

ESTILOS DE PENSAMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**Armênio Matias Corrêa Lima***

Grupo de Estudos e Pesquisa de Ensino de Ciências (GEPECISC) – UFSC

email: amclima@ced.ufsc.br**Resumo**

A teoria epistemológica de estilo de pensamento e coletivo de pensamento introduzida por Ludwik Fleck¹ (1994) foi utilizada para analisar os fundamentos do conceito, princípios e as estratégias de Atenção Primária à Saúde (APS), abordagem central da política de saúde proposta pela primeira vez na Conferência de Alma Ata em 1978 e desde então exaustivamente discutida e tentada a aplicação de diversas maneiras. A Conferência, da qual participaram a OMS (Organização Mundial de Saúde), o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e muitos representantes governamentais e não-governamentais, definiu Atenção Primária à Saúde como uma política de atenção à saúde centrada na prevenção, acessível de maneira equânime a toda a população, não restrita ao setor de saúde, fundamentada em tecnologia apropriada, na participação e nos interesses comunitários.² Inicialmente a proposta foi recebida com muito entusiasmo, mas logo em seguida críticas relativas à viabilidade surgiram. Julia Walsh e Kenneth Warren³ propuseram uma política de Atenção Primária ‘Seletiva’ à Saúde. Argumentando que os custos têm de ser diminuídos para viabilizar o planejamento de programas eficientes e gerenciáveis, enfatizaram a factibilidade financeira e medidas com resultados mensuráveis. Sugeriram como critérios para seleção dos problemas priorizados: prevalência, morbidade, mortalidade e factibilidade de controle (inclusive eficácia e custos). A partir de então, dois estilos de pensamento relativos à Atenção Primária à Saúde desenvolveram-se.⁴ Para um, oriundo de idéias das ciências políticas e sociais, saúde é um direito humano a ser assegurado para todos. Para outro, fundamentado em idéias da economia, saúde é um recurso a ser gerenciado de maneira eficiente. O primeiro, levado adiante pela OMS e, ao menos em parte, pelo Brasil através da fundação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como potencial limitação o legalismo e o individualismo ou o ‘localismo’, ao invés de efetivar-se como política abrangente de saúde.⁵ O segundo, defendido pelo Banco Mundial, tende ou corre o risco de resolver apenas problemas pontuais e interesses de grupos específicos, excluindo as pessoas que mais necessidade têm.⁶ Um estilo não exclui intrinsecamente o outro, mas até o presente os modelos economicistas têm entrado em conflito ou se sobreposto à abordagem da saúde como direito.

* Doutorando em Ensino de Ciências Naturais no Programa Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências de Educação da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGE/CED/UFSC).

¹ Fleck, Ludwik. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994.

Vide também: Delizoicov et al. *Sociogênese do conhecimento e pesquisa em ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano*. Florianópolis: PPGE/CED/UFSC, 1999 (mimeo).

² WHO. *Organisational study on methods of promoting the development of basic health services*. Official records of the World Health Organisation. Geneva: World Health Organisation, 1973, p. 3.

³ Walsh, J.A. & Warren K.S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301(18): p. 967-974, 1979.

⁴ Rifkin, SB; Walt G. Why health improves: defining the issues concerning ‘comprehensive primary health care’ and ‘selective primary health care’. *Social Science and Medicine*: 23(6): 559-566, 1986.

⁵ Otto, D. Linking health and human rights: a critical legal perspective. *Health Human Rights* 1(3):272-281, 1995.

⁶ Laurel, Asa Cristina, et al. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector de salud*. México: UAM (Universidad Autónoma de México), 1994