

## **INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA: prática técnica e social (os sentidos das ações de saúde)**

Emerson Elias Merhy  
Prof. do DMPS/FCM/UNICAMP  
Campinas, começo de 2000 (revisado em 2002)

### **O que é um problema de saúde pública?**

Quando a gente procura responder a esta pergunta vem na nossa memória algumas imagens que fazem parte do nosso senso comum, isto é, da nossa opinião sobre este assunto, e que vamos aprendendo com a vida e nas nossas conversas com os outros, nas nossas leituras, nas nossas reflexões e no uso que fazemos dos serviços de saúde.

E como uma resposta muito imediata, a maioria diria que: a Dengue, a Tuberculose, a AIDS, a Esquistossomose, o Tétano, entre várias outras, são problemas de saúde pública. O que não estaria errado.

Mas, será que problema de saúde pública é só isso?

Vamos usar, para entender melhor esta questão, do seguinte exemplo: há uma pessoa que está com diarreia há mais de um dia. Será que isto é um problema de saúde pública ou é clínico individual e, se assim for, torna-se exclusivamente problema do médico, ou da enfermeira? Isto é, torna-se um problema restrito a assistência individual? Ou será que pode ser os dois, ao mesmo tempo: um problema clínico e de saúde pública?

Parece-nos que não devemos pensar estas possibilidades como excludentes, como no dia a dia a maioria imagina. Ou é saúde pública, ou é medicina.

Alguém com diarreia é sem dúvida um problema individual e, assim, é um objeto de ação para todas as práticas técnicas que podem de alguma maneira achar uma solução para este problema de saúde, desta pessoa real que está com uma diarreia. Estas práticas técnicas, como a medicina e a enfermagem, por exemplo, vem desenvolvendo muitas tecnologias para exatamente oferecer

assistências individuais que permitam produzir o cuidado da saúde de alguém que está com perda de suas capacidades para poder “caminhar o seu dia a dia da vida”.

Porém, quando percebemos que alguém com diarreia faz parte de uma população - mesmo que de um pequeno número de pessoas - que pode ou estar com o mesmo quadro, ou estar sendo ameaçado por este problema de saúde, fica mais claro que todo problema individual de saúde tem uma expressão e dimensão coletiva. Isto é, ele ocorre com outras pessoas também ou ele ameaça outras pessoas que ainda não estão atingidas pelo agravo.

Percebemos, também, que a qualidade de vida deste grupo pode estar sendo prejudicada por problemas iguais a daquela pessoa doente.

Mas, não é só isso.

Olhando com mais atenção ainda, podemos identificar que as causas que podem provocar, e explicar, uma diarreia em uma pessoa, são muitas. Falta de água limpa, comida contaminada, erro de alimentação, mal formação dos órgãos do aparelho digestivo, etc.

Com isso, passamos a ver que o problema de uma pessoa deve estar acontecendo em várias ao mesmo tempo. E, aí, em termos de práticas técnicas, como fazer?

É claro, que a assistência individual é fundamental para contribuir com cada indivíduo que estiver com um agravo deste tipo de diarreia, mas agora é possível entender que só isto não basta.

Há um conjunto de outras práticas técnicas que são elaboradas exatamente para poder agir no plano mais coletivo. Procurando identificar o tamanho do problema nos grupos populacionais, equacionando as perdas de qualidades de vida, tentando romper com as cadeias de causas que produzem o fenômeno a nível populacional, e até organizando os vários serviços, com suas respectivas práticas técnicas, de ação individual e coletiva, para atuarem junto ao problema de saúde identificado.

Este é exatamente o território de ação da saúde pública e a diarreia que é um problema clínico, é também um problema de saúde pública. E, portanto, até a ação clínica individual torna-se, também, um objeto da saúde pública.

### **Afinal de contas, o que é a saúde pública?**

Quase que de uma maneira imediata parece que a conclusão da parte anterior já resolveu este problema, mas só aquelas conclusões não são suficientes.

Quando vemos a história da saúde pública nos vários países do mundo, damos-nos conta de que ela é diferente de um lugar para o outro, de uma época para a outra.

Enquanto na Alemanha dos anos 1700/1800 a polícia sanitária era a saúde pública daquele país, no mesmo período na Inglaterra ela tinha o formato do sanitário, do saneamento e da urbanização.

Por outro lado, há momentos no Brasil, por exemplo, em que a saúde pública tem como seus problemas as doenças infecto-contagiosas mais típicas: febre amarela, varíola, peste, etc., e há momentos em que a estas doenças são acrescentados problemas como a consciência sanitária, a administração dos serviços de saúde, os acidentes de trabalho e de trânsito, e assim por diante.

Isto não é diferente de um lugar para o outro, de uma época para a outra, porque o conhecimento era distinto, porque a ciência não estava desenvolvida.

Era diferente porque antes de ser uma prática técnica, a saúde pública, bem como qualquer prática de saúde, é uma prática social.

Isto é, ela está sendo definida pelos grupos sociais que organizam uma certa sociedade, em uma certa época, obedecendo aos interesses que estes grupos vão definindo como aqueles que devem ser considerados como os interesses gerais daquela sociedade ou época, marcados pela presença do estado, através de suas políticas de saúde.

Ou seja, **a saúde pública é uma prática social de saúde, que visa intervir nos problemas de saúde considerados como legítimos por uma certa**

**sociedade e época, e efetivada através da presença do estado nacional, sob a forma de uma prática técnica comprometida com uma certa forma de produzir o cuidado em saúde, tendo como objeto a dimensão coletiva do processo saúde e doença, enquanto uma questão social.** O processos específicos de produzir o cuidado sanitário vêm sendo um terreno de desenvolvimento de intervenções tecnológicas dirigidas tanto para o nível individual, quanto coletivo, dos grupos populacionais, alvos de suas práticas.

Para melhorar a compreensão desta reflexão, convidamos o leitor a pensar em torno dos textos que reproduzimos no próximo item.

### **Convite a leitura: um pouco de história?**

#### **Texto A - Trechos da Introdução do livro A Saúde Pública como Política**

(Emerson Elias Merhy, Editora Hucitec, São Paulo, 1992)

Este trabalho procura entender algumas questões, particularmente no campo das políticas públicas que se interpõem nas relações entre os formuladores de políticas na área da Saúde Pública e as políticas governamentais concernentes as ações coletivas de saúde, que efetivamente foram executadas no estado de São Paulo, de 1920 a 1948.

Parte-se do princípio de que a Saúde Pública como campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde tem suas atividades qualificadas, não como quaisquer atividades, mas sim como as que tomam o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho. A Medicina, que também se define como um campo

assistencial e tecnológico, aborda privilegiadamente o processo da saúde e da doença pelo ângulo do indivíduo e do corpo biológico dentro de um universo regulado pelos conceitos de normal e patológico, e estes como estados que se mantêm em um processo natural de continuidade.

Assim, embora ambas tomem a saúde e a doença como seu objeto, produzem distintos quadros de compreensão teórica e de ação nas dimensões coletivas e individuais deste processo. Isso tem algumas implicações, pois a Saúde Pública tem se identificado como o campo das ações de saúde que tem em perspectiva a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, através da atuação nas dimensões coletivas, enquanto a

Medicina tem se pautado pela recuperação da saúde do indivíduo, o que permite que um fenômeno, aparentemente o mesmo, produza conhecimentos diversos auxiliares da formulação de políticas diferenciadas, embora esses conhecimentos não sejam, necessariamente, dicotômicos ou mesmo opostos.

Entretanto, a distinção apontada acima não se mostra suficiente. O campo da assistência médica tem mostrado ser mais invariável e preso a um processo curativo que parte das suas concepções sobre o corpo biológico e sobre o que é normal e patológico - mesmo quando incorpora outras dimensões extra-organismo, como por exemplo, o grau de instrução do paciente. O campo das ações coletivas tem apresentado uma ampla gama de projetos tecno-assistenciais, inclusive incorporando como parte de suas ações e finalidades várias dimensões da prática médica como, por exemplo, quando considera o processo de cura de indivíduos como um elemento fundamental no comportamento dos fenômenos coletivos da saúde. Assim, mesmo considerando que o marco distintivo, pelo lado da assistência médica, é imediatamente perceptível, quando se tem pela frente um estudo sobre o campo da saúde pública há que se deixar clara a necessidade de um entendimento explícito das características deste campo de ações de saúde.

A resolução deste problema é dada também

pela distinção entre a construção do campo tecnológico e assistencial da Medicina e aquela pertinente à Saúde Pública, dentro do que se denomina neste trabalho modelo tecno-assistencial. Enquanto campos de organização das ações de saúde, tanto a Medicina quanto a Saúde Pública podem ser compreendidas sob o ângulo da realização de um processo de trabalho específico. Analisadas a partir tanto dos saberes tecnológicos que mobilizam para se efetivarem, quanto do processo institucional - assistencial que concretiza suas ações, configuram-se em ações tecno-assistenciais, isto é, ações que expressam uma dada construção do que é o objeto "saúde e doença", expressando uma maneira particular de organizar a produção destas ações como serviços. Assim pode-se procurar olhar aqueles dois campos das ações de saúde sob o ângulo que tenta entendê-los como a constituição de modelos tecno-assistenciais de organização da produção dos serviços.

Sabidamente, a Clínica e a Epidemiologia tem servido à instrumentalização tecnológica daqueles campos. A primeira, tomando a dimensão individual do processo da saúde e da doença, e a segunda, a dimensão coletiva do mesmo processo enquanto fenômeno populacional. A Medicina e a Saúde Pública, cujas dimensões tecnológicas alimentam-se dessas duas áreas de conhecimento, têm desembocado em uma organização, como

processo de trabalho, que conforma instituições específicas do setor de saúde, como os ambulatórios e hospitais, entre outras, cuja combinação em políticas específicas resulta na produção de serviços assistenciais.

Sob o ponto de vista da Medicina, pode-se dizer que os seus modelos tecno-assistenciais variam em função dos diferentes ajustes que a forma da produção dos serviços médicos adquire, mas sua base tecnológica é sempre idêntica pois tomam da mesma maneira os objetos de suas ações, isto é, tratam-no e constroem-no sob a ótica do conhecimento do corpo biológico, da clínica e do conceito de continuidade entre o estado normal e o patológico.

No que se refere à Saúde Pública essas questões adquirem outras características, pois observa-se tanto uma variabilidade na dimensão assistencial quanto na tecnológica. Nem sempre seu objeto é o mesmo, e, como

a Medicina, a forma de organização da produção dos seus serviços também pode adquirir várias configurações. Pode-se observar que um mesmo campo tecnológico, neste caso, está presente em diferentes configurações assistenciais. Por exemplo, a partir de uma concepção como a "bacteriológica" é possível detectar-se, historicamente, uma quantidade razoável de processos assistenciais diferentes, como o "campanhista", o "verticalista permanente", entre outros. Além disso, no campo das ações coletivas há outros momentos em que a concepção não é mais a "bacteriológica" e sim a "médico-sanitária", sem no entanto se perder a variabilidade assistencial. Isso tem importantes implicações para um estudo como este, pois é necessário que se procure uma forma de entender essa diferenciação dos campos, ao mesmo tempo que se deve eleger qual é a dimensão mais relevante do modelo tecno-assistencial.

**Texto B - Trechos retirados, e modificados, a partir do Capítulo I do livro "O capitalismo e a saúde pública"** (Emerson Elias Merhy, Editora Papyrus, São Paulo, 1987)

A origem das práticas de saúde, (que é) anterior (a sociedade atual), não imprime o perfil destas práticas, (hoje), pois com o surgimento da era capitalista os elementos constitutivos daquelas práticas são postos e repostos, conforme as novas relações sociais que se realizam historicamente.

Sem dúvida, os momentos nos quais melhor

se expressa essa relação são marcados pelo (a): Sanitarismo na Inglaterra, (...) Polícia Médica na Alemanha, e (a) Medicina Social na França.

(...)

Para este estudo, inicialmente, interessa entender como esses processos específicos determinaram os serviços de saúde nestas

diferentes realidades sociais, em particular no tocante aos traços que irão especificar as práticas sanitárias.

A Inglaterra tem sido o objeto privilegiado para as análises que, dos mais variados ângulos, têm como objetivo compreender o nascimento das relações sociais capitalistas; e não tem sido diferente naquelas que se têm preocupado com o surgimento das práticas de saúde. O fato de ter sido o pólo hegemônico do desenvolvimento do capitalismo é que lhe tem dado este destaque (...)

O século XVIII, na Inglaterra, é o momento de transformações sociais e institucionais. Já em 1640, dá-se a revolução burguesa naquele país, após a acumulação primitiva do capital que, diferentemente da França e da Alemanha, não se assenta na organização política do Estado Absolutista.

O período que vai do século XVII até o XVIII, economicamente se caracteriza como aquele em que se dá a passagem da fase de "capitalização da renda fundiária" para a de "revolução urbano-industrial", sendo no começo do século XIX a consolidação da fase industrial.

No plano institucional verifica-se, em 1601, na era Elizabetana, a instituição da "Lei dos Pobres", na qual a pobreza era vista como consequência do não-trabalho. A partir de 1834, com a reforma desta Lei, a pobreza passa a ser vista como uma expressão das condições de vida do trabalhador, e como tal torna-se uma questão social.

Por esta Lei, uma das maneiras de combater a pobreza era através das "casas de trabalho", de cunho paroquial, a forma administrativa imperante na Inglaterra da época, e onde cada paróquia era responsável por seus pobres.

É no interior destas instituições, as "casas de trabalho", que se instala o cuidado médico ao pobre o qual se constitui no início do processo de medicalização da pobreza. A perspectiva destes serviços de saúde, assim como a separação dos pobres do resto da sociedade, tinha em vista criar barreiras para que a pobreza não contaminasse, com seus perigos, os outros grupos sociais, diretamente relacionados à produção material ou à gestão social.

No fim do século XVIII e começo do XIX, há um grande aumento da pobreza e das dificuldades sociais para enfrentá-la, só que agora a mesma é assumida, (...) como resultado das novas relações sociais, que haviam amadurecido na Inglaterra - as relações sociais do capitalismo industrial. Os pobres não eram fruto do "não-trabalho", mas eram os próprios trabalhadores empobrecidos pelas relações de exploração. Este é um novo contexto, também político, "onde a burguesia industrial irá tornar-se a classe hegemônica no interior do bloco no poder", definido institucionalmente pelo Reform Act de 1832. Neste, o proletariado, também, se constitui em uma força social, e diga-se que, na Inglaterra, as outras classes sociais, como a classe média, não tiveram

peso político importante como na França e na Alemanha.

É dentro desta nova situação social, a do século XIX, com a industrialização e a urbanização, que ocorre a medicalização do ambiente, a qual, segundo Rosen, se dá sob a forma de um projeto de Reforma Social que, posteriormente, se transforma em um programa de reforma sanitária, que era praticamente viável.

Em 1834, com o novo Parlamento inglês, forma-se uma comissão para estudar e propor soluções para a "Lei dos Pobres" elizabetana, dada a nova realidade da sociedade inglesa. Esta Lei tinha-se tornado um obstáculo para a livre relação entre o capital industrial e a força de trabalho, porque, devido ao seu caráter paroquial e pré-capitalista no trato da pobreza, impedia o livre vai-e-vem do trabalhador, segundo a dinâmica do mercado da força de trabalho, amarrando-o a uma localidade específica (o município, a paróquia).

E, assim, o traço mais marcante da Emenda à Lei gerada na época é o de liberar o pobre do caráter paroquial, excluindo o capax e sua família, dos cuidados da Lei.

Esta é uma época de profunda reformulação administrativa do aparelho do Estado e neste processo se destaca a presença dos discípulos de Jeremy Bentham, cuja filosofia tinha como um dos propósitos "... tratar dos problemas públicos em bases racionais e científicas...", dentro da perspectiva do utilitarismo racionalista. Entre eles desponta

Edwin Chadwick, um dos principais realizadores da referida Emenda à Lei dos Pobres.

Edwin Chadwick tinha em perspectiva a fusão, na prática, dos princípios da Economia Clássica e do benthanismo; e através da execução destes princípios, liderou todo um movimento de reformulação da máquina estatal, adequando-a à nova realidade política e econômica da Inglaterra do século XIX.

Em 1842, Edwin Chadwick realiza uma investigação, que se tornou clássica, o "Inquérito Sanitário das Condições da População Trabalhadora da Inglaterra", no qual mostra a relação entre a presença das doenças e as péssimas condições de moradia, a falta de esgotos, a ausência de água limpa, erros na remoção e tratamento do lixo, etc.

Nesta época, advoga uma relação entre pobreza e doença, na qual esta surge como consequência daquela; torna-se adepto da teoria miasmática, defendendo a idéia de que a saúde é uma questão de engenharia e não de medicina, pois, esta aponta os problemas, mas é aquela que os enfrenta e resolve.

A Saúde Pública, enquanto Sanitarismo, configurará aquilo que serão as práticas sanitárias, restringindo-as a um conjunto de ações sobre os fatores que serão encarados como os responsáveis pelo aparecimento da doença coletivamente, e identificados com o meio urbano, que será reduzido à disponibilidade maior ou menor das condições



adequadas de moradia, esgoto, etc. O cuidado médico individual não teria a saúde como objeto, mas a doença, e por isso é tido como limitado, dentro da visão miasmática, tendo um certo valor para mostrar ou apontar o problema.

Entretanto, a Reforma Sanitária, mesmo que baseada numa teoria parcial da causação das enfermidades, teve resultados significativos, alterando as condições epidemiológicas da classe trabalhadora, no tocante a algumas doenças infecto-contagiosas, principalmente as chamadas pestilenciais. Mas, assinala-se aqui que algumas doenças de massa, como a tuberculose, tiveram seu comportamento epidemiológico alterado também às custas de melhorias das condições de vida, mais como resultado de lutas salariais dos trabalhadores do que do saneamento em si.

(...)

O processo inglês, mas também o francês ou o alemão, de emergência das práticas sanitárias é um exemplo bem rico para a compreensão das práticas sanitárias como práticas sociais estruturadas infra e supra estruturalmente nas sociedades capitalistas.

(...)

Nas suas análises sobre este processo, Maria Cecília Ferro Donnangelo afirma a respeito das novas condições que respondem por ele, (como sendo as): "... específicas circunstâncias econômicas e políticas do começo do século, em particular o acentuado desenvolvimento da economia

inglesa, a partir da 'Revolução Industrial' e a alteração do quadro político das frações industriais e financeiras da burguesia, bem como à emergência e ao reforço gradual das organizações operárias - as Trade Unions". E ainda, que aquelas ações de Edwin Chadwick, anteriormente referidas, introduziram as medidas que se consolidaram com a Lei de Saúde Pública de 1875, na qual se definem as responsabilidades e os poderes das autoridades sanitárias locais e as funções do "Médico de Saúde. Evidencia-se assim que as condições do proletariado urbano, em particular nas cidades industriais, fazem com que a questão da Saúde Pública apareça na seqüência direta da reforma da Lei dos Pobres: "A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas, a ação dos fatores que acarretam os elevados índices de enfermidade e de morte, vai assumir agora a forma predominante do Sanitarismo, com a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população".

Com essas sumárias referências ao processo histórico, no qual se institucionalizou o Sanitarismo na Inglaterra, pretendeu-se indicar como as práticas sanitárias podem ser caracterizadas como práticas constitutivas da sociedade capitalista inglesa, e, por extensão sugerir a forma, através da qual as práticas sanitárias se articulam nas sociedades capitalistas em geral. Isto é, a dinâmica das relações de produção destas sociedades determina o campo de prática e

saberes, onde se organizam as ações coletivas de saúde.

(...)

O objetivo e o objeto das práticas sanitárias se definiram historicamente no modo de produção capitalista, em torno do processo de acumulação de capital, no plano econômico e político. O conhecimento produzido neste campo de práticas se orientou no sentido de permitir a realização de um específico tipo de apropriação dos objetos de sua ação. Isto é, as teorias sanitárias, seja a miasmática, a bacteriológica ou a médico-sanitária, instrumentalizaram as ações de saúde, que incidem sobre o coletivo, tendo em vista a reprodução das relações sociais capitalistas de produção.

(...) a dinâmica social é que imprime as diferentes facetas adquiridas pelas práticas sanitárias, de tal forma que a passagem para a utilização de outros meios é ditada pela maior presença, no cenário social, de forças sociais que se contrapõem a determinados modos de se realizar a produção social capitalista, exigindo uma resposta por parte da sociedade que as absorva e/ou neutralize. Esse processo se torna bem perceptível quando se observa o surgimento das práticas de Educação Sanitária em um momento posterior da relação entre as classes sociais polares, no capitalismo monopolista. A Educação Sanitária traz implícita a idéia de que a "consciência sanitária" do indivíduo é um dos pontos básicos para manter em

harmonia a relação saudável entre o homem e seu meio externo, apelando, portanto, para um esforço sistemático e permanente a nível de um trabalho pedagógico de formação (e transformação) da consciência individual, segundo preceitos e normas ditadas pela higiene.

Por exemplo, (no Brasil do século XX) isto era tão sério que no III Congresso Brasileiro de Higiene, que se realizou em São Paulo, em 1926, o médico C. Sá apresentou um verso, que deveria ser recitado diariamente pelas crianças como um meio de se manterem saudáveis. Este verso foi apresentado junto ao tema "Formação de hábitos sadios nas crianças", e expressa, claramente, a concepção sobre Educação Sanitária e higiene pessoal:

Hoje escovei os dentes  
Hoje tomei banho  
Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com  
sabão  
Ontem me deitei cedo e dormi com janelas  
abertas  
De ontem para hoje já bebi mais de 4 copos  
de água  
Ontem comi ervas ou frutas, e bebi leite  
Ontem mastiguei devagar tudo quanto comi  
Ontem e hoje andei sempre limpo  
Ontem e hoje não tive medo  
Ontem e hoje não menti

(...) (Seja sob que forma de modelagem a saúde pública se ordena) Ao se consolidarem as relações (sociais capitalistas) aparece, tanto para o capital, quanto para os trabalhadores, o problema dos "corpos sociais", pois a reprodução do portador da força de trabalho passa a ser agora elemento

vital (...)

Portanto, ao ter as classes sociais como objeto, as práticas de saúde são o principal construtor da "política social do corpo" (...)

As instituições médicas se tornam o único e legítimo lugar para "falar e atuar" sobre os corpos, adquirindo a forma dos aparelhos de hegemonia no desempenho de sua atividade, onde elegem-se determinados agentes sociais - como por exemplo o médico - como os portadores dos instrumentos necessários para a execução e efetivação daquela atividade.

No caso inglês, as práticas sanitárias se configuraram enquanto práticas estatais, adquirindo sua conformação institucional, na interior do Estado burguês, *sensu strictu*. (...)

Como qualquer tipo de Estado, o burguês também é " ... um conjunto de recursos

materiais/humanos utilizados na conservação do processo de extorsão do sobretrabalho ... e da dominação de uma classe ... sobre a outra ....". No entanto, a organização destes recursos é específica para cada tipo de Estado, e no burguês o burocratismo é esse modo particular.

O conjunto das ações inspiradas e coordenadas por Edwin Chadwick, seu conteúdo e estilo, permite sugerir que uma de suas características básicas era o fato de serem componentes orgânicos deste modo de intervenção estatal. Edwin Chadwick, ao estabelecer, como burocrata do Estado industrial inglês, as suas relações com os setores sociais no estilo do "benthanismo", o faz incorporando as questões coletivas de saúde, conforme o direito burguês e no estilo do burocratismo,

## **Continuando ainda com alguma leitura: o que é tecnologia em saúde? e o que o trabalho em saúde produz?**

**Trechos do texto Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância à saúde** (Emerson Elias Merhy, DMPS/FCM/UNICAMP, abril de 98)

Ao olharmos com atenção para uma abelha nos seus momentos de produção da colméia e os compararmos com aquele utilizado por um ser humano na fabricação de uma moradia, poderemos dizer que mesmo o pior dos "arquitetos", produz imaginariamente a casa em seu pensamento, antes de realizar seus atos concretos de produção. Por mais

que acreditamos que a abelha também "pensa" sobre a colméia, há algo que nos diz que todas elas pensam sempre a mesma colméia e a produzem do mesmo jeito, dentro da sua espécie, independente do passar do tempo. O homem tem um tempo histórico diferenciado. Em cada um deles a noção de moradia e sua imagem é modificada. E, tudo

indica que o “código” que funciona definindo a relação da abelha com a produção da moradia é quase fixo, enquanto o do humano é variável e definido social, histórica e culturalmente.

Podemos continuar afirmando que estas duas “máquinas biológicas” não se equivalem, pois a humana expressa suas necessidades como expressões de intenções e desejos de modos muito variados, que nos permite dizer que esta é uma “máquina biológica desejante” definida pelo seu modo de estar e ocupar lugar no mundo/natureza, e que se comporta como uma máquina não totalmente previsível e determinada.

Esta metáfora do trabalho da abelha construindo sua colméia, utilizada por Marx para pensar sobre o agir humano como práxis, pode não ser reveladora de todas as questões que estão envolvidas em torno desta problemática, mas com certeza é uma boa forma de abrir algumas reflexões sobre a prática da abelha e suas distinções com a práxis humana.

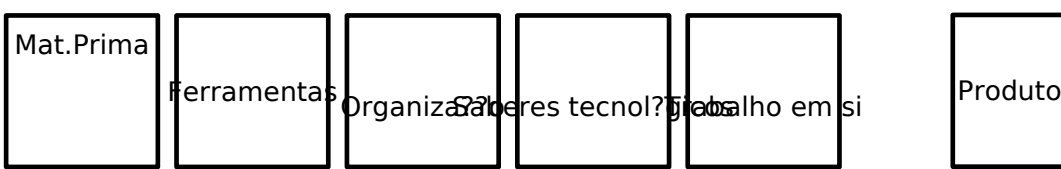
Na prática o agir não é reflexivo, isto é, não expressa um fazer que é pensado, elaborado e até mesmo disputado entre os que pensam, é um simples fazer, repetido e previsível. Na práxis o agir é reflexivo, criativo, e está sempre situado em um certo fazer livre e imprevisível, mesmo que dentro de um contexto social, historicamente definido e imposto.

A práxis humana opera, portanto, como um fabricar “mundos” para o homem

ao mesmo tempo que fabrica o próprio homem. É um produzir o mundo que é um produzir o homem como ser. Já a prática da abelha, fabrica o mundo para si para dar condições da abelha se reproduzir, porém não produz a abelha como um ser, simplesmente a reproduz.

Talvez uma das questões mais interessantes a se pensar sobre o que estamos falando seja a das relações entre agir de um modo livre versus agir de um modo total e previamente definido. Cremos que os humanos estão sempre nesta tensão, enquanto as abelhas não. Dizemos que o fazer humano é uma combinação entre um modo vivo de ação em ato, produto de um trabalho vivo atuante no momento da produção em si, com um outro dado pelos trabalhos já realizados antes daquele ato de produção e contidos, por exemplo, nas ferramentas que são utilizadas, já previamente definidos para aquele momento de produção e que funcionam como um trabalho morto (realizado antes). No caso da abelha, o seu fazer já é todo previamente definido e comanda integralmente o seu produzir, como se tudo fosse já como um trabalho morto.

Por isso, acreditamos que ao pensarmos sobre as relações dos homens nos seus trabalhos devemos destacar esta temática do protagonismo/liberdade e do protagonismo/determinação, pois é na possibilidade dos homens “fugirem” do que é dado e definido “a priori”, que eles fazem o



novo, o diferente, a sua história. Porém, não a fazem de qualquer jeito, mas partindo do que vivem, do que experimentam, do que disputam entre si. Acrescente-se a esta reflexão uma fala de Gramsci, que dizia: que todo homem é um intelectual e, por isto, qualquer homem disputa com os outros, não só o modo de fazer as coisas, mas também o modo de pensá-las, de desejá-las. Por isso, qualquer homem é sempre um sujeito em ação praxica.

Talvez, o lugar dos processos de trabalho seja um dos lugares do agir humano que melhor permite localizarmos estas questões, e que pode nos aproximar de uma reflexão que possibilita o entendimento de como os homens produzem a natureza para si, ao mesmo tempo que se produzem, e quais são os “riscos” destes modos de ser e estar no mundo, para a própria maneira do humano caminhar a vida.

(...)

Com a perspectiva de aprofundar a compreensão das questões levantadas até agora, vamos inicialmente partir de um esquema que nos permita pensar sobre os diferentes modos do agir humano no ato produtivo e os tipos de questões que são interessantes levantarmos sobre este processo, na direção de nossa reflexão.

Vejamos, então um diagrama que procura representar qualquer ato produtivo bem simples, como por exemplo a produção de um produto realizado por um sapateiro-artesão. Em primeiro lugar vamos pensar sobre as várias etapas deste processo de produção de um sapato, o produto final realizado por aquele artesão. De uma maneira bem geral, podemos dizer que neste processo há a presença de cinco situações que valem a pena descrevermos, como mostra o desenho adiante, e que procuraremos relacionar com a forma de trabalho morto ou vivo, que expressam:

≡

T.M.      T.M.      T.M./T.V.      T.V./T.M.      T.V.      T.M.

T.M. - trabalho morto

T.V. - trabalho vivo

a - vemos que a produção do produto sapato pressupõe o encontro do trabalho em si do sapateiro-artesão com certas matérias-primas, como o couro, o prego, a linha, a tinta, entre outras. Podemos afirmar que estas matérias-primas são produtos de trabalhos humanos que as concretizaram, pois as mesmas não estão prontas na natureza, e mesmo se estivessem já prontas, como se brotassem em árvores, seria necessário realizar um trabalho humano para coletá-las, antes de que as mesmas pudessem entrar no processo produtivo do sapateiro. Dizemos, então, que as matérias-primas são produtos de trabalhos humanos anteriores, que nos seus momentos de ação tinham uma dimensão viva, mas que agora como produto matéria-prima do sapateiro, está expressando um trabalho morto, resultado do vivo anterior que o produziu.

b - vemos que as ferramentas que o artesão-sapateiro usa para produzir o sapato, como um martelo, uma faca, um pincel, entre outras, também, são à semelhança do que dissemos sobre as matérias-primas, produtos de trabalhos anteriores que se fazem presentes agora como trabalho morto, i. é, já realizado e coagulado no produto. Desta forma, o trabalho anterior de produzir ferramentas estará presente no ato de produção do sapato, e o influenciará, mas não está em ato, não está vivo.

c - o artesão para juntar matéria-prima e ferramenta na direção da produção de sapatos, precisa antes de tudo ser possuidor de um certo saber tecnológico, que lhe permita dar, pela sua ação concreta em si de trabalhar, dentro de uma certa maneira organizada de realizá-la, formato de produto ao desenho imaginário que tem em sua mente, expressando o seu projeto. Este saber é complexo e é, em última instância, uma parte fundamental do saber fazer sapatos, que no processo de produção está contido também na dimensão organização do processo. Faz parte dele, por exemplo, o conhecimento sobre o couro mais apropriado, as técnicas de corte, o conhecer as tintas melhores e suas adequações com o material que está sendo usado, mas também a maneira de organizar “no tempo” estes conhecimentos, enquanto atividades, como um processo de produzir. Isto é, o que deve ser feito antes, como deve ser feito, quanto se deve esperar para realizar os atos seguintes de produção, e assim por diante.

d - entendemos que estas duas dimensões, a da organização e a do saber tecnológico, não se comportam do mesmo jeito que os das matéria-prima e ferramenta, pois neles o artesão real que está fazendo o trabalho conta com peso, tem importância. A sua história, suas habilidades, sua inteligência, sua capacidade inventiva, pode operar nestas situações de organizar os processos e

o de compor os saberes tecnológicos. Assim, dizemos que nestes dois momentos do processo produtivo, o da organização e o do saber, há uma situação dupla: a presença de saberes - tanto tecnológicos, quanto organizacionais -, produzidos anteriormente e apreendidos pelo artesão, que expressam então trabalhos anteriores e se colocam como representantes do trabalho morto, mas que sofrem a influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo de colocá-los no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato. Isto faz com que nestas duas dimensões haja a convivência destas duas modalidades de trabalho no fazer do sapateiro-artesão ao produzir concretamente o seu produto imaginado. Por isso, apontamos que nestas duas situações há uma combinação de trabalho vivo e morto, simultaneamente. Indicamos que o grau de liberdade desta relação é um pouco mais favorável na dimensão saber tecnológico em relação à organização, pois esta tende a ser mais estruturada, mais governada pelo pólo trabalho morto.

e - vale observarmos que a noção de tecnologia aqui utilizada tem uma definição mais ampla do que corriqueiramente traduzimos como tal, pois não a confundimos de maneira específica com equipamento e máquinas, mas também incluímos como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos

singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, inclusive em sua dimensão intersubjetiva. Deste modo, falamos em tecnologias duras, leveduras e leves.

f - observamos que claramente o momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Este momento é marcado pela total possibilidade do trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, porém o exercício deste grau se relaciona com a presença simultânea das quatro dimensões anteriores, o que nos permite dizer que deve haver processos de trabalho bem diferenciados nos modos como estas relações simultaneamente ocorrem. Se imaginarmos, agora, outros tipos de trabalhos que não só o do sapateiro-artesão, podemos dizer que há processos produtivos nos quais o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o do trabalho vivo, e há outros que se manifestam de modo contrário. Como exemplo do primeiro caso, um processo trabalho morto centrado, podemos citar a produção de uma máquina em uma metalúrgica, e como do segundo caso, um processo trabalho vivo centrado, citamos a produção de uma aula ou de uma abordagem assistencial em saúde. Dizemos, então, que o processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto em certas produções são diferenciadas, ou vice-versa, permitindo-nos imaginar situações nas quais o exercício do

protagonismo/liberdade ou do protagonismo/reprodução estejam ocorrendo no interior do mundo geral da produção. Onde há homens produzindo há esta polarização, independente do que se está produzindo, pois isto ocorre tanto no mundo dos setores primário, secundário e terciário da produção, quanto da produção social em geral.

g - neste momento do texto achamos que poderia ser útil agregar um trecho de um capítulo escrito sobre a dimensão cuidadora dos atos de saúde, no livro O SUS em Belo Horizonte (Editora Xamã, São Paulo, 1998), por procurar deixar bem explícito uma reflexão sobre quais sentidos os processos de trabalho, em saúde, podem adquirir:

A situação mais comum, hoje em dia, é lermos sobre a existência de uma crise no atual modo de organização do sistema de saúde, porém quando são catalogadas as causas ou soluções, vemos como esta constatação e mesmo a discussão em torno dela, não é tão simples.

Entretanto, se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto coletivo.

Uma pequena olhada nas reportagens da grande imprensa mostra que o tema saúde é muito lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais fundamentais da sua vida, ao mesmo tempo que também podemos registrar que é na área de prestação de serviços, onde o cidadão se sente mais desprotegido.

O paradoxal desta história toda, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos - tanto em termos de conhecimentos, quanto de soluções - em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções, o que nos estimula a perguntar, então, que crise é esta que não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

Ao ficarmos atento, do ponto de vista do usuário, sobre as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, podemos entender um pouco esta situação. E, desde já, achamos que este ponto de vista não é necessariamente coincidente com os dos governantes ou dirigentes dos serviços, tanto os públicos quanto os privados, que como regra falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos - aliás, argumento mundialmente usado, tanto em países como o EEUU que gasta 1 trilhão de dólares no setor saúde, quanto no Brasil que deve gastar em torno de 35 bilhões, no total.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é esta? Será que ela atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico, ou é uma característica global do setor? É possível a partir desta crise, diagnosticada em torno do usuário, propor um modo diferente de se produzir ações de saúde?

À frente, tentaremos mostrar como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir



usuários finais são vistos como necessidades de saúde, aumentando seus graus de autonomia na vida. Isso se dá como resultado a "cura", a promoção e a proteção da saúde de individual e coletivo, a partir de suas necessidades e expectativas, e a promoção de como questões sociais (práticas sanitárias).

no mundo do que é denominado de "problema de saúde", provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final. Supomos que este processo permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser "procedimento centrado" e não "usuária centrado", e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos. Vejamos isto no desenho e textos adiante.

produz

que produz

(...)

A visão já muito comum de que tecnologia é uma máquina moderna, tem dificultado bastante a nossa compreensão de que: quando falamos em trabalho em saúde não se está se referindo só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os "pacientes".

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o "paciente", ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de levedura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma

acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

h - com o painel desenhado adiante entendimento das perspectivas teóricas que procuramos sistematizar algumas noções temos adotado sobre o agir em saúde: sobre tecnologia em saúde, para melhorar o

tese 1 - falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho; e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca da produção de “coisas” (bens/produtos) - que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos (valores de uso) - que satisfaçam necessidades;

tese 2 - a ação intencional do trabalho realiza-se em um processo no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumentos para a ação, “captura” interessadamente um “objeto/natureza” para produzir bens/produtos (as coisas/objetos); e que pode ser esquematicamente visualizado no desenho, exemplificado a partir do trabalho de um artesão-marceneiro, em geral; e no qual o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato e os instrumentos de trabalho, bem como a organização do processo, como trabalho morto. A rigor, a própria matéria-prima é trabalho morto, pois ela não é um dado bruto da natureza, mas é um produto de um trabalho vivo anterior que a produziu como natureza modificada;

tese 3 - o modo do trabalho vivo em ato realizar a captura do “mundo” como seu objeto é vinculado ao modo como o trabalho vivo que o antecedeu, e que agora se apresenta como trabalho morto, atua, enquanto um determinado processo de produção também capturante, mas agora do próprio trabalho vivo em ato, e que se expressa como um certo modelo (dentro de um certo modo) de produção;

tese 4 - neste modo de possuir, o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejanse, valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal);

tese 5 - este modo de possuir (como produção) instrumentos e pedaços da natureza, produzindo-os como ferramentas e objetos, dando-lhes uma razão instrumental, apresenta-se como tecnologia enquanto saber. As máquinas-ferramentas, por sua vez, são suas expressões como tecnologias-equipamentos;

tese 6 - as máquinas-ferramentas são expressões tecnológicas duras, das tecnologias-saberes (leveduras) e, como equipamentos tecnológicos, não têm razão (instrumental) por si, pois quem a torna portadora desta intencionalidade racional-instrumental é o trabalho vivo em ato com

seu modo tecnológico (seu modelo de produção) de agir;

tese 7 - o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção;

tese 8 - o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados;

tese 9 - por isso, classificamos as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), levedura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais);

tese 10 - no trabalho em saúde não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas qual razão instrumental os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades; cabendo, portanto, perguntar sobre que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades, como intenções, ocupam na rede de relações que a constitui;

tese 11 - o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, como um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção;

tese 12 - para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve-se tomar como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve, e os seus modos de articulação com as outras;

tese 13 - a tecnologia em saúde, dividida em tecnologia leve, levedura e dura, permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo, pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecno-assistenciais em saúde;

tese 14 - a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, se expressa como processos de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chaves, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, aquele que pode com seu interesse particular “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena do trabalho em saúde;

tese 15 - é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final, que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos interseçores, as das relações, que se configuram, por exemplo, através das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras;

tese 16 - deste lugar pode-se interrogar o formato de realização da tecnologia das relações, como um mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde, que tem capacidade de expor intensamente “as falhas” dos mundos do trabalho em saúde, como o “jogo” dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde;

tese 17 - o sentido deste interrogar deve ser o de repensar as lógicas das intencionalidades, que permita caminhar para a “publicização” do espaço da gestão do processo de trabalho em saúde, no qual elas se efetivam, pondo em jogo a possibilidade de incorporação de um outro campo de tecnologias, que é aquele que se articula com os processos de “governar” estabelecimentos (enquanto organizações), e nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes, seus projetos e métodos, referentes aos diferentes espaços da gestão.

(produzido a partir dos livros Agir em Saúde - organizado por Emerson E. Merhy e Rosana Onocko, pela editora Hucitec, São Paulo, 1997 e Saúde: a cartografia do trabalho vivo de Emerson Elias Merhy, editora Hucitec, 2002)

i - é relevante que o leitor ao ter contato com estes conceitos, que estão sendo colocados para se poder pensar mais amplamente sobre as práticas de saúde, procure analisar as práticas de saúde como práticas que não tem uma única direção, isto é, não servem só a um único grupo de interesses, a dos profissionais de saúde ou a dos usuários, pois a maior característica das práticas de saúde, enquanto prática social, é o fato de ser uma prática de natureza bem paradoxal. Pois, ao mesmo tempo que ela é uma tutela do profissional ou do serviço sobre o usuário, ela ambiciona que o usuário se cure, ou que não adoença, e com isso deixe de ser alguém tutelado, e torne-se alguém mais livre, mais

autônomo. Ao mesmo tempo, que toda prática de saúde produz procedimentos, ela ambiciona atos cuidadores e curadores. Assim, todo modelo de serviço de saúde que procura matar qualquer um destes pólos, acaba sofrendo perda de qualidade e gera péssimos resultados, além de grande insatisfação. E, em última instância, produzir um serviço de saúde comprometido radicalmente com o usuário e a defesa da sua vida, que tenha como finalidade central a produção de um cuidado implicado com a cura, com a saúde, e com os ganhos de autonomia dos mesmos no seu modo de andar na vida, é o permanente desafio do trabalho de qualquer profissional de saúde.

### **Finalizando: um convite à reflexão**

o que a saúde pública tem a ver com as políticas sociais e os direitos de cidadania?

como é possível afirmar que a saúde pública é uma política social compensatória?

como será que a saúde pública está atualmente organizada?

como ela se relaciona com os outros serviços de saúde?

quais problemas fazem parte de suas ações?

quais sentidos pode adquirir?

o que são necessidades de saúde para ela?

como será que ela vem intervindo, i.é, com que tecnologias atua?

quais tipos de profissionais são necessários?

o que seria um profissional sanitaria?

**ANEXO QUADRO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE: TAXONOMIA  
PRODUZIDA PELO PROFESSOR LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO E  
NORMA MATUSMOTO**

<b>Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos</b>	<b>Algumas idéias sobre os seus significados</b>
<b>Necessidade de boas condições de vida</b>	<b>boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão</b>
<b>Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença</b>	<b>ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído</b>
<b>Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida</b>	<b>sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida</b>
<b>Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)</b>	<b>poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema</b>

<b>Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)</b>	<b>ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------