

Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial.

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy

PARTE I - A GUIA DE INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família - PSF - foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, embora se tem notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios, entre eles, Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros. Desde então, tem sido uma das prioridades do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais para reorganização dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce, com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional”; “iniqüidades”.¹ O mesmo documento avalia que a assistência à saúde, tal como é praticada hoje é “marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas”.² Portanto, o Programa de Saúde da Família é a principal resposta que tem sido oferecida, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial.

Em documento propositivo para a organização do PSF no Brasil, publicado sob responsabilidade do Ministério da Saúde em outubro de 1998, afirma-se que o objetivo do PSF é “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do

¹ “Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde”; MS, mimeo, Brasília; março/1996; pág. 2.

²idem; ibidem.

processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”.³

O mesmo documento, elenca os princípios (abaixo) sob os quais a Unidade de Saúde da Família atua:

“Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.”⁴

O novo formato da assistência proposto no âmbito do Programa de Saúde da Família, tem na sua cartografia a localização central do espaço territorial, que delimita a área de responsabilização de uma determinada equipe, e é por excelência o locus operacional do programa. Aqui comparece todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia / vigilância à saúde, cujo instrumental ocupa um papel central nas práticas da Equipe de Saúde da Família. À equipe, se inscreve uma determinada população

³ “Programas e Projetos - Saúde da Família”; MS, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).

⁴ Idem; ibidem.

do território (de 600 a 1.000 famílias), articulando assim a idéia de vínculo que tem como princípio a constituição de referências do usuário para com os profissionais que deverão se responsabilizar para o cuidado à sua clientela.

A clínica, enquanto campo de conhecimento e práticas específico, é vista com “desconfiança” nos textos governamentais que discutem, atualmente, modelos assistenciais, como por exemplo, a Norma Operacional Básica publicada pelo Ministério da Saúde em 1996. Também na elaboração de uma proposta para o PSF, a clínica assume uma função subsidiária, como se esta não tivesse competência para atuar junto à saúde pública e para ser útil ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde, e fosse necessário “contamina-la” pela epidemiologia (Bueno & Merhy, 1997). Prevalece no âmbito de discussão do PSF, a dúvida dicotomia entre Epidemiologia e Clínica, como se a primeira fosse a parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporasse o mundo liberal, individualista e portanto, merecesse a rejeição das propostas assistenciais formuladas no âmbito da saúde coletiva. Esta contraposição entre a epidemiologia e clínica leva à percepção que a clínica no PSF deve ser subsumida pela epidemiologia, o que a nosso ver cria sérias restrições para que seja utilizada em todo seu potencial como uma forma de trabalho em saúde, também central para a produção dos serviços de saúde. Além do mais, toma-se certas modelagens do trabalho clínico médico, pelo conjunto da prática clínica (Merhy, 1998).

O processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira. As visitas são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. O PSF trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde. A capacitação dos recursos humanos é vista como uma questão estratégica para o Programa. A equipe tem as suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina o processo de trabalho de cada profissional.

O PSF trabalha a idéia do planejamento e programação para formular os projetos específicos de implantação do Programa. Propõe o Planejamento Estratégico Situacional como a ferramenta a ser utilizada para este fim, fazendo uma assimilação de uma parte da

produção de setores sociais implicados com a implantação do SUS, e por isso mesmo gerando um posicionamento paradoxal junto aos vários ramos destes setores, pois parte deles têm se posicionado a favor e parte contra as suas proposições. E, mesmo junto aqueles que não se contrapõe as suas indicações há posições de gamas muito variadas.

Neste sentido, este artigo se propõe a uma análise do Programa de Saúde da Família, a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde, como território dos fazeres e portanto, produtor do cuidado em saúde, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites. Serão descritas a estrutura e organização do Programa, no sentido de desvendar o núcleo epistemológico que alimenta o PSF e seu campo operativo. Pretendendo-se ao final esboçar uma idéia geral sobre o perfil do PSF e sua inserção na arena de disputas de projetos para a implementação do Sistema Único de Saúde, no Brasil. E procurar entender, nesse jogo, qual é a aposta do PSF?

Além deste debate de fundo, o texto faz pequenas incursões na História da Saúde Pública, a título de ilustração do tema em questão, mas também, para demonstrar que em muitos casos, “não se está inventando a roda”, quando se propõe algo pretensamente original para os serviços de saúde.

Não é pretensão deste texto, ao abrir um debate crítico sobre o PSF, fechar questões, mantendo a convicção de que novos campos de investigação estão dados a partir das questões aqui colocadas.

O aparecimento da saúde pública como política⁵

A modelagem de serviços de saúde, aparece ao longo do tempo como uma questão eminentemente política. Naturalmente que a esfera política faz interfaces com o mundo econômico-social e muitas vezes o argumento ligado às questões financeiras e técnicas têm servido aos governos, como justificativa para implantar determinado tipo de assistência à

⁵ Política aqui significa “... atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a *pólis*, ou seja, o Estado”. Deriva da origem clássica do adjetivo *pólis* (*politikós*), que significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social. (Bobbio; 1983 : 954).

saúde. Mas, sempre a questão do poder político tem sido determinante na viabilização de projetos assistenciais para a saúde.

A idéia de uma política voltada para a assistência à saúde, aparece pela primeira vez no século XVII, através da edição pelo governo da Inglaterra da Lei dos Pobres em 1601. “A Lei dos Pobres introduz na história da medicalização um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade” (Donnangelo; 1976 : 64). À antiguidade da questão política definindo os rumos da saúde, soma-se a forte presença do desenvolvimento industrial no cenário econômico e social, trazendo suas questões como referência para que os governos, tomassem suas decisões em relação ao universo sanitário. Isto é cada vez mais freqüente, principalmente com o advento da revolução industrial, séc. XVIII e XIX, pela espetacular e rápida mudança no panorama urbano, e nos perfis demográfico e sanitário da Europa.

No período, o crescimento industrial fez ocorrer intenso movimento migratório do campo para as cidades, que passaram a aglomerar milhões de novos habitantes, sem as mínimas condições de moradia, higiene e infra-estrutura básica para estas famílias. Os operários assim, moravam em velhos cortiços, ajuntamentos de famílias em lugares insalubres, nos bairros pobres, trabalhando em ritmo acelerado até 16, 18 horas por dia, inclusive as mulheres e crianças. Os locais de moradia e as fábricas se tornaram então, lugares de propagação de doenças geradas por um lado pelas precárias condições sanitárias e por outro lado, pelo ritmo e condições de trabalho, respectivamente. As pesadas cifras de morbidade e mortalidade no período eram inchadas por alto índice de acidentes de trabalho que se verificavam na atividade laboral. Surge a preocupação entre os empresários com a saúde dos trabalhadores, no sentido de preservar a mão de obra operária. Sua ausência do trabalho por doenças ou morte, significava redução da produção e conseqüentemente dos ganhos gerados pela indústria. No entanto, a função de proteger a saúde dos cidadãos é dada ao Estado. Além da Lei dos Pobres de 1601, e diante da dura realidade imposta pelos novos problemas sanitários presentes na época, importantes iniciativas de preservação da saúde dos trabalhadores, principalmente diante dos malefícios das condições de trabalho foram editadas. A razão econômica se transforma em instrumento da política. Nesta remota

época, as políticas de saúde têm sido em grande medida servas dóceis do senhor capital, o que em parte se preserva até os dias de hoje. Não é que as medidas referentes a fundar um serviço de saúde não fossem necessárias e importantes, mas o que se verifica, é toda uma racionalidade ditada pelo capitalismo, guiando as atitudes governamentais. O sentido humanitário, do direito à assistência, não está presente na essência das políticas de proteção à saúde dos cidadãos.

As iniciativas da época, pelas suas características, se dividiam entre as de cunho “higienistas” e as “sanitaristas”. As primeiras trabalhavam a idéia de que bastava higienizar os “lugares” para evitar a ocorrência de agravos à saúde. Iniciativas nesse sentido se verificaram em ações como as de 1765, onde a municipalidade de Manchester e York na Inglaterra, tiveram uma série de iniciativas que envolvem a limpeza de mananciais e técnicas de decantação de impurezas, no sentido de preservar a boa qualidade da água que era consumida pela população. As ações “sanitaristas” vinham de atitudes do estado, que arvorava para si a responsabilidade de fundar e controlar equipamentos de saúde permanentes, especialmente hospitalares, como se verificou na França e Alemanha no final do séc. XVIII (Merhy, 1985). Nesta época, hospitais passaram ao controle do governo nacional ou municipal, embora a presença do setor privado nesta área, no período, ser muito extensa. Paralelo a isto, em 1802 foi aprovado também na Inglaterra o “Ato da Saúde e da Moral dos Aprendizes”, medida vista como uma extensão da Lei dos Pobres, que proibia o trabalho noturno para os aprendizes pobres nas fábricas de algodão. (Rosen; 1994:107-333).

O que se pode observar, a partir destes breves relatos de época, é que:

1. A presença do estado na organização de serviços de saúde é antiga e nos parece inexorável. Em menor ou maior grau, o estado tem que responder à necessidade de assistir à população, visto que a ordem capitalista, pela sua própria natureza voltada à acumulação de riquezas, não se coloca em condições de resolver de modo satisfatório esta questão, cabendo-a aos governos.
2. A busca pela preservação da vida e da boa saúde, vem desde os primórdios da humanidade. Contudo, nos tempos modernos, na medida

que o estado tomou para si satisfazer esta necessidade da sociedade, cujos interesses ele deveria representar, tem editado políticas de saúde que correspondem aos interesses dos grupos sociais hegemônicos. E por isto o verbo na frase anterior se colocar no condicional, porque ao final o estado representa interesses de uma parte da população.

3. Os grupos hegemônicos, aos quais o estado “serve” mudam com o correr dos anos, a partir de variações nas conjunturas políticas, alternando assim os interesses em jogo, na cena decisória do governo. Por outro lado, as necessidades em saúde são determinadas socialmente de acordo com as variações das situações econômicas, sociais e políticas. Este conjunto reunido, modifica as necessidades de assistência à saúde. Estes fatores todos, pressionam o estado para que este, faça movimentos diferenciados na edição de políticas para o setor.
4. Um outro componente se apresenta na arena das disputas de projetos para a saúde, que são os movimentos feitos por grupos sociais, “anti-hegemônicos” que por sua vez pressionam o estado para que adotem determinada política de saúde, de acordo com seus interesses. Aí se completa o jogo de forças que faz com que as políticas de saúde favoreçam ou não determinados agrupamentos e interesses.
5. Desse jogo de pressão e disputas cria-se uma dada “correlação de forças” que define a política de saúde, muitas vezes na forma de um amálgama, combinando interesses diversificados.

Assim, os fatores relacionados à formação e desenvolvimento das sociedades, ao desenvolvimento econômico e ao jogo estabelecido entre diversos atores sociais e políticos, que articulam nas arenas decisórias, seus interesses e projetos específicos, determinam em grande medida as políticas de saúde. “Portanto, para estudar a Saúde Pública como política social deve-se tentar desvendar tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período em estudo, quanto o modo próprio como, no campo das ações de saúde coletiva,

constituem-se forças sociais que, nas suas lutas, delineiam as opções políticas”. (Merhy, 1992:36)

O que se pretende a seguir é analisar a proposta do PSF, em primeiro lugar, buscando reconstituir na história as referências teóricas e organizacionais sobre as quais o Programa se constituiu como estratégia para a mudança do modelo assistencial. Esta é a grande discussão ou seja, o modelo de assistência se forma a partir de que parâmetros? Assim as análises que se seguem, procuram identificar na história propostas similares comparando o PSF, a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, tentando conjugar uma análise que interroga estas propostas de mudanças: Estes são modelos assistenciais que se colocaram contra o Modelo Médico Hegemônico? São potentes para mudar o modelo assistencial?

Os modelos assistenciais para a saúde, têm fortes determinações que devem ser analisadas para perceber o quanto uma proposta tem potência real para romper com velhos dogmas e tradições das práticas em saúde inaugurando um novo tempo.

As variações econômicas como determinantes de modelos tecnoassistenciais para a saúde.

Nas sociedades capitalistas, o desenvolvimento das políticas sociais e particularmente da saúde, está sujeito as variações da conjuntura econômica, como já indicamos. Não é bastante dizer que o desenvolvimento do capitalismo como de resto da sociedade não se dá de forma linear. A própria formação e desenvolvimento da economia capitalista, baseada na apropriação privada da produção dos bens, na concorrência mercantil, na incorporação tecnológica não planejada, no excedente de força de trabalho, que são os “motores” para a obtenção de cada vez maiores taxas de mais valia e de lucro, não permitem a planificação da vida em sociedade e todas as atividades necessárias ao bem estar da humanidade.

Notadamente a história do capitalismo industrial neste século, registra duas grandes crises recessivas. A primeira e mais notória delas, na década de 30 e a outra na década de 70. Nota-se que após estas crises, caracterizadas pela recessão econômica, houve períodos

de crescimento econômico acelerado, construído sobre uma nova base tecnológica. A análise econômica propriamente dita não será aqui discutida, mas o registro das crises do capitalismo é importante, para a análise que se pretende fazer a seguir, de como os modelos assistenciais em saúde acompanham, em certa medida estas crises, alterando-se como respostas dos governos a estas conjunturas específicas.

O setor saúde, como segmento produtivo, inserido no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive os mesmos processos dos outros setores de produção, no contexto macroeconômico, ou seja, o processo de acumulação de capital, que tem um de seus pilares no desenvolvimento tecnológico, influencia a dinâmica da oferta de serviços no setor saúde. Por exemplo, a grande oferta de inovações apresentadas nas áreas diagnósticas e terapêuticas alavancam o desenvolvimento do capital no setor saúde e na economia de modo geral. É notório que o avanço tecnológico observado na indústria de equipamentos biomédicos e de medicamentos, neste século, criou um próspero mercado. A oferta de serviços nesta área, pressiona para a constituição de um senso comum, voltado à idéia de que saúde é um bem de consumo. Por outro lado, isto vive uma tensão com o fato de que no plano dos usuários em geral, a saúde é um bem de uso, onde a utilização das diversas tecnologias também são reguladas pelas suas necessidades, constituídas de modo sócio-histórico, que penetram os processos produtivos em saúde, expressos na produção do cuidado, determinando a estas a perseguição de finalidades muitas vezes paradoxais. Pois, muito do uso destas tecnologias, mantém-se definido pela dinâmica de acumulação de capital. (Campos, 1992, 1994; Merhy, 1998)

O processo de produção de saúde portanto, está incorporado ao desenvolvimento do capital e por conseqüência atende à geração e acumulação de riquezas. Donnangelo discute esta questão, considerando a sociedade dividida em classes sociais, onde o estado reproduz os interesses do grupo hegemônico, sendo co-participante no seu âmbito específico, dos processos de acumulação do capital. Descrevendo a incorporação pelo estado das práticas médicas na Alemanha no séc. XIX, relata: “Remetendo estruturalmente ao econômico, através do sentido que adquire o reforço do poder estatal para a acumulação original do capital, essa modalidade particular de redefinição da medicina (medicina estatal) permite portanto que se identifique a sua incorporação ao processo mais geral que reorganiza os

elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. (...) Através de sucessivas alterações de seu campo de saber, de seus meios de trabalho, de seus alvos programáticos, de uma atuação mediata ou imediata sobre essa força de trabalho redefinida, participará progressivamente do novo modo de acumulação peculiar à sociedade mercantil capitalista.” (Donnangelo; 1976:51-52).

Através da leitura do desenvolvimento econômico da sociedade, pode-se decifrar os caminhos e descaminhos da saúde pública, com foco em três períodos: O pós-guerra, momento posterior a uma grave crise estrutural da economia mundial. Nos anos 70, que registra uma grave recessão mundial a partir de 1974, gerando crise fiscal nos diversos países e conseqüentemente uma conjuntura econômica adversa para investimentos, especialmente os sociais. Estes momentos coincidem com o desenvolvimento da Medicina Comunitária, décadas de 50/60; a Conferência de Alma Ata (1978) que discute os “Cuidados Primários em Saúde”, redefinindo o paradigma da assistência à saúde. Já, nos anos 90, vive-se as repercussões de uma reestruturação produtiva no mundo inteiro, a partir de uma nova base tecnológica, capaz de aumentar extraordinariamente os ganhos do capital. Mas, ao mesmo tempo em que se verifica uma conjuntura marcada pela expansão do capitalismo nos países desenvolvidos, os grupos hegemônicos adotam a ortodoxia neoliberal e implementam uma nova configuração ao estado, busca uma formação mínima para a sua constituição. E, com isso, ordenar um estado que deve se ocupar apenas das questões que lhes são exclusivamente próprios, como por exemplo o aparato da justiça, as questões de segurança e a força policial e militar; e do governo, deixando que a economia e a oferta de serviços, inclusive os de saúde, sejam regulados pelo mercado. A entrada do estado nestes terrenos só deveria ser feito por complementação. O que se pretende a seguir, é discutir cada período econômico destes, procurando identificar os grandes eixos das políticas de saúde adotadas em cada um, e as similaridades e vinculações das respectivas propostas governamentais com os momentos econômico e político particulares.

Como se perfilam os Modelos Tecnoassistenciais para a saúde.

A configuração dos modelos assistenciais para a saúde, são definidos “...pela organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais...” (Merhy et al; 1991:84 apud Silva Jr.; 1998). Campos descreve que “...É possível a identificação concreta de diferentes modos ou forma de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social” (Campos, 1992:38). Podemos dizer que se encontram para a organização dos serviços de saúde, o campo específico referente à tecnologia utilizada na assistência e por outro lado, a esfera social, econômica e política, articulada muitas vezes, fora do campo sanitário específico, em uma lógica que é própria do desenvolvimento econômico da sociedade e suas implicações nas formações sociais e interferência no jogo da política.

Partindo da análise sobre a natureza das sociedades capitalistas e suas interferências na modelagem dos serviços de saúde, Donnangelo avalia que as práticas em saúde obedecem a uma lógica, determinada pelos interesses do capital, qual seja, a de reprodução da força de trabalho. Mesmo parecendo paradoxal, o que não é, a “sociedade do capital” é mantida intrinsecamente pela “sociedade do trabalho” e conta principalmente com o labor de homens e mulheres para atingir seus objetivos. Neste sentido, o corpo do trabalhador tem um valor importante, dado pelo capital, como insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços. Cuidar deste valoroso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo. “O corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete à idéia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos ‘socialmente necessários’, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se”. A força de trabalho expressa através do corpo sadio, é recurso fundamental à produção e à acumulação

do capital. Recebe determinada atenção do sistema de saúde, com objetivos vinculados “à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica”. (Donnangelo; 1976 : 25-26)

Por outro lado, é necessário considerar que há, simultâneo aos interesses do capital, a formação de uma consciência política entre as camadas mais empobrecidas da sociedade, que cria a necessidade destas adquirirem a assistência à saúde, muitas vezes negada face às políticas de exclusão social próprias do tipo de organização social e distribuição desigual dos serviços, inerentes ao estado capitalista. A sociedade civil portanto, quando insatisfeita com os recursos que não dispõe para a garantia das suas necessidades básicas, organiza-se e tensiona o estado para a obtenção do direito ao acesso à assistência. Este é o outro lado da questão, onde sujeitos coletivos se colocam em cena na discussão e pressão sobre o estado, para organização de serviços e obtenção do seu direito à saúde. Donnangelo discute a questão, ao se referir ao antagonismo de classe frente à desigual distribuição e consumo de bens e serviços: “os interesses manifestos por diferentes frações de classe através das exigências de elevação do consumo pelo aumento da renda-salário ou do acesso a bens e de serviços proporcionados diretamente por instituições ‘privadas’ ou ‘estatais’ dizem respeito, no plano imediato, a essa ordem de conflitos considerados como secundária, e o seu preciso significado político só pode ser apreendido no plano concreto das relações sociais”. (Donnangelo; 1976 : 45).

Quando se pensa que saúde é um direito que deve ser outorgado à população, consideramos naturalmente que esta responsabilização deve recair sobre o estado, enquanto a entidade que teria essa missão, a de oferecer ao cidadão condições para o exercício pleno da sua vida, especialmente naquilo que lhe é mais essencial, a saúde e o acesso aos seus serviços. No entanto, a definição das funções de estado é bem mais genérica. De acordo Norberto Bobbio, “... É possível distinguir quatro funções fundamentais entre as desempenhadas pelo Estado contemporâneo: a) criação das condições materiais genéricas da produção (infra-estrutura); b) determinação e salvaguarda do sistema geral das leis que compreendem as relações dos sujeitos jurídicos na sociedade capitalista; c) regulamentação dos conflitos entre trabalho assalariado e capital; d) segurança e expansão do capital nacional total no mercado capitalista mundial. (Bobbio et al; 1995:404). Podemos

considerar que o estado pode agir no sentido de garantir os direitos essenciais à vida da pessoa humana, como o Welfare State, ou definir a saúde, entre outros, como serviços a serem regulados pelo mercado, e portanto, com acesso restrito, como é no estado Neoliberal. O tipo de estado e suas funções está ligado aos interesses hegemônicos que comandam o núcleo central de poder instituído em determinada sociedade.

Como num desaguadouro, o estado recebe as torrentes de interesses variados, que refletem as posições dos diversos grupos na sociedade. A esfera institucional é por excelência, uma grande arena onde atores políticos disputam seus projetos, no sentido de influir na definição das políticas de saúde. Na sociedade de classes, o mundo das coisas e das pessoas está inexoravelmente dividido entre os interesses próprios daqueles que pensam a saúde como uma fonte a mais de acumulação de capital e portanto, deve ser ofertada de acordo com as normas do mercado, e os outros que pensam a saúde como um direito de cidadania, e deve estar regulada pelo estado, e os seus serviços ofertados universalmente. A política de saúde é produto desse jogo de forças e assim, pode ser neoliberal, pública e gratuita ou um misto que pode assumir muitas formas, entre estas duas polares. O perfil do modelo de assistência será definido por quem - ou “quens” - detiver o poder para hegemonizar este processo. Se de um lado os modelos de assistência são definidos por pressão de grupos políticos, por outro são formatados também com recursos próprios inscritos no universo tecnológico operado pelos trabalhadores na produção de serviços, visto que estes, têm uma grande autonomia no modo de trabalhar a assistência e por si, definem em grande medida o seu perfil.

Modelos assistenciais universalizantes, nem sempre significam um comportamento altruísta por parte dos governos e dos segmentos hegemônicos da sociedade. Vinculam-se em grande medida aos interesses do capital, na reprodução da força de trabalho e em aliviar pressões que vêm da sociedade, especialmente das camadas mais empobrecidas, que reivindicam de modo geral a garantia do acesso à assistência à saúde.

Se de um lado, os fatores sociais, econômicos e políticos, definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços, a partir de um lugar próprio referente aos aspectos da macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial é dado

pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, através dos quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde.

O trabalho em saúde traz como componente importante, o fato de que neste setor o trabalho humano, vivo em ato, é fundamental e insubstituível, com raras exceções como nas atividades mais estruturadas dos laboratórios de exames, por exemplo. O trabalho ocorre em relações que são estabelecidas entre os indivíduos trabalhadores, e entre estes e os usuários. Estas relações, produzem serviços que são consumidos no mesmo momento da sua produção, caracterizando o ato de saúde como um produto que ao ser consumido, expõe tensionalmente o seu sentido de produto de consumo em si, com o sentido de valor de uso que a saúde tem como finalidade perseguida pelo usuário. O “autogoverno” do trabalhador de saúde, sobre o modo de fazer a assistência, muitas vezes, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças, capazes de detonar processos instituintes frente à organização de serviços de saúde (Merhy, 1997). Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão destes trabalhadores ao novo projeto. É preciso consensuar formas de se trabalhar, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente.

O desenvolvimento do modelo médico hegemônico ou “procedimento-centrado”.

O crescimento econômico verificado no pós-guerra, proporcionado por elevados ganhos de produtividade, graças ao avanço tecnológico da indústria, criou um ambiente econômico favorável a novos investimentos, o que possibilitou em diversos países, especialmente os mais desenvolvidos, financiarem a implantação de políticas sociais amplas, particularmente na Europa. Verifica-se outrossim, a configuração de um ambiente político favorável, após a vitória do Partido Trabalhista inglês nas eleições em 1945, demarcando uma opção clara pelo modelo keynesiano de estado a ser implantado na Inglaterra. Generaliza-se na Europa a idéia do “Estado de Bem Estar Social” em contrapartida ao “Estado Neoliberal”, proposto já naquela época pelo inglês Friedrich von

Hayek através do seu notório livro “O Caminho da Servidão”, publicado em 1944, considerado o texto fundante da proposta neoliberal.⁶ Contribui naquela direção a existência de movimentos sociais que reivindicavam políticas públicas, voltadas à garantia de direitos mínimos essenciais à população, entre estes, a saúde.

Neste contexto, foram criados na área da saúde sistemas estatais, universalizantes, sob o conceito de que saúde é um direito social inalienável ao ser humano e que deve ser garantido pelo estado. Os governos assumiram, portanto, a responsabilidade em relação ao financiamento dos serviços de saúde, sejam eles preventivos ou curativos, dando-lhes caráter público.

O financiamento dos serviços de saúde, contava com recursos fáceis, como já foi dito, mas sofria a adversidade de um modelo tecnoassistencial hegemônico, de características medicocêntrica e hospitalocêntrica, capaz de encarecer extraordinariamente os custos da assistência à saúde. Este modelo, chamado “Médico Hegemônico”, desenvolve-se a partir de recursos que são disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado, equipamentos/máquinas e fármacos, seguindo a trilha do extraordinário desenvolvimento tecnológico nestas áreas. A dinâmica capitalista na saúde, é a mesma no campo econômico geral e assim, um sistema de saúde centrado em procedimentos, corrobora com os processos de acumulação do capital, ou seja, a dinâmica de produção de serviços é estruturada e comandada por interesses desta ordem. Portanto, a título de sintetizarmos os fundamentos desse modelo, verificamos que o mesmo é determinado pelo seguinte:

1. “... Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; estímulo à especialização médica”; (Silva Jr.; 1997:44-45). Este modelo, foi criado a partir do relatório Flexner, (EUA; 1910), que mudou o curriculum das escolas de medicina conduzindo a uma super especialização da prática médica.

⁶ Ver Franco, T.B.; As Organizações Sociais e o SUS; em html no site da Conferência Nacional de Saúde on line; www.datasus.gov.br; 1998.

2. Associado ao conhecimento especializado, interpôs-se uma crescente indústria de equipamentos biomédicos, que colocaram disponíveis no mercado médico inúmeras “maquinárias”, elevando consideravelmente os custos com a assistência à saúde.
3. Por outro lado, mas no mesmo caminho do avanço tecnológico, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais.

Podemos definir este modelo assistencial, como “procedimento-centrado”. Isto é, um modelo onde o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde se confunde portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade. “Supomos que este processo (a intervenção no problema de saúde) 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 de o 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-centrada e não usuário-centrada” (Merhy; 1998:105). Estas ações custosas por natureza, foram substituindo ao longo do tempo as ações relacionais, que poderiam estar centradas, por exemplo, na ação acolhedora e no vínculo com o usuário, comprometidos com a busca do cuidado a saúde e da cura, como finalidade última de um trabalho em saúde, que se pauta pela defesa da vida individual e coletiva.

O desenvolvimento da medicina comunitária.

Mas o modelo médico hegemônico, não estava sozinho no mundo quando da realização dos debates em torno da organização dos serviços de saúde, após a década de 40. Uma nova idéia de organização de serviços de saúde ganhava forma, a partir das reflexões do médico inglês Bertrand Dawson que já em 1920 se colocou em oposição ao modelo flexneriano, propondo que os serviços de saúde fossem “responsáveis pelas ações

preventivas e terapêuticas, a regionalização da sua estrutura, médicos generalistas, capazes de cuidar dos indivíduos e às comunidades” (Silva Jr.; 1998:54). Estas propostas se difundiram pelo mundo, partindo dos centros formuladores de políticas de saúde, como a Universidade Johns Hopkins e a Fundação Rockefeller nos EUA.

Seguindo estes caminhos, desenvolveu-se a partir dos anos 60 nos E.U.A. a proposta da Medicina Comunitária, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso aos mesmos, de amplas camadas da população. “Foram implantados como parte da chamada ‘guerra à pobreza’, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época”. (Silva Jr.; 1998:57).

De acordo com Silva Jr., a Medicina Comunitária se estrutura a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando portanto as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto a estrutura, organizam o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando o nível primário as ações de menor complexidade (sic.) a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade. Propõe uma revisão da tecnologia utilizada na assistência à saúde, a inclusão de práticas alternativas, “acadêmicas e populares”, de medicina e reestrutura o trabalho, inserindo outros profissionais, não médicos, na função assistencial.

Já Donnangelo diz que é uma “resposta à inadequação da prática médica para atender as necessidades de saúde das populações, necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social. Mas, localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos”. A autora denuncia que “os programas de Medicina Comunitária norte-americana ... não incluíram tampouco qualquer inovação significativa no processo de

trabalho que não se encontrasse já de forma mais marcada em outros tipos de estrutura de atenção médica”. (Donnangelo; 1976 : 86-91).

Esta última anotação de Donnangelo, aponta o que talvez seja o principal problema verificado na Medicina Comunitária, o fato de que, mesmo incorporando novas práticas preventivas, à assistência a saúde, mesmo voltada para a comunidade e propondo o trabalho em equipes multiprofissionais, o processo de trabalho continua centrado no médico e nas suas tecnologias próprias. Isto significa que a assistência continua se utilizando dos recursos inscritos na maquinaria e medicamentos, nas “tecnologias duras”⁷. Silva Jr. relata que a Medicina Comunitária “surge como uma prática complementar à medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina; essa proposta é mais uma opção de acumulação de capitais, oriundos do Estado pela indústria da saúde”. E, pelo fato de estender a assistência médica a amplas camadas da população, até então excluídas do acesso à saúde, acaba por favorecer “a acumulação de capital na indústria de saúde, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de ‘produtos médicos’ ”. (Silva Jr.; 1998:57-60). O que parece ser o grande problema verificado na época, os altos custos referentes à atenção médica, não é resolvido pela Medicina Comunitária, porque esta ao oferecer uma opção alternativa à configuração do modelo assistencial, não consegue se contrapor aos núcleos filosófico e operacional do Modelo Médico Hegemônico, que é o processo de trabalho do médico fundado na ideologia flexneriana. Sua incapacidade em alterar os atos do cotidiano, os quais determina em grande medida o modo de se produzir saúde, coloca em questão a proposta da Medicina Comunitária e sua potência para alterar a lógica procedimento-médicocentrada, do modelo assistencial.

Os anos 70 e a consolidação de um novo paradigma para os serviços de saúde.

⁷ Classificamos as tecnologias de trabalho em saúde, conforme Merhy, em três tipos: Tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos; Tecnologias leveduras, as presentes no conhecimento técnico estruturado e Tecnologias leves, as chamadas tecnologias das relações, sendo que estas últimas, ele propõe, devem determinar a produção de serviços de saúde. Ver Merhy “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte; Xamã Ed.; Belo Horizonte, 1998.

A década de 70 traz novas surpresas ao mundo econômico. A forte crise estrutural do capitalismo, desencadeia uma recessão generalizada, a primeira desde o período que antecedeu a II Guerra Mundial e golpeia de uma só vez, todos os grandes países desenvolvidos. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE demonstram que entre 1973 e 1975, a produção industrial nos países desenvolvidos caíram em média 10 a 15% (Mandel; 1990:15). Caracteriza-se assim uma nova etapa da economia mundial, com uma ruptura do ciclo desenvolvimentista conhecido no período pós guerra, impulsionado pelo movimento ascendente do desenvolvimento capitalista, a partir de novas bases tecnológicas que possibilitaram ganhos em produtividade e uma maior taxa de acumulação do capital.

A resultante imediata da crise dos anos 70, é a redução da arrecadação fiscal dos estados, e conseqüentemente a prevalecente dificuldade dos países em financiarem o seu desenvolvimento. Este quadro, leva a que os gastos com as políticas sociais, implantadas no período anterior, entre elas, a de saúde, passassem a ser foco da atenção dos governos. Estes começaram a avaliar os resultados dos serviços de saúde em relação aos seus próprios gastos. Esta avaliação resultou na identificação de que “os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior (a 1965) e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado” (Almeida; 1997:185).

Os crescentes custos nos serviços de saúde tornam-se perenes, em função da manutenção da hegemonia do modelo assistencial centrado no saber e atos médicos, procedimentos-centradas. E a isto, o novo modelo proposto, da Medicina Comunitária não havia dado uma resposta eficiente. Na década de 70 “os serviços médicos absorviam em média 7,5% do PIB (mais de 12% nos EUA) e o montante público desse gasto totalizava em muitos países cerca de 76% (5,5% do PIB), além de que a inflação médica manteve-se mais alta que os valores da economia em geral, na maioria dos países nas últimas décadas (Schieber & Poullier apud Almeida; 1997:184).

Aos novos e grandiosos custos da assistência à saúde, agregam-se na análise da situação vivida na década de 70, o fato de que a assistência à saúde é parte integrante dos

programas sociais oferecidos à população pelo “estado de bem estar social keynesiano”, expandido no pós-guerra, e portanto, conta principalmente com financiamentos públicos para sua manutenção. Constitui-se assim, na esfera estatal uma arena de disputas dos recursos do estado, configurando cenários de intensos conflitos de interesses.

Por outro lado, mantêm-se presente na conjuntura, uma certa tensão sobre o estado, para a manutenção das políticas públicas, conquistadas no âmbito do Welfare State. Esta pressão é exercida pelo ascendente movimento social, presente especialmente nos países em desenvolvimento. Na década de 70, portanto, os governos passaram a viver com a seguinte contradição: de um lado, com um crescente déficit público, resultado da crise econômica recessiva, que reduziu sua capacidade de financiamento, com repercussões na menor possibilidade de manutenção das políticas sociais. De outro, sofrem com a majoração dos já custosos serviços de saúde, que se utilizam principalmente da nova base tecnológica inscrita na maquinaria, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado, para operar a assistência. Ao mesmo tempo, estes governos têm de dar respostas ao crescente aumento da pobreza, que em períodos de crise, aumentam a demanda para os serviços de saúde pública. Saúde, no contexto de grandes crises, transforma-se em um dos grandes problemas vividos pela maioria da população, resultantes da má distribuição de renda, do desemprego, arrocho salarial, ingredientes de políticas exercidas pelos estados, em ocasião de conjunturas econômicas recessivas.

O desafio que se colocava, para os dirigentes políticos, na época, era o de ter que dar uma resposta à política sanitária pressionados por um cenário econômico adverso, ou seja, seria necessário atuar entre a vontade racionalizadora economicista dos governos e a pressão “dos de baixo” pela manutenção dos programas sociais. A proposta da Medicina Comunitária encontrava-se em um estágio de estagnação, quando a Organização Mundial de Saúde convoca a Conferência Internacional de Alma Ata, que se realiza em 1978, com o tema central de “Cuidados Primários em Saúde”.

Alma Ata revive as propostas da Medicina Comunitária, em novas bases e de forma mais bem acabada, propõe um novo paradigma para a assistência à saúde. Esta proposta é sistematizada na “Declaração de Alma Ata”.

A Declaração de Alma Ata.

Diante de um quadro de grande adversidade econômica e social, a Organização Mundial de Saúde reuniu representações de 144 países, por ocasião da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata (URSS), 1978.

A Declaração saída da Conferência, abre com o reconhecimento da enorme desigualdade social existente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, diz assim o texto:

“O desenvolvimento econômico e social, fundado sobre uma nova ordem econômica internacional, está revestido de uma importância fundamental, se vier dar a todos o nível de saúde o mais elevado possível e combater o fosso que separa no plano sanitário os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos. A promoção e a proteção da saúde dos povos são a condição sine qua non de um progresso econômico e social, ao mesmo tempo que elas contribuem para uma melhor qualidade de vida e à paz mundial”.⁸

Articulado a este argumento, a declaração de Alma Ata propõe os “cuidados primários de saúde” como a grande saída para os problemas do setor, entendendo-os como “essenciais, fundados sobre os métodos e uma tecnologia prática, cientificamente viável e socialmente aceitável, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias da comunidade...”⁹

Continuando no texto de Alma Ata, a declaração caracteriza especificamente os cuidados primários de saúde.

“Os cuidados primários de saúde compreendem no mínimo: uma educação concernente aos problemas de saúde que se colocam, assim como os métodos de prevenção e de luta que lhes são aplicáveis, a promoção de boas condições alimentares e nutricionais,

⁸ La Declaration D'Alma-Ata; Organisation Mondiale de la Santé; 12 septembre 1978, pág. 1.

⁹ Idem; ibidem.

um abastecimento suficiente de água saudável, medidas de saneamento básico, a proteção materna e infantil, incluído o planejamento familiar, a vacinação contra as grandes doenças infecciosas, a prevenção e o controle de endemias locais, o tratamento das doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais”.¹⁰

Assim como a Medicina Comunitária, as propostas surgidas da Conferência, partem de uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde, pretendendo responder aos investimentos necessários à assistência, com menores custos possíveis. Este cálculo é baseado em grande medida por uma determinada conjuntura de recessão econômica vivida pelo capitalismo. A lógica pensada, é a de que os estados não mais teriam recursos suficientes para continuar financiando os sistemas de saúde. Seria necessário então, articular uma proposta minimamente eficiente, de baixo custo, e capaz de ganhar a adesão entre os diversos segmentos da sociedade, contemplando amplas camadas da população com ações básicas de assistência em saúde.

O documento assume o conceito de saúde adotado pela OMS: "... saúde - estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ...".

Entende que o processo saúde/doença encontra-se numa situação de equilíbrio dinâmico, que pode ser alterado pelas ações de saúde, numa direção que jogue a balança para o polo saúde, e assim categoriza o conjunto daquelas ações conforme o papel de promotor, protetor ou de recuperador da saúde, segundo o momento que intervém no processo histórico do binômio.

E, partindo deste ponto, supondo a lógica interna do fenômeno saúde/doença, da perspectiva da História Natural da Doença, visualiza nos cuidados primários de saúde a base de seu modelo de ação.

"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis ... Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde ... do qual constituem a função central e o foco principal ... representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde ..." .

¹⁰ La Declaration D'Alma-Ata; Organisation Mondiale de la Santé; 12 septembre 1978, pág. 2.

Estes cuidados fazem parte de uma estrutura mais ampla que formaria o Sistema Nacional de Saúde e que segue um modelo ideal de organização, no qual estão localizadas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir de alguns princípios básicos de ordenação.

"Integram um sistema de saúde componentes deste e de outros setores, cuja interação contribui para a saúde. Subdivide-se o sistema em diversos níveis, o primeiro dos quais é o ponto de contato entre o indivíduo e os serviços, vale dizer, o ponto em que são dispensados os cuidados primários de saúde. A prestação de serviços, embora varie de uma nação e de uma comunidade para outra, incluirá pelo menos: promoção da nutrição apropriada e provisão adequada de água de boa qualidade, saneamento básico; atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns. Os demais níveis do sistema de saúde prestam serviços mais especializados cuja complexidade aumenta na razão direta de sua maior centralização".

De posse destes parâmetros, organiza-se um modelo de serviços de saúde baseado numa idéia de correspondência linear e seqüencial entre as ações de saúde e a História Natural das Doenças; supondo-se que as ações podem ir do momento inicial do processo histórico natural até o final seguindo uma estruturação da ação mais simples à mais complexa.

A isto, estariam ligadas, seqüencialmente, a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Fica claro na proposta, a inscrição do ideário preventivista, como uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos, de baixo custo. Como os movimentos de reforma sanitária da época, se utilizam principalmente da razão instrumental inscrita da epidemiologia / vigilância à saúde para arquitetar suas propostas reformadoras, a resolução saída da Conferência de Alma Ata penetra desta forma no imaginário coletivo dos diversos segmentos reformistas e ganha adesão junto a setores de serviços e formuladores de políticas de saúde, em muitos lugares do planeta. Corrobora com isto o fato de que as idéias

impressas pela Conferência, aparentemente contradizem o ideário flexneriano da superespecialização, como recurso fundamental no cuidado à saúde é refratária ao entendimento de que o hospital seja o centro do sistema de saúde e aposta no trabalho em equipe como alternativa ao trabalho medicocentrado.

No entanto, esta proposta se mostra insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde, tal como estes se colocam no espaço social e no espaço singular do corpo, não consegue portanto, contrariar no fundamental os interesses das grandes corporações econômicas da área de equipamentos biomédicos. Isto ocorre pelo fato de que a resolução saída de Alma Ata não propõe alterar a micropolítica do processo de trabalho médico, no que diz respeito aos atos do cotidiano. Suas propostas não se mostram potentes para alterar o modelo assistencial. A lógica da produção de serviços de saúde, prossegue utilizando principalmente de tecnologias inscritas no “trabalho morto” para a realização da assistência, operando a partir da lógica instituída, mas operando com uma hierarquização de tecnologias “duras” pela lógica central da eficiência, visando em última instância uma diminuição dos custos dos sistemas de saúde. Inverter esta situação, significa inclusive acionar as potências das tecnologias presentes no “trabalho vivo em ato”¹¹, como as mais apropriadas para intervir nos diversos fazeres, armando dispositivos instituintes para a transformação dos serviços de saúde rumo a um modelo usuário-centrado, sem negar acessibilidade aos usuários as tecnologias mais custosas se necessárias.

Fica claro, portanto, que a adesão aos “Cuidados Primários em Saúde”, como proposto pela Conferência, se filia a uma concepção de que ao modificar a estrutura, os recursos em jogo e seus formatos, se modifica por consequência os modelos assistenciais e suas micropolíticas instituintes. No entanto, a realidade tem sido cruel ao demonstrar que muito além destas prerrogativas, é necessário um conteúdo novo, substantivo, que penetra de forma aguda nos valores e comportamentos presentes junto aos profissionais de saúde, especialmente do médico.

Os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário

¹¹ Ver Merhy E.E. “Em busca do tempo perdido - a micropolítica do trabalho vivo em saúde” in Merhy & Onocko (orgs.) Agir em Saúde - um desafio para o público; HUCITEC; São Paulo; 1997.

constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido pôr valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Portanto, para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde. O novo modelo, é pôr nós entendido a partir das diretrizes do Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Autonomização. Entendemos o Acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários. O Vínculo se baseia no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. Autonomização significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para “viver a vida”. Este novo formato da organização da assistência à saúde se dá a partir da reorganização dos processos de trabalho.

O que se tem verificado em serviços que mudaram seus modelos de assistência nesta direção¹², é o fato de que isto se deu a partir de diretrizes das Secretarias de Saúde, que possibilitaram a cada profissional inaugurarem novas práticas, a partir dos seus micro espaços de trabalho e poder. Conseguem assim, pôr si, mudar o perfil de um estabelecimento de saúde e desta forma podem ir gradativamente modificando uma rede de serviços, como em efeito dominó. Foi fundamental neste processo, o uso de dispositivos que foram capazes de disparar processos novos na organização do trabalho e da produção de saúde, tais como a valorização da clínica, restabelecendo seu lugar na necessária atenção específica ao usuário portador de problemas de saúde; a dinâmica de trabalho definida pôr equipe multiprofissional e a incorporação dos trabalhadores no processo de

¹² Ver: Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. “O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim/MG”; Cadernos de Saúde Pública; Nº 15; ENSP; Rio de Janeiro ; junho-1999.

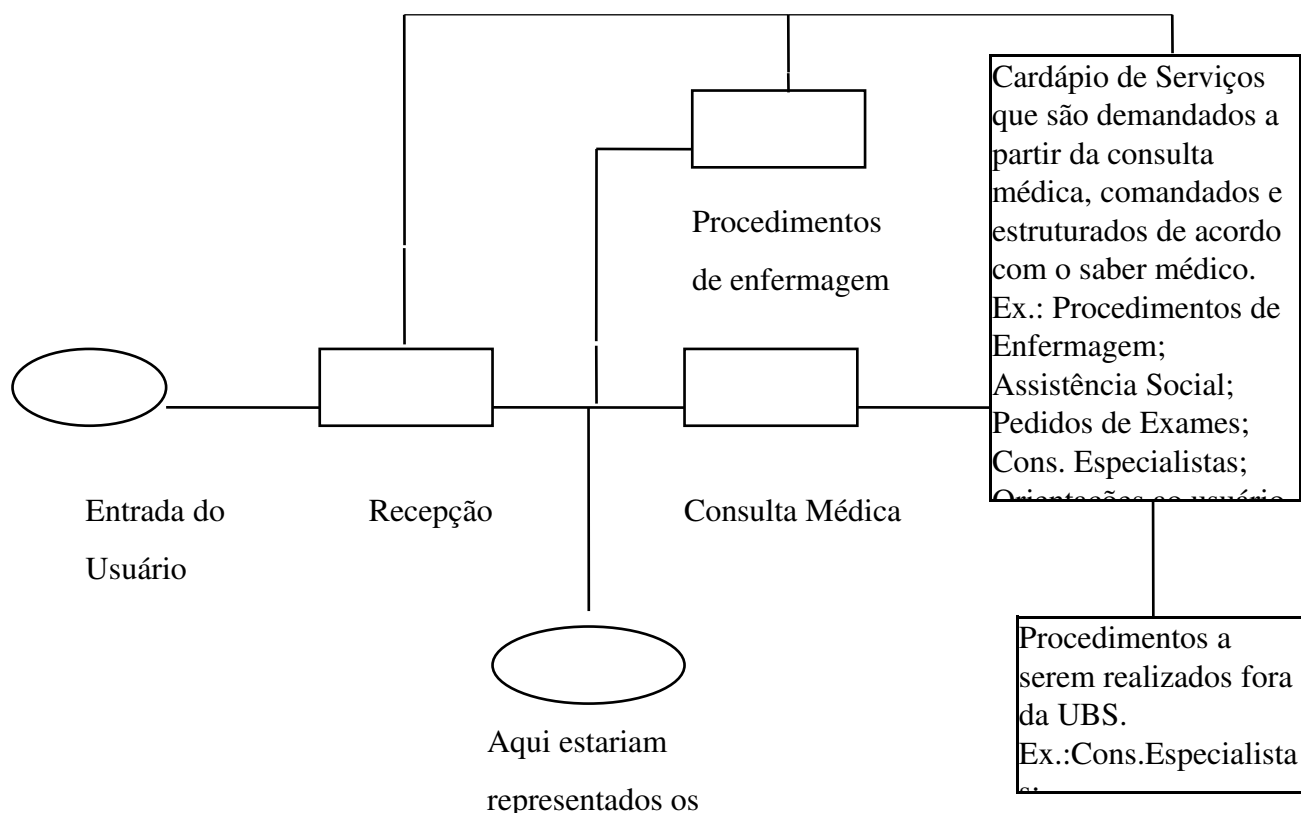
gestão da Unidade. Alguns municípios que implantaram o Acolhimento, o fizeram organizando as chamadas “equipes de acolhimento” para recepcionarem os usuários, sendo que esta recepção se dava através de uma escuta qualificada do problema de saúde que este era portador, de forma singular. A equipe pôr sua vez atendia a demanda e estabelecia o fluxo dos usuários, através de conversas tidas entre os trabalhadores que dela participavam. Diferentemente do processo de trabalho centrado no médico, onde é este que estabelece e comanda demandas a partir de seu próprio conhecimento, como será demonstrado a seguir. Com o Vínculo, o Acolhimento da população adscrita a uma certa equipe de referência passa a ser feito pôr esta que passa a “cuidar” destes usuários, a partir de conhecimentos e fazeres multiprofissionais.

O que se verifica é que as propostas da Medicina Comunitária e posteriormente a Resolução de Alma Ata que preconiza os “Cuidados Primários em Saúde”, embora tenham recebido o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, não conseguiram alterar o quadro na prestação de serviços, naquilo que consideramos fundamental, a ruptura com o processo de trabalho centrado no médico e na produção de procedimentos. Operando a partir de diretrizes centradas na vigilância à saúde, estas propostas (Medicina Comunitária, MC; e Cuidados Primários em Saúde, CPS) não deram real importância ao exercício da clínica, como campo de conhecimento e práticas que têm seu importante lugar no conjunto de tecnologias usadas na produção de saúde. Isto deixou que a assistência singular, voltada à necessária atividade curativa, continuasse operando como se os problemas dos usuários fossem satisfeitos a partir do número de procedimentos que se produzia em função de cada atendimento. Esta lógica, longe de produzir o cuidado, produziu divisões para as empresas fabricantes de equipamentos biomédicos, assim como também para a indústria de medicamentos. A MC e CPS não conseguiram provocar uma ruptura do Modelo Médico Hegemônico e assim, operaram corroborando para a continuidade de uma situação que se perpetua e fortalece sobremaneira a acumulação de capital no setor da saúde.

Como não consegue ir ao centro do problema colocado à mudança do modelo assistencial, qual seja, o tipo hegemônico do processo de trabalho a partir do médico e suas tecnologias, a Declaração de Alma Ata fica presa ao núcleo epistemológico da epidemiologia / vigilância à saúde e articula sua proposta assistencial a partir desta matriz.

Cai na mesma armadilha da Medicina Comunitária, aprisionada pôr um ideal nos limites do preventivismo, investe muita energia na promoção e prevenção à saúde, sem alterar o perfil medicocentrado e procedimento-centrado do modelo assistencial. A Unidade de Saúde, nestes modelos, fica abandonada aos interesses das corporações que operam o MMH quase pôr inércia, dado ao grau de “aderência” ao processo de trabalho, que este modelo chegou. Para melhor visualizar esta questão, utilizamos um “fluxograma” para descrever e analisar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. De forma resumida, as etapas do processo de trabalho podem ser representadas pelo diagrama abaixo¹³:

Figura 1 - Fluxograma resumido de uma Unidade Básica de Saúde.



¹³ A partir das contribuições de Merhy, o fluxograma tem sido utilizado como ferramenta analisadora de processos de trabalho. O diagrama aqui descrito está baseado nos resultados obtidos com a aplicação do fluxograma em rede básica de saúde. Ver: Merhy, E.E. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde” in Merhy & Onocko; Agir em Saúde, Hucitec, S. Paulo, 1997.

usuários excluídos
do atendimento.

O que podemos verificar no caso é o fato da recepção atuar fazendo o fluxo dos usuários que chegam à Unidade Básica de Saúde, onde um certo número destes já são excluídos antes de entrarem, face a uma dada organização do processo de trabalho que não permite uma ação acolhedora na entrada da Unidade. Os que ingressam no serviço, têm dois caminhos a seguir. 1. A consulta médica, no limite da oferta que é administrada pôr fichas, de forma sumária e racionada. 2. Os procedimentos de enfermagem que são prescritos anteriormente pelo médico.

No modelo “médico procedimento centrado”, a consulta médica é o centro do trabalho desenvolvido na Unidade. A partir dela, é ofertado um “cardápio” de serviços a serem executados pelos outros profissionais. O processo de trabalho que se realiza pôr estes, são estruturados e comandados pelos saberes e atos do médico, ficando claro que os profissionais não médicos, não têm nenhuma autonomia para o trabalho assistencial, nem mesmo para exercerem o que lhes é facultado enquanto competência profissional. A hegemonia médica na determinação da produção de serviços de saúde, faz com que os “procedimentos” centralizem o campo tecnológico que responde às necessidades dos usuários.

Um outro problema verificado é o fato de que, os usuários que são referenciados a outros serviços, não têm garantido seu retorno ao mesmo profissional que lhe atendeu uma primeira vez. Falta vínculo e responsabilização nesta relação. Não há segurança portanto, quanto ao seguimento pelo mesmo profissional, dos usuários em tratamento.

O que propõe a MC e os CPS para as questões aqui levantadas? Não há uma resposta satisfatória. Como já foi mencionado, modelos assistenciais com base exclusiva na epidemiologia/vigilância à saúde não têm potência para mudar a lógica interna dos processos de trabalho e acabam ou pôr ingenuidade ou pôr ideologia perpetuando o atual modelo assistencial.

A Conferência de Alma Ata propõe que os serviços se organizem do mais básico ao mais elevado nível de complexidade, numa disposição hierárquica que reproduz a idéia da inicial ao final, do primário ao terciário. Um fluxo burocratizado, como vai se mostrar nos momentos seguintes.

O âmbito de organização das práticas técnicas em saúde, deve ser no nível governamental, que é entendido como permeável a uma proposta racionalizadora e, portanto, passível de absorver a perspectiva do planejamento como elemento estratégico na estruturação dos serviços de saúde, sem se propor a entender porque não se desenvolvem na prática, as políticas de saúde em comum acordo com o modelo.

Assim sendo, o modelo se constrói em cima de uma racionalidade abstrata baseada na teoria de sistema, supondo como seus princípios máximos:

1. a saúde como uma questão natural, e passível de ser mantida ou recuperada através de ações técnicas científicas de saúde,
2. as ações de saúde são fundamentalmente gerais como promotoras, específicas como protetoras e médicas como recuperadoras,
3. os serviços são organizações sistêmicas das ações técnicas de saúde, e passíveis de serem planejadas cientificamente,
4. os objetivos dos serviços são anistóricos e visam igualmente todas as pessoas, que como coleção formam as comunidades.

Enfim:

Dentre uma infinidade de análises que pode se fazer, a partir do que já foi dito a cada item, e do caráter conservador da proposta, o que nos chama a atenção desta Declaração é a sua fidelidade às bases de um certo iluminismo, onde se apregoa que o ato civilizatório é um processo contínuo marcado pelo progresso, num avanço paulatino e seguro da racionalização da natureza e da sociedade, e o quanto esta fidelidade responde a anseios conservadores e tragados pela história, mais pela barbárie que pela civilização.

Bem, o que isto traz de fundamental no todo desta reflexão?

Parece que pouca operatividade transformadora esta postura iluminista tem tido, pois o mundo real tem se mostrado profundamente não funcionalista, como este modelo desejaria que fosse.

Assim, a sua articulação enquanto política, ou rompe com suas bases racionalistas e sistêmicas, ou cai no mais puro conservadorismo, admitindo tudo que já existe como parte do futuro, precisando para o salto uma mera pitada de uma certa razão, dada por um planejamento integrativo, que "articule e organize as partes num Sistema".

Além do mais, o que significa adotar a visão de "não-contradição" e "equilíbrio" da História Natural da Doença?

Significa a situação de desenvolvimento da "funcionalidade do corpo", que é em última instância o "estar trabalhando", o que numa sociedade capitalista implica na valorização do capital e no estabelecimento do mundo da Força de Trabalho.

Implica no uso social do corpo como mera Força de Trabalho, onde a Assistência Médica, com seus modelos de intervenção, tem sido um dos grandes instrumentos de regulação e manutenção das suas condições funcionais.

A análise da proposta de Alma Ata tem sido objeto de várias análises que vão além do que até aqui foi realizado, porém cuja incorporação não faz sentido no corpo deste texto, porém remete-se ao texto "Alma Ata: qual é o jogo". (Merhy, 1986)

A crise do Welfare State e o modelo neoliberal para a saúde

A crise recessiva dos anos 70 e a conseqüente redução da capacidade de investimentos dos estados, frente a menor arrecadação fiscal, faz retomar a proposta neoliberal de organização do sistema econômico.

Os anos 80 e 90 são marcados por políticas de organização da economia e da sociedade, ordenadas pela idéia do estado mínimo, rompendo com a noção do estado de "bem estar social". O Projeto Neoliberal ganha força a partir de 1980, com o governo de Margareth Thacher na Inglaterra, expandindo-se para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, com o patrocínio dos organismos financeiros internacionais.

Um novo padrão de acumulação capitalista estava se desenvolvendo, já no fim da década de 70, mostrando-se potente para uma reorganização da economia capitalista nas décadas seguintes. Este processo tinha como diretriz: 1. Incorporação de nova tecnologia industrial, o que possibilitaria ganhos de produtividade e serviria como alavanca para uma reestruturação produtiva. 2. Rompimento das barreiras alfandegárias dos estados nacionais, com a criação dos mercados comuns e de forma gradual, a globalização de toda atividade industrial e mercantil, auxiliado pelos avanços da comunicação em escala planetária. 3. A redução da presença do estado nos negócios específicos ao mundo econômico, deixando ao mercado regular toda a economia, inclusive no que diz respeito à oferta de serviços à população.

Como um serviço público, que até então tinha na grande maioria dos países o estado como a fonte principal de financiamento, os serviços de saúde passaram a ser alvo das novas políticas de contenção, voltadas para sua regulação mercantil. Com uma visão parcial da realidade, ou mesmo porque não podiam contrariar interesses próprios do capital presente na “indústria da saúde”, os governos passaram a responsabilizar políticas universalizantes, pelos altos custos no setor. “... o acesso igualitário à atenção médica... passou a ser visto como uma das importantes causas do aumento do déficit público. Todo o instrumental da política de saúde, a partir de então, esteve voltado para o controle de custos e toda e qualquer avaliação programática continha esse viés”. (Almeida; 1997:185).

O que os donos do poder na época não conseguiam (ou não queriam?) avaliar, era que os altos custos dos sistemas de saúde, se davam, não pelo atendimento universal, nos casos dos países que aplicavam as políticas do estado de bem estar social, mas sim pelo modo como se produzia a atenção à saúde. O modelo, centrado no atendimento hospitalar e tendo o médico como produtor de procedimentos, resultava em baixa resolutividade e exorbitantes, e crescentes, custos operacionais. Reconhecer este fato, levaria a um confronto com os nobres interesses de grandes e poderosos grupos econômicos, que controlavam a indústria de alta tecnologia em diagnose e terapêutica. Este setor, dava notória contribuição a um certo tipo de desenvolvimento econômico e de acumulação de riquezas de inúmeros países, principalmente os chamados países desenvolvidos, que alimentavam o terceiro mundo com suas máquinas e fármacos.

Esta situação, torna-se mais grave devido ao fato de que a inflação própria do setor, frente aos gastos com saúde, encontra-se acima dos níveis da inflação geral, o que é descrito por André Cézár Médice, consultor do Banco Mundial, em estudo publicado em 1995 na revista do CEBES “Saúde em Debate”. Relata o autor: “Um dos fenômenos consensuais em economistas que têm estudado o setor saúde, ao nível mundial, é o caráter perene da sobre-inflação setorial. Em todos os países do mundo, onde há mensuração, os preços dos bens e serviços de saúde aumentam mais do que os índices gerais de preços. Tal fato decorre de uma série de fatores, tais como o uso crescente de tecnologia no setor, o qual não tem efeitos na redução da força de trabalho empregada; o envelhecimento da população e da urbanização, ambos aumentando o peso das doenças crônicas e dos traumas na estrutura da morbidade e mortalidade, a dificuldade de calcular adequadamente os riscos atuariais do setor, fazendo com que o peso dos seguros médicos seja crescente, e o aumento dos custos dos equipamentos, materiais e medicamentos em setores que, além de aplicarem alta tecnologia e repassarem seus custos de pesquisa e desenvolvimento aos preços dos produtos, são essencialmente monopolistas”. (Médici; 1995)

Uma das respostas do mundo oficial para esta questão, ou seja, a saúde pública, tem seguido o receituário do Banco Mundial., uma das principais referências internacionais dos países em desenvolvimento nas questões referentes ao financiamento público. Este banco paradoxalmente pelas suas normativas tem funcionado como um verdadeiro “ministério da saúde” dos países em desenvolvimento. Um destes exemplos são as diretrizes que foram dadas por este organismo no “Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 - Investindo em Saúde”.

Em instigante artigo publicado em 1996, na revista “Saúde em Debate”, Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, resume os objetivos do Banco Mundial como uma proposta que visa antes de tudo o ajuste econômico estrutural da década de 80, ao comentar a crítica de Laurell¹⁴ a este documento:

¹⁴ Cristina Laurell é professora investigadora de Medicina Social da Universidade Autônoma Metropolitana-Xochimilco; México.

“Laurell identifica três objetivos nesta proposta: 1. Situar a saúde principalmente no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; 2. Adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto público, incluindo a saúde; 3. Amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. A agenda do Banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil, devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reformas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguros aos consumidores; e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos. Define como prioridade máxima que os governos financiem pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais. Na determinação dos componentes do pacote de cada país, devem exercer forte influência as informações quanto ao quadro de incidência de doenças e a eficácia relativa, em termos de custos. A agenda se inscreve na ofensiva de recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, ou seja, sua remercantilização, que constitui um dos móveis do atual ataque ao Estado de bem-estar social em todo o mundo”. (Lima; 1996). *grifos meus.

Aplicar a agenda do Banco Mundial para a saúde, significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser garantido pelo estado. Esta proposta vai na contra corrente dos movimentos de reforma sanitária vividos em vários países, em particular no Brasil nos anos 70 e 80. De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento a criança. As ações de média e alta complexidade ficam portanto, ao cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo “consumidor”. É a proposta de racionalizar custos do estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde.

Chamado pejorativamente de “cesta básica”, o pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial, constrói-se a partir de certas simplificações do campo de saberes e práticas da epidemiologia e da vigilância à saúde, encontrando aí instrumental que possa dar racionalidade a proposta. A estruturação deste modelo tem se materializado sobre programas diversificados, voltados principalmente para populações de risco, como públicos focos das políticas assistenciais propostas.

No caso brasileiro especificamente, tem sido difícil seguir o receituário neoliberal na forma proposta originalmente pelo Banco Mundial, pois significaria ter que alterar o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, criado pela constituição de 1988 e regulamento pelas Leis Orgânicas 8080 e 8142 de 1990. Isto, porque o SUS se constituiu como conquista de um poderoso movimento social criado na década de 70, o Movimento pela Reforma Sanitária, e portanto, as diretrizes e princípios (art. 7º. da Lei Federal 8080) do Sistema Único de Saúde, como a do acesso universal, e de que saúde é um direito público a ser garantido pelo estado, entre outros, fazem parte do imaginário coletivo, e têm grande adesão junto aos organismos gestores do sistema de saúde, organizações não governamentais, sindicais e do movimento popular. No entanto, neste cenário criado, de um lado pelas pressões do Banco Mundial e de outro por uma forte idéia de direito público colocada sobre o sistema de saúde, no Brasil, ganham notoriedade o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, como “estratégias de mudança” do modelo hegemônico.

PARTE II - O PSF EM FOCO (Discutindo seu ideal racionalizador)

Abaixo estão descritas as definições ou objetivos colocados para a Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e PSF, por autores que se dedicaram a análise do tema, que servirão como ponto de partida para a avaliação que se pretende fazer.

Medicina Comunitária: “Extensão de serviços médicos, através de uma ‘simplificação-ampliação’ das técnicas em jogo, com a participação da comunidade, são os

termos que compõem basicamente o campo da Medicina Comunitária”. (Donnangelo; 1976:73)

Cuidados Primários em Saúde: “Essa proposta (Cuidados Primários em Saúde) corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular”. (Silva Jr.; 1998:53-54)

Programa de Saúde da Família: “...a estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas. (...) uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às família e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde”. (Mendes; 1996:273-276)

A mesma intenção de cunho racionalizadora e voltada à idéia geral de “discriminalização positiva” ou “focalização”, parece estar inscrita nas propostas de Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e PSF; senão vejamos:

As três propostas partem de uma avaliação consensual dos altos custos dos sistemas de saúde, incompatíveis com as possibilidades de financiamentos dos estados com políticas universalizantes: A MC na década de 60 era uma alternativa barata que possibilitava o acesso dos mais pobres aos serviço médicos (sic), e os CPS em especial, propostos após a crise fiscal vivida internacionalmente com a recessão mundial da década de 70, vêm no mesmo sentido, ou seja, e pontos de partida destas propostas para a reorganização dos serviços de saúde, neste sentido, são sempre através de uma diretriz racionalizadora de forte cunho economicista.

PSF e suas similaridades com a medicina comunitária e os cuidados primários em saúde.

Silva Júnior identifica claramente a similaridade, ou melhor, o mesmo veio sobre o qual correm as propostas da Medicina Comunitária, Cuidados Primários de Saúde e a Reforma Sanitária no Brasil. Diz assim o seu texto:

“Também chamada de Cuidados Primários de Saúde, Medicina Simplificada, Programas de Extensão de Cobertura Urbana e Rural, e outros, a Medicina Comunitária teve seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978...”

“A Medicina Comunitária: difundida nas universidades (brasileiras) a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiados pela Opas e instituições filantrópicas americanas (W.F.K. Kellogg Foundation, e outras). Esses núcleos abrigaram intelectuais discordantes do modelo político brasileiro depois do golpe militar, e utilizaram o espaço da Medicina Comunitária como espaço de politização da saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de solução (...) Os frutos dessas experiências vieram a constituir um movimento por mudanças na política de saúde nacional, no bojo da luta pela redemocratização da sociedade brasileira: a Reforma Sanitária”. (Silva Jr.; 1998 : 53-70).

As afirmações acima, podem corroborar com a tese que aqui se discute, de que o PSF é também fruto de uma parte do ideário que presidiu a Reforma Sanitária no Brasil, contendo os seus acertos, bem como os seus erros. Em última instância, isto justifica em alguma medida, o grau de atração que a proposta tem entre os setores reformistas do sistema de saúde brasileiro. (voltaremos a este tema) Passa-se, agora, a discutir os meandros do PSF sobre os diversos aspectos que compõem o programa.

PSF: Territorialização, Adscrição de Clientela. Discutindo seu núcleo estrutural.

Territorialização e vínculo de uma dada população as equipes, são idéias nucleares a proposta do Programa de Saúde da Família. São por excelência expedientes gerenciais que estruturam os serviços. A referência territorial tem sido importante desde os primórdios e usada, principalmente, como ferramenta da epidemiologia em serviço. O Vínculo tem sido usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e a sua população usuária. Por si só, essas ferramentas não mudam o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho medicocentrado, porque agem sobre a arquitetura do programa, mas não na sua essência, isto é no modo como se produz o cuidado a partir dos diversos fazeres construídos no cotidiano, nas relações estabelecidas entre trabalhadores entre si, trabalhadores e conformações tecnológicas do agir em saúde, e entre os trabalhadores e os usuários.

Revisitando Rosen, pode-se reconstruir um dos possíveis caminhos, pelo qual correram as idéias de “território” e de “vínculo” ao longo do tempo, na história da saúde pública.

O nascimento do “território processo”

A idéia em geral, muito presente na epidemiologia e vigilância - da qual o Programa de Saúde da Família tira grande proveito -, de que é necessário tanto preservar um ambiente saudável, quanto proteger o homem contra as adversidades do meio, é tão antiga quanto a história da aventura humana sobre a terra. De acordo com os relatos de Rosen, desde os primórdios, homens e mulheres procuraram adequar suas moradias, adaptando seu comportamento e fundamentalmente intervindo no seu habitat para preservar a saúde. Os relatos das primeiras construções com vistas a proteger os locais de moradia, datam pelo menos de 2.000 a. C., de acordo com estudos realizados ao norte da Índia em Mohenjo-Daro e em Harappa, em escavações que descobriram “banheiros e esgotos” para escoamento de água. O mesmo foi verificado, no Egito, na cidade de Kahum. A associação entre o território, o ambiente e o processo saúde-doença, e naturalmente a necessária harmonia entre os homens e seu “habitat” para a preservação da saúde, aparece com ênfase no texto hipocrático “Ares, Águas e Lugares”, considerado por alguns como o texto

fundante do conhecimento epidemiológico. Além de pensar a epidemiologia, os escritos de Hipócrates tiveram a utilidade prática para orientar a construção de moradias na Roma Antiga. Por muito tempo, esta foi a única referência para estudos relacionados ao processo de adoecimento da população. Rosen descreve: “a esse respeito, não se deu nenhuma mudança fundamental até o final do século XIX, quando as novas ciências da Bacteriologia e da Imunologia se instituíram” . (Rosen; 1994 : 32)

Essas concepções fundadoras do pensamento epidemiológico, firmaram ao longo do tempo, a idéia de que o espaço territorial deve ser o locus operacional de ações, que têm como objetivo conservar a saúde da população. Com o tempo, a estes conceitos, agregaram-se outras idéias, como a de que o processo saúde-doença é também determinado por razões que são próprias da organização e funcionamento das sociedades. Contudo, a sociedade se articula em territórios definidos e assim, mesmo ganhando em graus de complexidade, o território continua como centro do problema, onde avalia-se que a “higiene” dos “lugares” (o termo é de Hipócrates) é proporcional ao coeficiente mórbido.

Na OPAS - Organização Pan Americana de Saúde -, há fortes correntes técnicas e políticas, que filiam-se a uma concepção que traz esta herança, e que propõe que o modelo assistencial para a saúde tem como centro de referência básico: o “território processo”, considerando-o território social, econômico, político, epidemiológico, no qual estão presentes e atuam as variáveis sobre as quais ocorre o processo de adoecimento da população. A entidade, nestas últimas décadas, tem proposto que a intervenção nas dinâmicas locais, se dêem a partir de tecnologias de planejamento território-centradas (territorialização), articulada aos instrumentais da epidemiologia e da vigilância à saúde. Vilaça Mendes descreve de forma pormenorizada essa proposta, orientando o processo de territorialização através da formação de distritos sanitários, áreas de abrangência e micro-áreas, que delimitam uma certa responsabilidade sanitária do gestor local sobre o território em questão. As micro-áreas são limitadas de acordo com um perfil homogêneo de condição socio-econômica da sua população, que definem o seu grau de risco aos agravos à saúde.¹⁵

Sem dúvida, o conhecimento articulado em torno da idéia de “território processo”, sobre o qual operam modelos assistenciais com base exclusiva na vigilância à saúde, é

¹⁵ Sobre o tema ver: Mendes, E. V. (org.); Distrito Sanitário; Hucitec, São Paulo, 1994.

importante e útil às estratégias da produção do cuidado. No entanto, é limitante considerar que este conhecimento por si seja suficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde. Será necessário reunir todo o patrimônio de conhecimentos e práticas acumulado pela história do homem na preservação da saúde, para conseguir responder as demandas de assistência que se colocam para os serviços. Neste sentido, a epidemiologia oferece um instrumental importante, para compor a “caixa de ferramentas” das equipes de saúde como um todo, mas com certeza a ele deve se agregar o conhecimento inscrito na clínica, na sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento, etc...

O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Sendo assim, seu trabalho está quase que restritivamente centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela OPAS. Isto significa que em grande medida a normatização do programa inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, definindo o processo de trabalho como centrado em atos de saúde de cunho basicamente “higienistas”, dando pouca importância a própria constitutividade de uma rede básica assistencial, integrada a um sistema local de saúde. Outrossim, não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo “as autonomias nos modos de se andar a vida” (Campos, 1992, e Merhy, 1998). Desta forma o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes. Assim, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da “clínica ampliada”, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: “da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”. E, nada é melhor para o projeto neoliberal privatista, do que isso, pois deixa-se um dos cenários de luta vitais para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica.

O nascimento da idéia de vínculo.

A idéia de vínculo do médico, e mesmo dos profissionais de saúde como um todo, a grupos de pessoas, famílias e comunidades, também vem desde a antiguidade. Na Grécia antiga, século V a. C., os médicos assistiam as populações das pequenas cidades de forma itinerante, porém, nas grandes cidades, eram contratados pela comunidade e aí permaneciam. Na Roma Imperial, tem-se notícia de vínculos onde os “médicos se ligavam a famílias, que lhes pagavam uma soma, anual, pelo atendimento durante o ano inteiro”. Os profissionais ligavam-se também as escolas de gladiadores, aos banhos, a casa imperial. Já na idade média os médicos em geral pertenciam a igreja e eram por esta mantidos. Já os leigos, se entregavam a prática privada ou trabalhavam na forma assalariada, vinculados a algum senhor ou a uma cidade (Rosen; 1994 : 38, 47, 66). É notório, que a partir do desejo manifesto das pessoas e grupos sociais, em ter um médico como sua referência e obter dele, a responsabilidade pelo seu cuidado, tornou o processo de trabalho do médico ligado à idéia de Vínculo entre ele e os usuários dos seus serviços, sejam estes pessoas, famílias, grupos comunitários ou cidades.

Como se verifica pelos relatos históricos, desde os primórdios a idéia de vínculo está ligada ao ato cuidador, pela própria natureza do trabalho em saúde, especialmente na época onde as tecnologias de trabalho em saúde se inscreviam, quase exclusivamente, nos atos em torno da relação profissional-usuário. O trabalho de assistência à saúde, neste período, é exercido basicamente por médicos, que em relações singulares, produziam atos de saúde, visando com o cuidado a cura. Nesta relação específica, dá-se a identificação da referência médica, na qual o próprio profissional se percebe como responsável pelo problema de saúde do outro. O desenvolvimento da clínica, no correr dos séculos XIX e XX, tende a fortalecer a idéia do vínculo, na sua modelagem mais ampliada.

O avanço, na construção do conhecimento em relação as tecnologias de trabalho para a assistência à saúde, deu-se ao longo do tempo de forma vagarosa. Rosen, relata que no período renascentista, séculos XVI e XVII e até meados do século XVIII, houve avanços científicos importantes em relação a medicina, “assentou as bases da ciência médica sobre a Anatomia e a Fisiologia. A observação e a classificação permitiram o reconhecimento mais

preciso das doenças. Ao mesmo tempo, ganharam forma ideológica a possibilidade e a importância de se aplicar o conhecimento científico à saúde da comunidade...” , porém neste período, os problemas referentes as doenças epidêmicas, a assistência médica propriamente dita, o saneamento ambiental e o suprimento de água, encontravam-se nos mesmos padrões da idade média. “O padrão administrativo da Idade Média persistiu, e não seria alterado, até o século XIX. Durante esse período seminal, no entanto, o terreno para a mudança estava sendo preparado” (Rosen; 1994:108).

Em diversos países, na atualidade, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como uma ferramenta no sentido de consolidar referências nos profissionais e responsabilização destes para com uma determinada parcela da população usuária dos seus serviços de saúde. Inglaterra e Cuba têm servido como referência para modelos assistenciais que operam com a diretriz do vínculo. Na primeira, a população é adscrita ao General Practic e na segunda a um médico de família. Como instrumento gerencial, a vinculação da clientela não deve se transformar em um fetiche, ou panacéia, que a tudo pode resolver. Gastão W. S. Campos, ao discutir a organização dos serviços de saúde, em uma nova modalidade assistencial, alerta que mesmo com vinculação de clientela, o serviço pode continuar operando no formato liberal: “Penso que o desenho da rede brasileira de primeiro atendimento deveria inspirar-se mais nas noções dos defensores da integração sanitária do que em experiências como a da Inglaterra ou de Cuba. Nesses dois países, a atenção básica é assegurada por médicos generalistas ou de famílias, segundo uma modalidade que conserva muito da tradição liberal”¹⁶. (Campos; 1992:148)

Este autor, propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Esta organização justifica-se em dois sentidos: o de “quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais” (...) “responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do

¹⁶ Ver Campos; G.W.S. Reforma da Reforma - Repensando a Saúde; Hucitec; São Paulo, 1992.

atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos” (Campos; 1992:153).

O Programa de Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Esta equipe passa a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento da demanda espontânea. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado. Contudo, ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não torna-se ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda, tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (Chakkour e all., 1992). Assim, o PSF parece cometer um erro de saída.

Outra questão importante, que pode interrogar a suficiência do Programa, diz respeito ao fato de que, apenas por modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais compromissados com os usuários, seus cuidados e curas.

Estrutura e organização do PSF

O Sistema Único de Saúde é, dentre várias coisas, também resultado e produto legal e institucional do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, que se organizou a partir de idéias que conjugavam propósitos vinculados à obtenção de um maior grau de cidadania, inscritas na concepção de que saúde é um direito público. Por outro lado, o mesmo movimento operava em torno de idéias em relação ao padrão de assistência a ser construído, que tinham como matrizes vários modelos tecnoassistenciais constituídos na tradição da saúde pública brasileira, que tendencialmente incorporaram a epidemiologia e a vigilância à saúde, como eixos norteadores vitais para a conformação tecnológica dos

diversos fazeres dos serviços de saúde. Ou seja, o campo para o crescimento de propostas modelares do sistema de saúde brasileiro, principalmente com referência nas idéias fundantes da Medicina Comunitária e nos Cuidados Primários em Saúde, agregadas das estratégias de constituição dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde), estava dado (Silva Jr., 1998), o que de um lado pode mostrar os seus limites para cumprir as finalidades mudancistas que promete em termos dos modelos assistenciais.

Dentre os diversos problemas, enquanto “estratégia de mudança do modelo assistencial”, pode-se de modo sistemático, apontar o seguinte:

A idéia, que já se descreveu inclusive em momentos anteriores deste texto, de que esteja mais voltado para ações as de natureza “higienistas”, do que as de cunho “sanitaristas”, não dando valor e importância suficientes a uma rede básica assistencial, integrada ao sistema de saúde, ganha um grande destaque por tornar-se uma perspectiva muito polêmica em um país como o Brasil, pois ao se verificar, que de acordo com dados do Ministério da Saúde de 1998, há no país 55.647 Unidades Ambulatoriais, das quais 31.342 constituem-se de Unidades Básicas de Saúde, o que fazer com esta ampla e capilar rede de serviços, locais. No Brasil, há em média uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, valor muito melhor do que o recomendado pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 habitantes.¹⁷ Esta rede, construída ao longo da história da saúde pública neste país, oferece um equipamento importante para operar a assistência à saúde e deve necessariamente ser considerado para a organização de um novo modelo assistencial.

Sobre a organização e forma de trabalho da equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência. As visitas domiciliares, não devem ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, porque é um recurso que deve ser

¹⁷ Para mais dados e comentários a respeito ver: Caderno Temático “SUS NACIONAL: O Sistema Único de Saúde, Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados” editado pela CNTSS/CUT sob coordenação de Franco, T.B. & Rezende, C.A.P. ; São Paulo, 1998.

utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário, e já vem sendo uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade, inclusive mostrando bons resultados. É próprio da missão das Unidades de Saúde e deve ser considerado um expediente rotineiro em serviços assistenciais. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática “procedimento centrada” e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixem de ser estruturados pelos atos e saberes médicos. Estes são problemas de outras ordens, como está se tentando mostrar neste artigo. É fundamentalmente, o problema da esfera da micropolítica do trabalho em saúde, como já se viu.

Outra questão central, diz respeito ao fato dos seus mentores considerarem que podem organizar e estruturar a demanda de serviços das UBS, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Desta forma, elimina a possibilidade de atendimento a demanda espontânea, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas.

As visitas domiciliares compulsórias, indicam dois tipos de problemas muito graves, por sinal: um, diz respeito a otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, pelo programa, principalmente de seus recursos humanos. Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que devem percorrer o território insistentemente. Mas, pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente, a visitação de médicos e enfermeiros por exemplo, sem que o mesmo nem mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. A visita destes profissionais deve ser bem direcionada para situações em que realmente é necessária, como para executar uma consulta, um

procedimento de baixa complexidade que pode ser realizado no domicílio, atividades de promoção e prevenção através de reuniões de grupos, atividades intersetoriais na comunidade e demais ações em que a presença destes profissionais seja recomendada, senão a sua presença tem só um reforço ideológico de dependência da população em relação ao profissional de saúde. É como se o tiro saísse pela culatra.

Um outro aspecto, da visita domiciliar compulsória, diz respeito ao fato de que isto, pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o estado pode exercer sobre cada cidadão, é reconhecido como problema e fica mais evidente, ao se pensar este tipo de diretriz sendo praticado em um país sob governo autoritário, o quanto não há um cunho trágico nisso.

Uma questão muito sentida, principalmente a partir de relatos de pequenos municípios, diz respeito aos custos/financiamento do programa. O PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua “interiorização”. Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, como muitas vezes esta diretriz tem sido assimilada, garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. O modo de assistir as pessoas, está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

O PSF mitifica o generalista, como se este profissional, ou melhor, esta “especialidade” médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população. Sabe-se que qualquer serviço de saúde, necessita de dispositivos que mexam na micropolítica do processo de trabalho e façam com que as tecnologias leves sejam as determinantes do processo de produção de saúde, para mudar o seu perfil assistencial. Isto não ocorre apenas mudando o perfil técnico do profissional. De acordo com dados da

pesquisa “Perfil dos Médicos do Brasil”, realizada pela Fiocruz/CFM em 1995, de 183.052 médicos registrados nos Conselhos de Medicina, 2,6% são especializados em Medicina Geral e Comunitária, enquanto 33,2% destes são especialistas nas áreas básicas (pediatria - 13,4%; gineco-obstetrícia - 11,8%; clínica geral - 8,0%). Seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres. Isto seria a construção de sujeitos plenos, capazes de liberar sua energia criativa no trabalho vivo que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial.

O tema das especialidades médicas e o processo de trabalho em saúde tem sido objeto de atenção de gestores e formuladores de políticas de saúde, dado a importância e a dimensão desta questão diante da produção dos serviços de saúde, em especial na configuração de modelos centrados no usuário, que demandariam ações mais “generalistas” do que “especializadas”. De acordo com Campos et al, a especialidade médica se circunscreve ao “núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade”, contudo o médico detém ainda uma certa tecnologia de trabalho, que lhe dá maior amplitude de ação, o qual o autor denomina de “campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades, ... seria um campo de interseção com outras áreas”. (Campos; Chakkour; Carvalho; 1997:143).

Merhy descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém”. (Merhy; 1998:113) Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em “relações intercessoras com os usuários” produzem o cuidado.

No fundamental, esta discussão nos indica que a polêmica entre generalistas X especialistas se torna uma falsa polêmica, ao verificarmos que se o generalista se isolar no seu campo de conhecimento próprio, ele pode ao longo do tempo se transformar em um “especialista da generalidade” e assim, derrotar a sua pretensa resolutividade. A verdadeira

discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território pôr onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. Isto pode ser real, se pensarmos que “todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, Responsabilizações e vínculos”. (Merhy; 1998:117).

Temos mencionado ao longo do texto que em saúde estão presentes problemas complexos e para resolvê-los, temos indicado possibilidades que articulam o território das tecnologias, trabalhos multiprofissionais que em conjunto devem agir produzindo o cuidado. Sem esquecer que a produção de saúde requer intervenções singulares, a partir de problemas específicos que se apresentam. Neste sentido, Merhy propõe a elaboração pelas equipes de referência dos usuários, de “projetos terapêuticos” individuais a serem operados pôr um profissional implicado no cuidado àquele usuário, que então ficaria com a função de “gestor do cuidado”. Este profissional assume as funções de “um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em Saúde, diante do caso concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha de ter poder burocrático-administrativo na organização. Vive, desse modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido duo: como um clínico, pôr travar relações intercessoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos; e como um gerente do processo, pôr cuidar, através da administração, de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico”. (Merhy; 1998:117).

A produção do cuidado é possível, a partir dos dispositivos aqui pensados, operando em rede, dentro de um dado sistema de saúde, onde os diversos serviços interagem

generosamente em seu favor, o que pôr si pressupõe, voltado aos interesses e necessidades dos usuários. O “operador do cuidado”, a quem cabe “administrar” o projeto terapêutico, fará a conexão entre os recursos disponíveis na Unidade Básica e aqueles dispostos na rede de serviços, quando necessários. Em qualquer hipótese, os usuários deverão estar vinculados e portanto sob o cuidado da sua equipe de referência na Unidade Básica.

Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas, deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficarem fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Agindo assim, o Ministério da Saúde não só aborta a construção de modelos alternativos, mesmo que similares a proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato.

Esta é uma contradição central do programa, que contradiz propósito inscrito na própria Norma Operacional Básica, NOB/96, que “autoriza” a constituição de programas “similares” ao PSF. No entanto, este dispositivo não tendo sido regulamentado, têm prejudicado outras propostas de modelos assistenciais que se colocam no cenário da mudança dos serviços de saúde no Brasil. Os municípios que organizam sua assistência de forma diferente do PSF, mesmo operando similarmente, ou seja, com equipes multiprofissionais e vinculação de clientela, não podem se habilitar para o acesso aos recursos adicionais do MS. Hoje, diversos municípios têm reclamado estes recursos, estando o MS estudando a possibilidade de regulamentar e tipificar os “modelos similares” para acesso aos recursos adicionais.

Em relação a escolha da família, como espaço estratégico de atuação, também é necessário alguns comentários. É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. Com

certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto nem sempre, este núcleo está presente. Nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

Sobre a força de atração do PSF.

Mesmo com todos esses problemas verificados até aqui, o Programa de Saúde da Família aparece no cenário das políticas de saúde no Brasil, com capacidade de seduzir amplas camadas da população, carentes que estão de assistência. Esta adesão é verificada, também, entre setores significativos dos formuladores de políticas e gestores, participantes do movimento reformista da saúde, que têm apostado na construção do SUS.

Por quê, uma adesão tão ampla a uma proposta que responde de forma limitada as necessidades de atenção a saúde da população e se apresenta frágil diante dos desafios que estão colocados para “mudar o modelo assistencial”?

Inferir, aqui, uma resposta a esta questão, envolve sempre o risco de ser mal interpretado. Contudo, várias interrogações cabem daqueles que têm se debruçado sobre a discussão dos modelos de assistência à saúde, e particularmente se há um acúmulo efetivo, por este caminho, na capacidade de protagonização, dos setores que lutam pela transformação da realidade sanitária no Brasil, de implementarem novas construções de consolidação das mudanças?

Destaca-se, em primeiro lugar, raízes comuns entre o que historicamente tem proposto o movimento da reforma sanitária, como já foi indicado, e o que está sendo proposto pelo PSF. Percebe-se que o mesmo campo teórico articula os dois movimentos, ou seja, as bases conceituais utilizados da epidemiologia e da construção de uma prática ordenada pela vigilância à saúde. Esse núcleo de saberes e práticas em saúde está articulado à formação do que Mario Testa nomeia de “sujeitos epistêmicos”, que têm se constituído em protagonistas hegemônicos no interior do movimento pela reforma sanitária no Brasil. Neste sentido, os dois lados encontram-se na esfera do conhecimento estruturado, das

práticas preconizadas, e no nível do imaginário construído no seu entorno, a partir das representações simbólicas que são comuns ao ideário da reforma e ao Programa de Saúde da Família.

Ao se construir as “Árvores de Conhecimentos”¹⁸ do grupo hegemônico da reforma sanitária brasileira e dos propositores do PSF, poderia ser visto que há uma grande coincidência entre os patrimônios de conhecimentos presentes nas duas propostas.

A similaridade entre o PSF e as propostas da Medicina Comunitária e Cuidados Primários em Saúde, que têm como principal referência institucional a OMS, fortalecem sobremaneira a percepção, nestes setores, do PSF como uma proposta que vem de encontro, realmente, ao que já estava sendo sugerido, ao longo do tempo, em alternativa ao MMH, e mesmo como movimento acumulativo “natural”, nesta direção.

O PSF articula um discurso de conotação populista, voltado “aos pobres”, propondo-se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo da assistência à saúde. Esconde, porém, neste discurso, suas limitações e, pior ainda, a intenção velada de se promover um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo, focado nos pobres. Embora oculta, esta intenção tem ficado cada vez mais clara, ao se analisar com um pouco de olhar crítico, os órgãos financeiros internacionais, como, por exemplo, o “Relatório sobre o desenvolvimento humano de 1993 do Banco Mundial (Investindo em Saúde)”, e a própria NOB/96, que ao definir as condições de gestão entre “plena da atenção básica” e “plena do sistema municipal” acaba por expressar uma proposta que diferencia dois sistemas de saúde, um que poderá se reduzir a ofertas de ações de saúde de baixa complexidade, mas não necessariamente mais resolutivas, e um outro de média e alta complexidade e hospitalares, também, não necessariamente mais integrado e universal.

Joga também, no sentido da maior adesão ao Programa, uma certa facilitação do acesso de governos locais, aos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, que tem destinado subsídios e incentivos aos municípios para a implantação do PSF. Em Minas Gerais, até mesmo o governo estadual destina incentivos na quota de ICMS dos municípios,

¹⁸ Criada por Pierry Lévy, as “Árvores de Conhecimentos” expressam o patrimônio de conhecimento existente em determinado agrupamento humano, que podem ser registrados por alguns símbolos que darão o perfil de conhecimento inscrito a determinada árvore. Ver Lévy, P. & Authier, M.; “As Árvores de Conhecimentos”; Escuta; São Paulo, 1995.

que têm o PSF implantado. Num momento onde têm sido poucos os recursos para a saúde, a possibilidade de financiamento de programas no setor os colocam como muito promissores, frente aos gestores dos serviços de saúde. Há nesta perspectiva, uma natural e inquestionável adesão a proposta.

As características positivas no PSF, dizem respeito principalmente à adscrição de clientela, o que possibilita criar referências dos usuários em relação a uma dada equipe e responsabilizar esta pela assistência àquela população. No entanto, este expediente não é exclusivo do programa, pois este dispositivo é utilizado em outros modelos assistenciais, inclusive em hospitais, como um mecanismo de mudança das relações e da melhoria na produção do cuidado em saúde.

O PSF, o processo de trabalho em saúde e o mito da Esfinge

“decifra-me ou te devoro”.

Se de um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais.

Aqui, entende-se que ocorre com o PSF algo parecido como o enigma da Esfinge. Conta a mitologia grega que a Esfinge tenha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge fixou-se nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual é o animal que anda com quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem, que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta. No PSF acontece o mesmo, ou seja, o programa enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não decifra-o e como no caso

da esfinge, é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, e por não saber - inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Por quê isso, se todo esforço e discurso é feito para mudar esta lógica de produção? Interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde é a condição para decifrar seus enigmas e impedir a ação destruidora da “esfinge”, que diz respeito à dinâmica do capital posta no caso da saúde. Para ferir de morte esta dinâmica, é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde.

Diversos estudos têm discutido sobre os temas do modelo assistencial e do trabalho em saúde (Donnangelo, 1976; Gonçalves, 1994; Campos, 1992; Merhy 1997, 1998). Com nuances, dão conta de que não é a mudança da forma ou estrutura de um modo medicocêntrico para outro, equipe multiprofissional centrado como núcleo da produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. O trabalho em saúde está sempre ligado a uma “face humanitária” que deve ser incorporada ao arsenal tecnológico usado para a produção de serviços. Especialmente, neste último sentido, destaca-se a produção do Acolhimento e da Responsabilização e do Vínculo, enquanto diretrizes do modelo assistencial, na medida em que, ao mesmo tempo, que são tecnologias leves de intervenção produtora do cuidado e da cura em saúde, também jogam papéis firmes na construção de uma nova postura dos profissionais frente aos usuários, re-centrando a finalidade de seus trabalhos, e disparando a constituição de novos processos coletivos de subjetivações no interior das equipes de saúde.¹⁹

¹⁹ Ver Franco, T.B.; Bueno, W.S. e Merhy, E.E.; obra citada.

Portanto, estes novos fazeres, práticas, se materializam em “tecnologias de trabalho”, usadas para produzir saúde. Tecnologias, aqui, entendida como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leveduras, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde, que é essencialmente um trabalho interseçor (Merhy, 1997). Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por “tecnologias leves”, território onde se inscreve o “trabalho vivo em ato”. Buscar na arena da produção de serviços de saúde, os lugares onde se matriciam o conhecimento²⁰ e a forma de potencializá-los para a assistência à saúde é fundamental. Isto só será possível, se for permitido, por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo da sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários. O “trabalho vivo em ato” é aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, no imediato fazer a produção do serviço.

As tecnologias de trabalho, têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo por conseqüência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo. Nessa questão, é preciso considerar que o trabalho médico procedimento centrado, é ao mesmo tempo determinado pelo uso de tecnologias duras, o que o torna não apenas custoso, mas pouco resolutivo, na medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade, como o centro da atenção. Resolver problemas de saúde resumiu-se em realizá-los, como um fim em si mesmo.

Portanto, importantes obstáculos se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando porque é necessário alterar muito mais do que estruturas,

²⁰ Sobre teorias do conhecimento, ver Lévy, P.; Tecnologias da Inteligência; Ed. 34; S. Paulo; 1994 e Árvores de Conhecimentos (obra citada).

deve-se modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados.

O PSF diante do processo de trabalho em saúde e suas tecnologias.

Há uma caráter prescritivo, bastante exacerbado, neste programa. São definidas a priori os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade. Da mesma forma existe uma lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe. Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade, etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado. Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde.

Diante disso, na vida real dos serviços que aderem ao PSF, cabem três tipos de ações dos profissionais da equipe: ignorar as prescrições, e manter a lógica atual (as diversas planilhas podem ser preenchidas de forma "criativa"); aceitar as prescrições, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com novos procedimentos; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida. Esta possibilidade é mais remota, porque significa trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta (apesar das promessas do PSF), pode dar conta de tudo, embora todas sejam necessárias. Só um exemplo: que ferramentas utilizar para trabalhar, individual e coletivamente, com o alcoolismo ? Pensar a cura, mas também a prevenção ? Somente este único problema de saúde, com alta incidência, exige de uma equipe de saúde, conhecimento e criatividade, para a intervenção. Reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas, não é tarefa simples. Um processo de trabalho, prescritivo a nível central, não contribui para este movimento dentro da equipe. A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas

competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um ‘luto’ da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e some-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe. O PSF, com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação deste problema, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência.

Aqui entra uma questão central, o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o “campo de competência” ou “campo do cuidado”, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.²¹

CONCLUSÃO

Há uma tendência, em todas as discussões de análise do SUS, a circunscrever os graves problemas verificados na sua implantação, relacionados à conjuntura econômica. Geralmente, este é o argumento utilizado para formular, aprovar e implantar políticas de saúde excludentes, restritivas. O caso brasileiro registra um significativo desfinanciamento do setor saúde, após a aprovação do SUS na Constituição de 1988 e isto tem servido como justificativa para as políticas racionalizadoras adotadas desde sempre. As políticas de saúde caminhariam para um lugar diverso daquele que significaria a universalização do acesso à assistência. Fleury propõe inverter esta discussão para a esfera do político, avaliando que

²¹ Sobre estas questões, ver: Merhy, E.E. “A perda da dimensão cuidadora...” (obra citada) E Campos; G.W.S.; Carvalho e Chakkour; “Notas sobre residência e especialidades médicas”; Cadernos de Saúde Pública, ENSP; São Paulo, 1997.

“...a possibilidade de considerar a política social como uma metapolítica deva ser pensada de uma forma muito mais ampla do que a mera discussão reducionista que limita o problema a atual escassez de recursos. (...) Se a política social é vista como um princípio de ordenamento das escolhas que definem a inclusão/exclusão dos membros de uma comunidade, não podemos deixar de considerá-las desde a perspectiva do poder. Em outras palavras, as políticas sociais são poder institucionalizado e devem ser compreendidas como resultados de um curso histórico singular que configurou um dado padrão de respostas às demandas sociais emergentes”. (Fleury; 1997:37)

A autora ao discutir o quadro de crise econômica e ajuste liberal do país e as conseqüentes repercussões na esfera do comportamento de indivíduos e grupos, que se manifestam em torno de uma dada “lógica individualista”, decompondo “as redes de solidariedade”, pervertendo o sentido da ação política, nos relata que: “As conseqüências na organização do sistema de saúde foram marcantes: cada um dos atores, grupos ou instituições, buscou fugir do Sistema Único de Saúde com suas regras uniformizadoras, evitando o nivelamento pôr baixo. A política de universalização se transforma em uma focalização perversa; a equidade se deforma em um sistema altamente segmentado, a publicização se revela em uma articulação complexa e descontrolada entre o público e o privado”. (Fleury; 1997:34)

Rearticular as bases potenciais do movimento reformista, neste momento, significa recompor ao nível da sociedade os “princípios de solidariedade e igualdade em uma complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade e a diversidade como parte da cidadania”. (Fleury; 1997:40). Um novo pacto societário pressupõe, segundo a autora, a combinação da idéia de que a proteção social deve estar desvinculada da estrutura de mercado de trabalho; a democratização da sociedade, incluindo a prática da democracia direta, a busca da inclusão social, respeitando a singularidade, “a auto-determinação solidária”.

Portanto, sem desconsiderar que a questão do financiamento é importante, ele não pode ser o ponto de partida e nem o determinante na definição das propostas de políticas de saúde. O que deve definir os modelos de assistência, são principalmente o território de necessidades e os problemas de saúde colocadas pela população como os desafios dos

serviços de saúde em atendê-los. Na esfera do estado, é necessário garantir os princípios que regem a cidadania, seja ela produto de uma “tutela conquistada” ou “tutela outorgada” (Merhy; 1998), é necessário que seja libertária e emancipatória, produtora de sujeitos autônomos. A reforma do Estado, direcionada pela ética do mercado, “levaria às propostas atuais de segmentação dos mercados sociais, institucionalizando as desigualdades através da políticas públicas, o que nos remeteria, irremediavelmente, à focalização como negação da cidadania”. (Fleury; 1997:39).

Insisti-se na hipótese de que, a mudança do modelo assistencial, se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, particularmente do médico, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves, que operam em relações interseçoras entre trabalhador-usuário. O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde.

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF’s médico centrados assim como outros usuário centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde, as quais foram discutidas neste trabalho e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários.

A adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família, deve considerar que da forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança, como é o objetivo do PSF, de acordo com

o MS. Toda a discussão realizada aqui, indica que o Programa precisa se reciclar para incorporar potência transformadora ou melhor, assumindo uma configuração diferente.

BIBLIOGRAFIA:

1. “Programas e Projetos - Saúde da Família”; Ministério da Saúde, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).
2. “Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde”; Ministério da Saúde, mimeo, Brasília; março de 1996; pág. 2.
3. Almeida C.; Crise Econômica , Crise do “Welfare State e Reforma Sanitária” in A Miragem da Pós-Modernidade - democracia e políticas sociais no contexto da globalização; Ed. Fiocruz; Rio de Janeiro, 1997.
4. Barembliit, G., “Compêndio de Análise Institucional e outras correntes”, Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1992.
5. Bobbio N. et all; Dicionário de Política; Ed.UNB ; Brasília (DF); 1995.
6. Bueno, W. S., Merhy, E.E. ; Norma Operacional Básica e o modelo tecnoassistencial em saúde, mimeo, Campinas, 1997.
7. Campos, G.W.; Chakour, M.; Santos, R.C. “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) in Cadernos de Saúde Pública, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.
8. Campos, G.W.; Merhy, E.E.; Nunes, E.D. - “Planejamento sem Normas”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1994;
9. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
10. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
11. Cecílio, L.C.Ol (org.) et all; “Inventando a Mudança na Saúde”; HUCITEC, S. Paulo, 1994.

12. Chakkour e all. Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia, mimeo, 1992.
13. Deleuze G., Guattari; O Anti-Édipo; Assírio & Alvim, Lisboa, 1966.
14. Dominguez, B.N.R., “Programa de Saúde da Família - como fazer”, Ed. Parma Ltda., S. Paulo, 1998. Silva Jr., A.G., Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva, Ed. Hucitec, 1998.
15. Fleury, S.; “A Questão Democrática na Saúde” in Saúde e Democracia - a luta do CEBES; Lemos, São Paulo, 1997.
16. Franco, T.B. & Rezende, C.A.P; SUS Nacional: O Sistema Único de Saúde, Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados in Caderno Temático editado pela CNTSS/CUT; São Paulo, 1998.
17. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG); Cadernos de Saúde Pública Nº 15, ENSP; junho-1999.
18. Gallo, E., Merhy, E.E., Gonçalves, R.B.M. - “Razão e Planejamento - reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1995;
19. Gonçalves, R.B.M.; Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde; HUCITEC, São Paulo, 1994.
20. La Declaration D’Alma-Ata; Organisation Mondiale de la Santé.
21. Lévy, P. “As Árvores de Conhecimentos”, Ed. Escuta, 1995.
22. Lévy, P. “As Tecnologias da Inteligência”, Ed. 34, S. Paulo, 1993.
23. Lima, C.R.; Reforma do Estado e Política de Saúde: Discussão da Agenda do Bando Mundial e da Crítica de Laurell in Saúde em Debate - revista do CEBES; Número 40/50; Londrina (PR), 1995/96.
24. Mandel E.; O Capitalismo Tardio; Nova Cultural, São Paulo, 1985.
25. Matus, C. - “Política, Planejamento e Governo”, Ipea, Brasília, 1993;
26. Médici, A C; “Necessidades de Financiamento do Setor Saúde no Brasil em 1995” in Saúde em Debate - revista do CEBES N.º 48; Londrina (PR), 1995.
27. Mendes, E.V. (org.) et all “Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde”, Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.

28. Mendes, E.V.(org.) et all, “A Organização da Saúde no Nível Local”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1998.
29. Mendes, E.V., “Uma Agenda para a Saúde”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1996.
30. Merhy, E.E. & Onocko, R. (Orgs.) Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.
31. Merhy, E.E. “A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas”, mimeo, Campinas, 1998.
32. Merhy, E.E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.
33. Merhy, E.E. A Saúde Pública como Política -um estudo dos formuladores de políticas; Hucitec, São Paulo, 1992.
34. Merhy, E.E. O Capitalismo e a Saúde Pública; Papyrus, Campinas, 1985.
35. Merhy, E.E. O Desafio da Tutela e da Autonomia: Uma Tensão Permanente do Ato Cuidador; mimeo, Campinas (SP), 1998.
36. Merhy, E.E. Alma Ata: qual é o jogo; mimeo, Campinas (SP), 1986.
37. Miranda, A.S. de; “Entre a Panacéia e o Preconceito”; texto disponível no site da Conferência Nacional de Saúde On Line, 1998.
38. Perfil dos Médicos no Brasil; Vol. I - Brasil e Grandes Regiões; Relatório de Pesquisa realizado pelo Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
39. Primary Health Care (PHC) / Maternal Child Health (MCH); texto publicado pelo Centre for International Health Seminar Series, disponível na Internet, 1998.
40. Programa de Saúde da Família - PSF; Ministério da Saúde - 1998;
41. Rosen, G.; Uma História da Saúde Pública, Hucitec-Abrasco; São Paulo, 1994.
42. Schraiber, L.B., “O Médico e seu Trabalho”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1993.
43. Silva Jr. A.G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva; Hucitec, São Paulo, 1998.

