, uma vez que os usuários são alertados de que saúde não é apenas “não ter a doença”, mas sim uma “busca” cotidiana pela reflexão acerca das ações higiênicas para se ter uma qualidade melhor de vida. Tal qualidade não seria alcançada de forma suficiente apenas com a transformação da infra-estrutura das áreas consideradas de risco para a saúde urbana, mas também poderia ser adquirida com a sensibilidade (individual ou comunitária) do tomar cuidado.

Como observamos nas falas dos usuários mais acima, ser saudável não seria apenas receber as informações recomendadas pelos médicos, mas fazer parte desse processo enquanto colaborador no intuito de se ter um “melhor viver”, mesmo que, na prática, o PSF não alcance os objetivos pretendidos em sua plenitude. Ainda sim, vejamos a concepção que uma enfermeira do Programa tem do mesmo: “acredito que o novo modelo de atenção à saúde possibilitou a assistência ampliada de saúde, levando profissionais para mais perto da população, atuando assim na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de doenças em nível primário”.

Não poderíamos deixar de mostrar como as mulheres e gestantes, para quem o Programa direcionou seu foco, no início de sua implantação no Brasil, sentem-se enquanto usuárias do mesmo e o que acham das ações que lá são desenvolvidas:

É o acompanhamento que elas têm com a gente, né? Que é bom, é muito importante tanto para a mãe quanto para a criança eu acho. É o acompanhamento justamente pra acompanhar a mãe e a criança; como é que ela tá, certo? É justamente esses, né? Orientar a mãe, em termo de se cuidar e cuidar de seu próprio bebê.

A usuária entende o acompanhamento que recebe junto à equipe do Programa enquanto uma oportunidade interessante: percebemos que a mesma, ao menos em sua retórica, sente a preocupação dos profissionais não apenas com ela, mas com a criança que está em seu ventre. É de forma positiva que a mesma recebe as ações do PSF, quase como uma serventia estatal para consigo. Já outra gestante disse o seguinte: “é no posto de saúde [ela quis referir-se à UBSF], né? Por causa que lá elas atende todo mundo e lá todo mundo é bem recebido, né?”

Para atender as famílias, a equipe faz a divisão por grupos específicos de usuários: por exemplo, o grupo de idosos, de mulheres no climatério, de planejamento familiar, de pré-natal. Sobre este último, durante nossa pesquisa, perguntamos às gestantes o que era feito durante este período. Naquela oportunidade, o nosso intuito era o de saber como se davam as ações do PSF durante o pré-natal, já que, de acordo com as propostas do Programa, o período gestacional deve ser marcado pela orientação à parturiente relacionada às transformações do corpo da mulher e, junto a essa, outras temáticas também devem ser trabalhadas, tais como a saúde da criança e os cuidados para não haver a perda do bebê.

As UBSF's seriam, portanto, espaços de realizações de atividades sócio-educativas que serviriam para desenvolver ações de cunho educativo, não se voltando apenas para os aspectos biológicos do corpo. Sobre essas ações, algumas gestantes se reportaram dizendo que:

A gente vai saber como tá o bebê, saber como tá a pressão, medir a barriga (entrevistada 1).

Chego lá, me peso, “mido” [sic] a pressão, chega vai pra sala, mede a barriga, pergunta como é que eu estou, tou bem, e escuta o coração do bebê, pergunta se tá comendo muito sal e

assim vai, corre o tempo. A médica pergunta como é que está, mede a barriga, e escuta o coração também, né? E examina. Fala pra mim não fazer muito esforço, não ficar muito em pé, levantar as pernas cinco minutos, fica inchado, né? (entrevistada 2).

Como podemos observar, ainda prevalece a preocupação para com os aspectos clínicos do corpo que são, nessa ótica, importantes para um bom desenvolvimento da gravidez (tanto para a mãe quanto para o bebê); já temáticas como maternidade, sexualidade, saúde da mulher, entre outras que fazem parte do cotidiano dessas mulheres não são tão explorados nos atendimentos individuais e coletivos do PSF.

Divergindo ou não, as práticas no cotidiano nas UBSF's possibilitam o estabelecimento de novas relações culturais e ampliam, na troca de conhecimentos entre profissionais e usuários, experiências necessárias para que o PSF seja sempre em espaço renovador (propiciador de novas vicissitudes), com articulação contínua mantendo um dos aspectos fundamentais na sua atuação que é a *intersectorialidade* na organização de suas ações. Agindo assim, cada parte atuante passaria a sentir-se no processo de reorganização desse novo modelo de saúde pública norteado pelas estratégias do Programa Saúde da Família.

Ampliar de forma horizontal as práticas desse “novo” modelo de saúde pública seria tentar, cotidianamente, não reproduzir as mesmas práticas realizadas no modelo tradicional. Dialogando com os usuários (e não mais com *pacientes*, nome utilizado pelo modelo tradicional de saúde) entendendo e explicando que a medicalização de seus corpos, diferente do que se pensava (e talvez do que muitos ainda pensem) não seria a melhor alternativa para ter saúde.

Mudar quando algo “não está dando certo” parece ser sempre bom. Entretanto, se os discursos modernizadores e os projetos higienistas desejosos de uma Campina Grande “bela”, moderna, civilizada e higienizada afastaram de seu centro tudo aquilo que “enfeava” a cidade e, neste sentido, estariam todas as famílias “pobres” que, num primeiro momento, foram deslocadas a outras áreas, o modelo de saúde vigente restringia suas ações para as famílias “ricas”, o que deixava boa parte da população campinense à parte desse processo.

Com iniciativas bastante inovadoras, o PSF é um novo ideal de saúde criado para atender essa população à margem dos discursos modernistas do progresso e civilidade postulados no início do século XX. Ele atinge as práticas culturais dessas pessoas por criar uma relação de inter-refluxo da dinâmica vivida entre especialistas médicos e habitantes de um bairro ou de uma comunidade. Apesar das trocas de *conveniência* e mútua “respeitabilidade” (já que especialistas dependem dos habitantes para trabalhar e gerar renda pessoal e os habitantes precisam dos especialistas para prevenirem e/ou tratarem de suas doenças), no dia-a-dia das Unidades Básicas de Saúde nem sempre se alcança aquilo que o plano teórico das cartilhas ou do projeto do Ministério da Saúde quer

apresentar. Seu cotidiano também “coloca em jogo relações de força entre cidadãos supostamente iguais diante da lei. Aqui está em questão uma política que ultrapassa e controla uma gestão econômica”, fazendo os indivíduos não cumprirem à risca suas “funções sociais”: os médicos nem sempre atendem como deveriam e os usuários nem sempre cumprem suas ordens de modo cuidadoso.

Assim, esse modelo de saúde pública do PSF parece ser bem planejado. Ainda que suas práticas não condigam tanto com a organização de cada comunidade em que atua, a tentativa de romper com paradigmas tradicionais aponta para uma nova maneira de praticar a medicina, tornando o acesso à saúde pública, para aqueles que precisam mais emergencialmente de seus serviços, uma possibilidade cultural não restrita aqueles que por ela poderiam pagar, como se dava em tempos não tão remotos.