

**DESAFIOS PARA OS GESTORES DO SUS, HOJE: COMPREENDER OS MODELOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA REFORMA SANITÁRIA
BRASILEIRA E A POTÊNCIA TRANSFORMADORA DA GESTÃO**

Emerson Elias Merhy

Deborah Carvalho Malta²

Fausto Pereira dos Santos³

Médico, Doutor em Saúde Pública, Professor Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Distrito de Barão Geraldo, DMPS/FCM, CP 6111, Campinas, SP. CEP13083-970. emerhy@fcm.unicamp.br

² Médica, Doutora em Saúde Coletiva (Administração e Planejamento), Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFMG. Rua Alfredo Balena 190, sala 519. EE/UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais. dcmalta@ufmg.br

³ Médico Sanitarista, Diretor do Controle e Avaliação do Ministério da Saúde, Doutorando em Saúde Coletiva. pela UNICAMP. faustops@saude.gov.br

PARTE 1 - OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Completando 15 anos de implantação do SUS no país, cabem inúmeras reflexões sobre os avanços produzidos e os seus limites. Podemos optar por inúmeros recortes, seja a discussão do processo de descentralização e os esforços dos municípios envolvidos na operacionalização cotidiana, os aspectos relativos ao financiamento, as questões em torno da participação popular, as tensões e disputas ocorridas nesses anos, os inúmeros atores em cena, a capacidade transformadora deste processo, entre outros. Nesse trabalho, na sua primeira parte, optamos por abordar os diversos formatos de se organizar a assistência à saúde, buscando conceituar e apresentar os modelos assistenciais no Brasil, discutindo os acertos e limites na efetivação do sistema de saúde; na segunda parte, faremos uma reflexão/ensaio, aberta, com a finalidade de pensar o campo da gestão em saúde como lugar de intervenção em pontos de potências, que possibilitam apostar em ações transformadoras.

Estas opções foram recortadas por considerarmos que os gestores e trabalhadores de saúde, por suas capacidades governativas no campo da saúde, potencializam-se quando aderidos a um projeto transformador efetivo e quando portam saberes/ferramentas para a ação, como a reflexão histórica sobre o próprio campo onde atuam e a força da sua natureza como ator. O tema dos modelos tem uma significação muito particular, pois abre as grandes questões que consideramos pertinentes, hoje.

Para nós, modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, ¹).

Autores como Merhy et al (²) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência:

"Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social.

Entendemos desse modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais” .

Merhy et al ⁽²⁾ consideram que os modelos tecno-assistenciais se apresentam como projetos de grupos sociais, formulados enquanto projetos tecno-assistenciais, para serem implementados enquanto estrutura concreta de produção de parte das ações de saúde, realizando-se de forma “pura” ou incorporando propostas de outros projetos. Esses projetos tecno-assistenciais apóiam-se em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas.

A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas, que pressupõem a construção de uma visão dos outros modelos, seja para a disputa enquanto projeto, seja como estratégia de sua manutenção.

Silva Jr ⁽³⁾ analisa os modelos tecno-assistenciais formulados pelo campo da Saúde Coletiva Brasileira (SILOS - Bahia, “Cidade Saudável” de Curitiba e “Em Defesa da Vida” do LAPA - UNICAMP) e estabelece uma comparação com o modelo tecno-assistencial hegemônico (liberal-privatista/neoliberal) e propõe uma matriz analítica, na qual compara os modelos segundo as seguintes dimensões: concepção da saúde e doença, integralidade na oferta das ações, regionalização e hierarquização de serviços e articulação intersetorial.

Para efeito desse trabalho adotaremos a compreensão de Merhy et al ⁽²⁾ assumindo que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de dados grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência.

Visando a compreensão do tema faremos uma breve retrospectiva quanto a história do Sistema de Saúde Brasileiro, entendendo que o mesmo percorreu um caminho evolutivo e adotou que passou por diversos modelos, refletindo as tendências mundiais e os diversos momentos de consolidação do capitalismo nacional e internacional, principalmente as tendências hegemônicas. Diversos autores trataram deste tema com propriedade no último período, por isto nos limitaremos a uma breve revisão.

Breve histórico da conformação do Sistema de Saúde Brasileiro

O *Sanitarismo Campanhista*, do início do século, estava ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira, exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Este modelo se mostrava através de uma visão militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões, e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.⁴

Esse modelo embora não hegemônico, continuou convivendo no aparelho de Estado responsabilizando-se pelas ações coletivas e campanhas.

Esse formato de verticalização deixou profundas raízes na cultura institucional do Sistema de Saúde brasileiro. Esse comportamento estende-se para outras ações conduzidas pelo Ministério da Saúde, como os seus inúmeros programas centralizados, que dispõem de uma administração única e vertical, constituindo um conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais. Todo o esforço de democratização e descentralização após a criação do SUS não conseguiu reverter esse formato.

O modelo *Liberal Privatista*, ou *médico assistencial privatista*, teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir da década de 40 dando início à compra de serviços privados. Este formato serviu como um embrião e um catalisador do modelo liberal privatista que se acentuou após 1964 através da rede privada contratada, constituindo na década de 90, 76% da oferta de leitos no país. Grande parte do financiamento para a expansão do setor privado veio do setor público, em consonância com a política de sustentação do capital, a partir do Estado. Este modelo constituiu-se no modelo neoliberal de organizar serviços, sendo hegemônico no país.⁴

A criação do INAMPS na década de 70 conferiu um novo impulso nesse modelo de assistência. O setor público na prática é responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação deste modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e apoios diagnósticos são "comprados" diretamente do setor privado. No período cresceu enormemente a prestação de serviços privados, devido à facilidade das condições ofertadas

pelo Estado: capital fixo subsidiado pelo governo (FAS), quase sem risco empresarial e nenhuma competitividade. A dicotomia preventivo/curativa foi cristalizada formalmente com a criação do Sistema Nacional de saúde em 1975, onde as questões assistenciais ficam a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Paralelamente ocorreu a expansão do Convênio-empresa, estimulada pela Previdência e que, na década de 80, passou a ocupar um espaço significativo na atenção médica no Brasil: a atenção médica suplementar. Este setor rapidamente se constituiu, passando a prescindir do Estado nas suas relações comerciais (planos individuais ou coletivos – empresariais ou não), mas se alicerçando no poder público, seja através da renúncia fiscal, seja na utilização do sistema pública para o atendimento considerado de alta complexidade ou custo.

Define-se o modelo médico assistencial privatista com: Estado como financiador direto e indireto (renúncia fiscal), setor privado como o prestador e setor privado internacional como fornecedor de equipamentos biomédicos. O Estado oferta políticas compensatórias, através de ações simplificadas, para se legitimar.

A Medicina Comunitária surge nos anos sessenta nos Estados Unidos numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, guerra do Vietnã, racismo e pobreza. Buscava-se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, introdução de outras categorias profissionais na assistência.⁵ Nos Estados Unidos sua implantação foi baseada nos centros comunitários de saúde, focalizando setores minoritários e deixando intocada a assistência médica convencional.^{4,6,7}

Na América Latina, programas de saúde comunitária foram implantados na década de sessenta, principalmente na Colômbia, Brasil e Chile, sob o patrocínio de fundações norte-americanas e endossadas pela Organização Pan Americana de Saúde (OPS), na expectativa de que o efeito demonstração pudesse influenciar os sistemas de saúde no continente. Em 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela OMS, reafirmou a saúde como direito do homem e estabeleceu a atenção primária como estratégia para se conseguir a Saúde Para Todos no Ano 2000.⁷ A OMS passou a ser então a maior difusora da filosofia da atenção primária e o Banco Mundial o maior financiador destas políticas.

No Brasil a Medicina Comunitária encontrou, nos Departamentos de Medicina Preventiva, espaços de ampliação e reciclagem, resultando em propostas ampliadas de intervenção que se materializaram nas experiências de atenção básica como as de Montes Claros, Paulínea, etc. Outras propostas de modelos de assistência oriundas nos países centrais também passaram por este processo de reciclagem e ampliação ao se defrontar com as mediações necessárias para suas operações.^{8,9} As principais características da Medicina Comunitária são: - resgata a preocupação com a saúde dos grupos populacionais, embora restrito à preocupação com a população local, não se remetendo aos contextos sociais mais amplos, diluindo as determinações macrosociais; - as ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos são oferecidas universalmente, especialmente aos grupos vulneráveis e de risco; - a estruturação do serviço é hierarquizada, os serviços de atenção primária, de natureza simplificada, funcionam como porta de entrada do sistema; - a utilização de pessoal auxiliar treinado, orientado pelos profissionais de nível superior, visando à extensão de cobertura, inclusão de práticas médicas alternativas, visando aumentar a eficácia e aceitação da população, revisão da tecnologia incorporada, visando redução de custos; - a participação comunitária é incentivada, como forma de envolver a população na solução dos seus problemas.^{4,6}

Ao estender a assistência médica, principalmente à primária, a amplas camadas da população, até então excluídas do acesso à saúde, a Medicina Comunitária acaba por favorecer a acumulação de capital na indústria de saúde, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de produtos médicos. O que parece ser o grande problema verificado na época, os altos custos referentes à atenção médica, não são resolvidos 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, fundado na ideologia positivista 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 do procedimento médico centrada, do modelo assistencial. Outra contradição está colocada na noção "restrita" de comunidade, reforçando a explicação e a busca de solução local para os fenômenos de saúde e de doença, induzindo a ilusão de que a "comunidade decide seu destino".^{4,5,6,10,11}

A Reforma Sanitária e as propostas assistenciais surgidas no seu âmbito

Os anos 70 são ricos em mobilização e férteis no sentido de conformar na saúde um movimento, a Reforma Sanitária, que segundo Fleury¹²: *"o projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia...: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática"*. Escorel¹³ define o movimento da Reforma Sanitária como *"um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto"*. São identificados pela autora três tipos de prática que caracterizam o movimento: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais).

Nesta conjuntura amplia-se o debate sobre estratégias de transformação social, com vistas à implantação de um determinado projeto político ou de construção de um novo bloco histórico. O pensamento estratégico, que em Matus e Testa tem seus maiores expoentes, conquista um lugar significativo no campo da Saúde Coletiva neste período, uma vez que o que está em jogo é a ocupação paulatina de espaços políticos no interior do aparelho do estado. O estado é visto enquanto arena de luta, possibilitando uma compreensão estratégica das políticas de saúde e a construção de projetos contra-hegemônicos.^{14,15}

Todo o movimento em torno do projeto contra-hegemônico, desde os anos 70, confluíu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na formatação de um relatório final que, em 1988, no texto constitucional, deu o arcabouço jurídico para este projeto, resultando em três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.¹⁶

As estratégias traçadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, para sua viabilização, foram eficazes no sentido de: a) garantir-se um arcabouço jurídico na Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde - 8080, de 1990, além de leis estaduais, responsáveis na definição de diretrizes e reafirmação da responsabilidade do Estado na promoção da saúde; b) mobilização da sociedade civil e suas organizações com a questão da saúde, definindo-se inclusive espaços colegiados; a Lei 8.142, de 1990, assegurando o papel dos Conselhos e Conferências; c) utilização da via institucional, através da implantação de um novo Sistema de Saúde, identificado com as diretrizes da VIII Conferência (universalidade, integralidade, equidade,

etc), que foram se materializando através de diversas experiências concretas. A descentralização do sistema através da municipalização, a partir de 1990, propiciou a materialização de diversas experiências, que na prática tem buscado a concretização cotidiana deste ideário.^{3,4,16,17,18,19}

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, inscreveu-se nos textos jurídicos-legais um modelo baseado na concepção universalizante, de outro, concretizaram-se práticas sociais caracterizadas pela exclusão social, onde o acesso aos serviços é seletivo, em função das diferentes inserções sociais, além de ser fixado na atenção médica.^{3,18}

Existiram limites concretos nas tentativas de implantação do projeto da Reforma Sanitária, sendo o principal deles a crise fiscal do Estado com o constrangimento dos investimentos sociais em favor do pagamento da dívida externa, levado a cabo pelas políticas econômicas dos seguidos governos, mas não foi só, a principal restrição dá-se no campo da disputa onde o modelo médico hegemônico se impõe.

No processo de formulação de propostas de reorientação dos serviços, apresentaram-se alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS. Com a municipalização surgiram experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma dessas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva, no corpo programático de entidades como a OMS/OPS e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico. A atuação de partidos políticos, movimentos sociais e agrupamentos específicos (como o da reforma psiquiátrica) também contribuíram para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção.²⁰ As experiências apresentam semelhanças no sentido de que, os atores principais participaram do Movimento da Reforma Sanitária, as propostas surgiram da integração academia-serviço e foram possíveis de implantação em municípios por estarem inseridas dentro de um processo político de quebra da hegemonia local, através de uma articulação partidária no campo democrático popular.

Sistemas Locais de Saúde

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), enquanto marcos conceituais, foram apresentados, em 1986, na Conferência Sanitária Pan Americana propondo um modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção. Segundo Paim & Almeida⁷ na década de 80 os

princípios da saúde comunitária estão integrados as primeiras iniciativas de reforma da saúde nos países subdesenvolvidos já com o rótulo atualizado de SILOS.

Os SILOS se inserem dentro do processo de democratização da sociedade, através da criação de mecanismos que permitam a participação da sociedade no processo de planejamento, execução e avaliação. Preconizam a ênfase na intersectorialidade, em atividades no nível local e em todas as esferas do governo. Os conhecimentos devem ser integrados, empregando-se as tecnologias disponíveis, adequando o financiamento e dotando-se recursos necessários para a garantia da atenção integral à saúde e ao financiamento. O modelo busca a maior articulação da rede de serviços, racionalizando os gastos e esforços. A meta de oferecer serviços a todos, com equidade e eficiência, implica em um esforço técnico administrativo, capacitação de recursos humanos, recursos físicos e insumos, desenvolvimento de um sistema de informação que permita análises epidemiológicas desagregadas até o nível de micro-regiões, permitindo a reorientação dos serviços de saúde para o enfrentamento dos problemas identificados. Os programas de formação e mecanismos de difusão do conhecimento sobre os problemas da população são estratégias empregadas para a capacitação da força de trabalho. Esta proposta foi difundida em todo o mundo pela OMS, em especial na América Latina, pela OPAS.

Os princípios básicos da proposta de distritalização constituem-se na descentralização e planejamento locais, como forma de exercício de autonomia; na organização por problemas, estabelecendo-se as prioridades de intervenção e visando impacto nos indicadores de morbimortalidade; na intervenção com base territorial, adscrevendo-se a clientela vinculada e estabelecendo a responsabilidade da equipe; na participação popular, por meio de mecanismos criados pela própria população, bem como a co-responsabilidade entre serviços e população; na hierarquização dos serviços.

A proposta utiliza alguns conceitos chaves como: *território, problema e práticas sanitárias*. O *território-processo* é concebido enquanto espaço em permanente construção, fruto da disputa de sujeitos sociais, numa determinada arena política. Ele retrata ainda as desigualdades sociais. O reconhecimento do território permite a identificação *dos problemas* de saúde ali contidos, permitindo-se assim aos atores portadores de um determinado projeto de saúde, articular um conjunto de operações interdisciplinares, para solucioná-los. As *práticas sanitárias* são as práticas de saúde articuladas com a totalidade social em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas.

São realizados diagnósticos de saúde, através de informações sócio-sanitárias disponíveis, identificando-se as cadeias epidemiológicas e os nós-críticos. São identificados os recursos e atividades e analisadas as relações de poder no setor saúde e então definido o planejamento local, para estruturar a oferta de serviços, atendendo a demanda epidemiologicamente identificada e captar os usuários provenientes da demanda espontânea. A Vigilância em Saúde constitui-se enquanto prática sanitária de organização dos processos de trabalho em saúde, para enfrentamento dos problemas contínuos. Por sua vez a organização dos serviços faz-se de forma hierarquizada, com grande ênfase na atenção primária, com atendimento organizado por grupos populacionais e ênfase na promoção. Os demais níveis não são muito enfatizados.

Algumas críticas podem ser feitas a esta formulação. Primeiro centra-se na definição de problemas, que é dada a partir dos saberes epidemiológicos e higienistas, afastando, assim, a possibilidade da apresentação enquanto problema de saúde, aqueles que são portados pelos usuários, seus sofrimentos, as suas necessidades. Segundo, tangencia o modelo hegemônico, convivendo com o modelo médico de produção de serviços, restringindo sua intervenção à atenção básica, limitando sua atuação aos problemas priorizados, não enfocando a gestão do sistema na sua totalidade.

Esta proposta acaba por não dar combate frontal ao modelo médico hegemônico, repetindo o confronto Saúde Pública *versus* medicina, deixando para os médicos neoliberais as práticas de saúde que intervêm sobre o sofrimento/doença. Paradoxalmente pelo uso do arsenal do planejamento estratégico situacional, pode ser um fator de instigamento de suas próprias limitações, quando operado por gestores governamentais efetivamente comprometidos com a participação e a democracia no âmbito das políticas setoriais.²¹

Cidades Saudáveis

A proposta de Cidades Saudáveis nasceu em Toronto, Canadá, em 1984, como parte de uma conferência sobre políticas públicas saudáveis, numa tentativa de dar conseqüência à doutrina de promoção à saúde, formulada na Carta de Ottawa. A carta define os compromisso que uma cidade assume, ao entrar numa rede que seriam: - formular políticas públicas saudáveis nos distintos setores; - criar entorno físicos e sociais saudáveis; - estimular a participação popular; - desenvolver a habilidade das pessoas em manter e melhorar a saúde; - trocar informações; - desenvolver políticas públicas referidas pela equidade.

A proposta ganhou a adesão de cidades européias e da OMS, chegando à América Latina e Caribe na década de noventa, junto com a implantação dos SILOS.²²

As diretrizes consistem no entendimento da saúde enquanto busca da melhoria da qualidade de vida, compreendendo-a enquanto parte do desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis. A saúde é vista enquanto respeito à vida e ao ecossistema. A população é incentivada a participar e influir na gestão do sistema, além de se buscar que cada cidadão assuma mudanças no estilo de vida, cuidando assim do seu bem estar. São seguidas as recomendações dos SILOS, quanto à reorientação dos serviços de saúde e, principalmente, a grande ênfase na intersetorialidade, enquanto principal estratégia para articulação política e operacional na promoção da saúde, baseia-se na implantação no nível local, sendo conduzida pelas autoridades municipais. A estratégia gerencial exige parceria entre o governo municipal e a população, estimulando-se a participação popular.²²

A cidade de Curitiba (PR), constituiu-se enquanto expoente desta modelagem. Os agentes de saúde foram colocados no modelo, permitindo maior articulação com a comunidade. Investiu-se nas referências especializadas e na urgência, bem como na rede hospitalar. A facilidade na condução deu-se na continuidade administrativa, com sucessivas administrações municipais alinhadas ao mesmo projeto política ideológico.^{4,22}

Os elementos identificados como críticos nessa proposta são: enfoque excessivo na intersetorialidade e no papel da população na produção da saúde, reduzindo o papel específico desempenhado pelos serviços de saúde, a não intervenção na integralidade do sistema e a redução do papel gestor da autoridade sanitária.²⁰

Em Defesa da Vida

Esta proposta surgiu enquanto formulação de alguns militantes do movimento sanitário, que atuavam nas redes municipais da região de Campinas, também muito vinculados ao Laboratório de Administração e Planejamento, do DMPS/UNICAMP, no final da década de 80, e a outras experiências realizadas em localidades como Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Volta Redonda, dentre outras.^{4,23}

Buscava-se um modelo que pudesse transpor os princípios aprovados para o setor Saúde nos textos constitucionais - universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade, qualidade e responsabilidade – para a realidade. A resposta do Planejamento Estratégico Situacional era insuficiente, os modelos sugeridos não continham propostas para o trabalho médico e o atendimento ao indivíduo doente. A sistematização da proposta "Em Defesa da Vida" foi divulgada na IX Conferência da Saúde, em 1992. Os princípios que a norteiam: a saúde com o direito de cidadania e a conseqüente reorganização dos serviços e do processo de trabalho em

saúde, de forma a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, buscando a identificação das necessidades que portam os usuários e a garantia de acesso ao serviço e recursos tecnológicos necessários; a gestão democrática e controle social, garantindo-se o acesso à informação e atuação dos setores sociais nas definições dos rumos da política de saúde e na democratização das relações entre o Estado e sociedade.^{1,14,15,18,19}

Enquanto diretriz operacional defende-se a construção de Serviços de Saúde que, através da mudança do processo de trabalho em saúde, acolham os usuários, possibilitando a identificação dos "problemas de saúde" que o usuário traz, ou seja, criando vínculos e se responsabilizando pela saúde destes, mobilizando todo o conjunto de "opções tecnológicas" na direção da resolubilidade e buscando promover a saúde no plano individual e coletivo, e contribuindo efetivamente para aumentar a autonomia do usuário no seu viver. O controle social e a gestão são viabilizados pela garantia de espaços de participação dos usuários, pelo acesso de informações político-institucionais dos serviços.²⁶

A vinculação com a epidemiologia dá-se com a corrente latino-americana, referindo entretanto à sua limitação na percepção dos problemas de saúde, em especial os aspectos individuais e subjetivos do adoecer, os desejos e interesses articulados na composição da demanda aos serviços.^{14,15,26}

Na proposta de modelo de gerência, foram adotados autores como Carlos Matus e Mário Testa, e toda a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Adotou-se a noção de "caixa de ferramentas", que dá à metodologia um caráter flexível, adaptando as ferramentas do planejamento para o cotidiano da equipe de saúde e na construção de um novo desenho organizacional para as unidades de saúde e para a gestão.^{15,26}

A teoria da ação comunicativa de Habermans, a Análise Institucional e elementos da psicanálise contribuíram para a compreensão dos problemas institucionais e os interesses em jogo, articulando projetos que incluem vários atores e os diversos interesses e influenciaram a atuação da equipe de saúde, para ampliar a capacidade de perceber a demanda e articular respostas mais adequadas.^{15,26} O processo de trabalho foi discutido a partir das contribuições de Mendes Gonçalves²⁵ e Merhy²¹ através da análise da micropolítica do trabalho.

A proposta do LAPA postula uma flexibilização dos critérios de hierarquização, pois o perfil das Unidades Básicas seria definido pela configuração de demanda da população. A estruturação do nível primário de atenção, torna-o mais complexo em atribuições. A equipe da unidade básica é multiprofissional, dispõe de especialistas médicos básicos (pediatra, clínicos

e ginecologistas) e incorpora equipamentos e tecnologias que aumentam a resolubilidade, conforme as necessidades.^{18,26} Neste sentido são elaboradas e implementadas estratégias como o acolhimento do usuário, que visam modificar o processo de trabalho em saúde, humanizando as relações trabalhador/usuário. Assim busca-se a vinculação entre o usuário e equipe, responsabilizando-se cada membro da equipe no acompanhamento do problema. A autonomia da equipe é estimulada na criação do projeto terapêutico, constituindo-se equipes com razoável grau de responsabilidade técnica, profissional e gerencial. Os saberes técnicos das equipes são estimulados, de forma a ampliar o "campo de saber", potencializando-se as respostas da equipe, a integração da equipe multidisciplinar, enfim, ampliando-se as "tecnologias leves", ou o saber que o profissional detém, no atendimento das necessidades portadas pelo usuário. Este processo envolve um pacto negociado de metas entre gerência e equipes, em torno do projeto, cujos resultados são avaliados por meio de indicadores. Em algumas experiências foram introduzidos dispositivos como a premiação por desempenho da equipe e em outras foram implantados os colegiados de gestão, democratizando e horizontalizando a gestão.^{14,19,23,20,26,27,28}

Algumas experiências foram realizadas na assistência hospitalar, estabelecendo também no hospital as noções de vínculo, responsabilidade e acolhida. A gestão foi horizontalizada e criaram-se "unidades de produção", estabelecendo-se contratos e metas entre estas unidades.^{1,14,15,18,19}

O principal obstáculo encontrado para a perenidade destas proposições, foi os diferentes tipos de discontinuidades administrativas, que inviabilizaram em diversos momentos a consecução final das mudanças propostas.

A principal crítica à proposta enquanto modelo é que apesar de nos seus pressupostos estarem colocados os princípios do SUS (universalidade, integralidade e democratização), não foram desenvolvidos os instrumentos para a intervenção na gestão do Sistema de uma forma mais totalizante.

Programa de Saúde da Família (PSF) e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)

O Programa de Saúde da Família (PSF), foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, em 1994. Existiam experiências anteriores em alguns municípios como Niterói (RJ) e Itacarambi (MG), entre outros. A principal referência era a experiência cubana. Desde então, tem sido adotado pelos diferentes níveis de

governo como uma estratégia para reorganização dos serviços de saúde. Já o PACS foi institucionalizado em 1991 a partir de experiências isoladas e focalizadas em algumas regiões do País (Paraná, Mato Grosso do Sul e no Ceará – neste enquanto política do Estado).²⁹

Segundo Paim², o PACS foi apresentado em 1991 pelo governo Collor com a finalidade de estender a cobertura de ações à populações rurais e de periferias urbanas, voltado especialmente ao público materno infantil. O PACS pode ser considerado uma proposta assistencial limitada na sua potência por referência ao conjunto de intervenções de amplo alcance que estruturaram o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Sua extensão deu-se rapidamente nas áreas de baixa cobertura especialmente no nordeste brasileiro. Assim o próprio Ministério da Saúde mudou a ênfase para o PSF, por agregar novos elementos que pudessem potencializar a proposta reduzida do PACS.

A partir de 1998, com a implantação efetiva da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB/96), introduz-se um forte elemento de incentivo a propagação do programa através de um financiamento específico. Observa-se, a partir de então, uma rápida expansão do programa, com o Ministério da Saúde estabelecendo metas e vinculações de transferências de recursos financeiros a implantação e expansão do mesmo.

Para o Ministério da Saúde, nos seus documentos oficiais, o PSF ressurgiu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, marcado pelos serviços hospitalares, nos atendimentos médicos e ações curativas.³⁰ Alguns segmentos técnicos do MS e certos autores consideram o PSF como “estratégia de reorganização da atenção básica no país”.^{22,31}

A atenção estaria centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social. Assim o PSF teria "*caráter substitutivo*" das práticas convencionais de assistência, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde. Baseia-se na territorialização e adscrição da clientela, trabalhando-se com a população adscrita de, no máximo, 4.500 pessoas por equipe. A equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).³⁰ As funções da equipe são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira, sendo normatizadas fortemente pelo Ministério da Saúde. A Unidade de Saúde da Família está inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

Muito se avançou com a implantação das equipes, ampliando o acesso aos serviços, saindo de uma lógica fragmentada, para outra pautada no vínculo, na escuta e na ênfase da promoção e da articulação intersetorial. Mas ainda cabe o desafio de ampliar o debate sobre inúmeras questões, se pretendemos ampliar a sua capacidade de torna-lo hegemônico e homogeneizar o modelo de assistência da atenção básica no Brasil. Pretendemos com essa reflexão contribuir na aposta de possibilidade de recriação, avançando no sentido de estar atento às experiências locais, adequando-se às necessidade de adaptação. Assim descreveremos algumas situações que avaliamos que reduzem a potência do PSF na sua capacidade de produzir mudanças ao modelo hegemônico.

O formato e a organização do processo do trabalho adotado até então pelo PSF, contém alguns limites, como a concepção de um formato único para todo o país e equipes, minimizando as diferenças locais, desconhecendo o atendimento à demanda espontânea, como se a adscrição da população à equipe de saúde da família conseguisse responder pela totalidade das necessidades de atenção a saúde dos usuários. O PSF trabalha a falsa idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde¹¹. Dentro disso, cabem algumas reflexões, como a perspectiva de se trabalhar com a resposta ao sofrimento portado pelo usuário e a necessidade de ter as portas de entrada das unidades sempre aberta aos mesmos, não tentando negar essa demanda. Torna-se inconcebível o pressuposto de que, ao organizar a assistência no território e desenvolver ações de promoção, teremos reduzido a atenção à demanda, como se fosse sinônimo de serviços desarticulados. Ao contrário, na medida que organizamos os serviços, em especial a atenção básica, teremos sim um reconhecimento da população de que aquela unidade realmente responde ao seu sofrimento, aos seus problemas e poderemos até mesmo elevar inicialmente a demanda pela unidade. Como abordar isso? Evidentemente cabem adequações em recursos humanos e físicos, além de estruturar serviços que acolham essa demanda, estabeleçam outra interação com esses usuários, vinculando os mesmos.

Outra questão colocada consiste na visita domiciliar, que foi definida inicialmente como prática rotineira, na prática tem sido substituída pela ação cotidiana dos agentes comunitários de saúde e ocasional dos demais profissionais. O simples fato de realizá-las, não significa que o médico tenha abandonado sua prática “procedimento centrado” e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixe de ser estruturado pelos atos e saberes médicos. A

visita domiciliar consiste em importante instrumento da saúde coletiva, devendo-se avaliar a forma mais oportuna de inseri-la no cotidiano dos serviços.

Uma grande dificuldade no PSF tem sido a questão dos custos/financiamento do programa, especialmente o custo dos profissionais. Parte-se do pressuposto de que altos salários garantem bons atendimentos, inserção do profissional e permanência na comunidade, permitindo a “interiorização” dos profissionais. Podemos contabilizar vitórias, principalmente na ampliação da cobertura de serviços no interior do país e regiões como norte e nordeste³³. Não podemos desconhecer que essa concepção tem levado pequenos municípios a travarem entre si disputa pela atração/manutenção dos profissionais, gerando rotatividade e instabilidade nas equipes, além de sobrecarregar pequenos municípios na sua capacidade de financiamento do programa. Sem negar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, os altos salários garantiriam o compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. Cabe então discutir os imensos desafios colocados como a adesão das equipes, o envolvimento na definição do projeto de saúde e capacitação das mesmas. Ainda combinado com esta questão está a institucionalização de uma nova modalidade de recursos humanos no SUS: a terceirização dos médicos, enfermeiras, agentes comunitários, em substituição aos funcionários concursados. Isso leva a descontinuidades por não gerar estruturas efetivas, duráveis e qualificadas. Conforme Noronha³⁴ *“sob o argumento de modernização gerencial, eliminou-se a figura do servidor público através da flexibilização e da desregulamentação das relações de trabalho gerando um total descompromisso do serviço com a população atendida. (...) Deve-se refletir o quanto a utilização desses mecanismos apontam na direção à reforma do estado neoliberal e na consecução do estado mínimo, tanto em investimentos, quanto em atribuições”*.

O PSF mistifica o médico generalista, como se este profissional, ou melhor, esta “especialidade” médica conseguisse implementar novas práticas de saúde junto à população, desvinculado de uma nova abordagem da relação trabalhador/usuário. Essa ainda não é a realidade de trabalho no Brasil, existindo um grande número de especialistas das áreas básicas (pediatra; gineco-obstetrícia, clínica geral), além de inúmeras redes municipais terem se estruturado a partir de pessoal concursado nessas áreas. Cabe dialogar com outras possibilidades de construção, buscando adequar um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade os profissionais já existentes, principalmente os médicos das áreas

básicas, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres, responsabilizando-os por determinada clientela, permitindo assim um processo de transição e não gerando a substituição de redes municipais, que acarretam situações complicadas e mal negociadas com os quadros já existentes.¹¹

Como o Ministério da Saúde funcionou no passado induzindo o financiamento a essa modalidade, os municípios passaram a implantar o PSF como o modelo assistencial, em um formato único, muitas vezes desconhecendo-se a sua realidade epidemiológica, as características da rede, os recursos humanos existentes. Dessa forma tudo era regulamentado centralmente, o formato da equipe, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde do território e o modo de fazer o programa, o que reduziu a adequação à realidade local.

Segundo Paim² *“apesar da relevância do PSF/PACS faltam evidências que apontem tais programas como estratégia suficiente para reorientação dos modelos assistenciais dominantes. As experiências positivas verificadas em distintos municípios (...) estão distantes de alterar o SUS real e de transformar o sistema de saúde brasileiro”*.

Estas considerações buscam relativizar um certo aspecto de “panacéia” conferido à proposta, identificando seus limites e recolocando os seus aspectos positivos. Viana & Dal Poz²⁹ caracterizam o momento da institucionalização do PSF como um período de *“vazio programático”*. A proposta dos SILOS não tinha se expandido e/ou consolidado e as três esferas de governo não apresentavam nenhuma proposta mais acabada para a atenção básica. O PSF então assume esta característica, possibilitando que diversos municípios que não tinham uma rede estruturada de serviços pudessem intervir na atenção a saúde de sua população. As características positivas no PSF, dizem respeito principalmente a adscrição de clientela, a responsabilização, o vínculo com a equipe e a humanização das relações usuários / sistema de saúde, o que possibilita criar referências dos usuários em relação a uma dada equipe e responsabilizar esta pela assistência àquela população.

Consideramos que, para além desta rica e necessária discussão que o SUS e os seus múltiplos sujeitos implicados carregam, há a necessidade de identificar, que um outro lado da moeda, destas questões até agora apontadas, é aquele que se refere ao conjunto das ações transformadoras que se propõem superar modelos de construção das práticas de saúde, que não se articulam o grande eixo central desta práticas, que é o de estar olhando e respondendo ao complexo mundo das necessidades dos usuários, individuais e coletivos³⁵. E, ao mirar este

tema, aparecem como pontos de reflexão todos aqueles que procuram entender de que modo os diferentes sujeitos implicados no campo da saúde governam seus projetos e disputam entre si as muitas possibilidades de caminhos que este campo permite. Em particular, quando o que se deseja é a superação de modelos hegemônicos muito fortalecidos como os centrados no poder político e técnico das corporações profissionais, que têm se distanciados cada vez mais de suas finalidades: a defesa radical da vida individual e coletiva, em troca de projetos privados e particulares.

Olhar o terreno dos sujeitos em ações de governo é perguntar sobre a gestão e seus desafios.

PARTE 2 – DESAFIOS DA GESTÃO COMO LÓCUS DE INTERVENÇÕES TRANSFORMADORAS

Atualmente, a busca por novos modelos de atenção a saúde - através da organização de serviços e sistemas comprometidos com modos de atuar de formas: mais eticamente responsáveis, implicados radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva, cuidadores por excelência, com capacidade de encontrar a melhor solução técnica para os problemas de saúde e claramente ordenados pelas necessidades dos usuários, enquanto cidadãos efetivos que têm na saúde um valor inestimável - demanda muitas questões:

- é possível mudar os modelos de atenção a saúde, hoje?
- se sim, como redesenha-los a partir do que são?
- seria esta uma tarefa que exigiria certas competências governamentais, que os que atuam em busca da mudança, não têm? e, então, como adquiri-las?
- o que há nos sistemas de saúde, de instituído, que se opõem às mudanças?
- o que há nos mesmos que as favorecem?
- há algumas pistas por onde a mudança pode caminhar?

Respondê-las é uma tarefa, não só deste texto, mas de todos aqueles que estão pretendendo investir em ações transformadoras dos serviços de saúde. Neste material, tentaremos acumular dados e informações suficientes que permitam avançar na construção de algumas noções, que possam mostrar os terrenos que compõem os territórios do campo da saúde, que são

construídos a partir de certas tensões permanentes, próprias deste campo, e que podem servir de alavancas, ao serem exploradas como focos/lugares de potência, para ações transformadoras - sobre as várias modelagens de organização das práticas de saúde - dos distintos sujeitos sociais que habitam e constituem aqueles terrenos. Transformações que podem se configurar em mudanças de variados sentidos, tanto na direção da defesa radical da vida individual e coletiva, quanto na privatização dos interesses corporativos e econômicos mais mesquinhos.

Entendemos que toda instituição é um território minado, ou seja, são muitas instituições constituídas por um permanente processo de construção de arranjos organizacionais que estão sempre acoplados a terrenos tensos, como um terreno composto por muitas minas, que poderá, em suas explosões, caminhar para uma destruição ou re-ordenamento e, assim, proporcionar a construção de novos arranjos e novas lógicas para a sua existência.

Estes arranjos são inclusive formas de estabilizar estas tensões dentro de um certo desenho organizacional, que, entretanto, por mais competentes que sejam, nesta missão, não eliminam aquelas tensões que fazem parte da sua própria constituição³⁶.

Um exemplo, muito banal disso, pode ser dado através da forma como nos relacionamos, enquanto seres biológicos, com o oxigênio. Sabemos que sem este elemento não podemos viver, porém, o seu excesso no nosso organismo, nos matará. Isto é, a nossa relação com ele é tensa e sempre será. Para podermos nos manter vivo temos que construir certos arranjos biológicos, adequados ao tipo de meio que estamos imersos, que nos permitem atuar sobre a tensão. Qualquer falha neste esquema pode ser fatal. Seja uma falha no próprio organismo que não consegue mais conhecer o nível do oxigênio e perde sua capacidade de controlá-lo, ou seja uma falha no meio social e ambiental que pode destruir este elemento e anular a sua oferta.

De qualquer maneira, a nossa relação é sempre construída diante de terrenos minados que são compostos por tensões permanentes, com as quais temos que trabalhar para mantermo-nos vivos. E, mais, podemos até explorar parte desta tensão para modificar certos mecanismos de controle que vão se tornando ineficazes.

Por semelhança, a reflexão que colocamos como pergunta é: que terrenos minados são esses que compõem o território da saúde, enquanto processos institucionais, e que nos obriga ou nos permitem desenhar certos arranjos organizacionais para constituir modos de produzir saúde, ou mesmo modelos de atenção. E ainda, como diante de certos modelos, por visão crítica em

relação aos mesmos, podemos explorar aquelas "minas" e, com isso, fazer explodir o modelo que queremos mudar, provocando alterações em direção a um novo, que poderá se configurar a partir de novos arranjos.

Em primeiro lugar, temos que entender que os focos de tensões, que estão sempre presentes e são próprios de cada instituição, nos terrenos da saúde são sempre definidos pela natureza singular destes lugares: o de serem espaços de produção do cuidado em saúde, como uma prática técnica, socialmente constituída. E, como tal, estes pontos de tensões referenciam-se a esta "alma", própria e única do campo da saúde, e estão presentes, atuando o tempo todo, nas várias e distintas organizações deste campo e em seus estabelecimentos.

A idéia básica é de que qualquer tipo de serviço de saúde está assentado em um território formado por terrenos, que se assemelham a uma região carregada de potências explosivas, a qualquer momento. Mas terrenos que, por serem lugares de produção, existem pela conformação de sujeitos sociais em ação, a eles pertinentes, isto é, terrenos que são, o que são, porque os sujeitos que compõem a produção do cuidado em saúde, enquanto sujeitos em e da ação, realizam e dão sentido aos vários acontecimentos do campo da saúde. Sujeitos que dão vida às tensões, ou mesmo, são constituídos e constitutivos delas.

É, exatamente, por serem lugares de sujeitos em ação, que o terreno mais estratégico para se pensar as possibilidades de manutenção ou de mudança, dos modos de se fabricar o cuidado em saúde, é aquele que pode revelar a maneira como os diferentes sujeitos em cena governam e disputam seus projetos, fabricando o dia a dia da produção dos modelos de atenção a saúde, no nível das várias organizações que expressam a sua existência material.

Veremos, logo mais adiante, na caracterização dos 3 terrenos constitutivos básicos do campo da saúde, porque consideramos como fundamental esta dimensão: a da gestão dos distintos processos de produção (do político, do organizacional e do processo de trabalho construtor do cuidado em saúde) implicados na fabricação de uma certa maneira de se produzir saúde³⁷.

Além disso, queremos demonstrar, também, que em todo campo da saúde, as tensões permanentes que o constituem não desaparecem, quando há a construção de um certo modo de agir em saúde, de um certo modelo de organizar os processos de trabalho, de uma certa forma de produzir o cuidado. Por isso, elas podem servir de alavancas para as ações que visam interferir no modelo constituído, ou mesmo podem ser exploradas para a permanência do modelo dado.

De um modo bem sintético, afirmamos que os principais terrenos, como lugares de minas explosivas, que compõem o território da saúde, são três:

- o terreno definido pelas lógicas da produção do cuidado em saúde e que tem, pelo menos como componente de tensão básica, o fato de que ao mesmo tempo que o cuidado só se realiza através da produção de procedimentos - como atos de saúde profissionais centrados - ficar centrado nesta produção, "destrói" uma das finalidades principais do cuidado que é ser centrada nas necessidades dos usuários. Esta tensão – ou paradoxo, pois não há como não ser assim -, centrada no usuário ou no procedimento, é permanente do ato de cuidar, e os modelos de atenção à saúde podem estar sendo amarrados por um ou outro percurso, ou mesmo por um encontro dos mesmos de uma forma não conflitiva, apresentando-se como alternativas distintas de enfrentamento dos problemas de saúde;
- o terreno dado pelos próprios arranjos organizacionais que os modelos adquirem, enquanto certas maneiras de organizar aquelas lógicas de enfrentar a produção do cuidado, e que se expressam em certos modos de governar os vários projetos de saúde e, inclusive, as tensões /paradoxos colocadas, anteriormente. A estas tensões, o campo da gestão das organizações acrescenta algumas novas, como por exemplo a expressa pela relação entre controle e autonomia dos vários participantes da organização, que disputam os modos de governar estes arranjos. Há, portanto, de modo constitutivo, uma tensão entre o governo normatizado, instituído, e o autogoverno dos trabalhadores, na organização. Esta tensão está presente em todas as dimensões dos processos institucionais, seja na dimensão política, organizacional ou produtiva, isto é, a tensão/paradoxo está no fato de que todos governam nas organizações, que, por sua vez, estão centradas no ordenamento dos processos diretivos e decisórios; por fim, o último terreno que destaque, é:
- o terreno definido pelas lógicas de construção das necessidades de saúde, como o alvo que o cuidado visa, que vive uma tensão/paradoxo central, pelas ações sociais dos usuários – individuais e coletivos – e dos governantes e profissionais do setor. De um lado, há o mundo dos usuário e como constituem e valorizam o seu território de necessidades, fortemente demarcado pelo ângulo da utilidade, do valor de uso que a saúde tem para eles, e expressa por um certo modo dele, o

usuário, compreender a multiplicidade de suas formas de existência, da sua maneira de caminhar na vida, como indivíduo ou como pertencente a um agrupamento social específico. De outro, a forma como aquele mundo é incorporado como objeto de intervenções em saúde, por outras lógicas definidas nos jogos políticos e econômicos dos profissionais e governos, que atuam neste campo de práticas. Estas tensões, marcadas por estas disputas de diferentes projetos de saúde, conforme o que são definidos como necessidades para si e expressas nas tensas relações entre a dimensão individual e coletiva, que o mundo das necessidades pode exprimir, somam-se com aquelas que se produzem no eterno jogo social de construção do que é o interesse público e privado.

Procurando facilitar o entendimento do que estamos dizendo, vamos fazer um paralelo com um certo terreno em que há minas escondidas, mas no qual podemos desenhar mapas, indicando onde elas estão, que podem facilitar o meu movimento naquele espaço e o acesso àquelas “tensões-potências” (as minas), como em um trabalho cartográfico.

Porém, mesmo com este mapa, percebemos que nem todas as minas foram registradas ou podem ser registradas, e percebemos também que conhecer uma destas minas não a torna menos perigosa. Ela pode explodir a qualquer movimento mais brusco. Entretanto, podemos sem dúvida criar um certo jeito de andar pelo campo e até criar um certo jeito de neutralizar a explosão – a passagem da tensão para o conflito - ou de desativá-la, ou mesmo, de provocar uma detonação intencional, afim de aproveitar este acontecimento para gerar coisas novas.

Pensamos que os sistemas ou serviços de saúde, e em cada um de seus estabelecimentos, como um território, constituem uma cartografia de vários possíveis mapas, desenhados pelas características próprias destes terrenos minados que o tornam campo próprio da saúde e não outra coisa qualquer, e pelo modo como os vários sujeitos sociais que o habitam, caminham por ele.

A percepção de quem caminha nestes territórios tem uma dimensão que queremos destacar, pois acrescenta novos elementos ao que estamos colocando até agora. Não é difícil, hoje, perceber quando estamos ou não em um território institucional da saúde e não em um outro, como por exemplo, um de uma instituição religiosa. Pois, há algo de singular que os distinguem, como se portassem almas próprias, que mostram suas lógicas constitutivas

básicas e que vão influenciar nossas cartografias. Isto é, a percepção de que mapear lugares de saúde não é igual a mapear os de religião.

Portanto, o que marca um estabelecimento de saúde como tal, o que dá sua alma, o que estabelece qual é o jogo institucional que se joga, é o seu objeto simbólico de investimento, o seu alvo institucional, que é a produção do cuidado individual e/ou coletivo, sob qualquer modelagem, independente se isto implica ou não na produção da cura, da promoção, da proteção da saúde, ou mesmo, se isto está matando pessoas. Estes resultados, podem ou não serem realizados de acordo com o modo como a produções do cuidado são efetivadas, aproveitando, agora, para dizer que a palavra cuidado não carrega um valor positivo, mas a de ser o objeto simbólico que as práticas de saúde prometem, e como tal podem produzir até morte por certas formas de cuidar.

Aliás, isto é uma possibilidade muito forte em modelos centrados em procedimentos profissionais, sem compromissos com o mundo mais amplo das necessidades de saúde, como é o caso do modelo centrado em procedimentos médicos, muito hegemônico e atual. Pois, como tal, ele é um arranjo que pode gerar certos resultados positivos de cura e proteção e promoção à saúde, mas sem dúvida a sua principal marca é a inefetividade, por na maioria das vezes pouco eficaz e bastante ineficiente.

As atuações que visam manter ou mudar modelos de atenção sempre se defrontarão com as lógicas que descrevemos como constituintes das tensões/paradoxos. Os vários sujeitos implicados neste campo devem constituir competências de atuação bem variadas, em diferentes tipos de processos, tanto pelas suas naturezas – política, organizacional e produtiva – quanto pelas próprias características processuais – estruturada, quase-estruturada e não estruturada.

Concluindo: desafios para a construção de um modelo

Como conclusão deste ensaio, gostaríamos de ressaltar o comportamento circular das diversas propostas formuladas ao longo do tempo e que recorrentemente buscam os conceitos e as bases norteadoras das propostas formuladas anteriormente e não conseguem romper com o modelo assistencial hegemônico. No máximo tangenciam suas bases concretas de atuação. Assim foi com a medicina preventiva, a medicina comunitária, a proposta de sistemas locais de saúde, as “cidades saudáveis” e agora, com grande risco, o PSF.

Segundo Arouca⁸ o movimento preventivista possuía uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica por uma construção teórica-ideológica destas relações. Qualquer modelo, mesmo que oriundo do ideário da Reforma Sanitária, pode repetir essa situação ao não questionar os determinantes do processo saúde/doença e não propor uma política assistencial que totaliza a integralidade da atenção. Para que os modelos alternativos possam romper essa situação devem se referenciar nos pressupostos de garantia do acesso e acolhimento aos usuários, responsabilização/ vínculo, integralidade na assistência, democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão), gestão pública e adequação à realidade local.

Em relação aos principais problemas encontrados podemos citar o risco de implantação de programas que visem a extensão de cobertura, e certas "simplificações" e racionalizações, constituindo-se "subsistema" de atenção aos pobres, se não focado dentro da integralidade, não integração da rede de serviços, não definição da rede de referência³⁸.

Quanto à preocupação com a gestão integral do sistema, poderíamos dizer que todas as propostas apresentam debilidades, não sendo enfocada a gestão na sua totalidade por nenhuma das propostas alternativas.

Como exemplo de uma intervenção que perpassa todo o sistema poderíamos apontar a inversão de modelo na saúde mental, que mesmo que não abrangendo todas as áreas assistenciais, atravessa todo o sistema, intervindo e redirecionando o acesso, visando a desconstrução do modelo manicomial. Reformata-se a atenção básica, a referência secundária, a urgência, a referência e contra-referência, a regulação do setor privado e conveniado, enfim todos os níveis do sistema. Em nenhuma outra proposta conseguiu-se atravessar e invadir todos os níveis assistenciais.

O que nos leva a refletir, que efetivamente conseguiremos êxito se partilharmos dessa mesma estratégia, mudando toda a lógica de prestação de serviços, intervindo desde a prevenção, a porta de entrada, até os níveis mais complexos de atenção.

Ao formular uma proposta de modelo assistencial para o SUS deve-se buscar respostas para o enfrentamento dos atuais problemas de saúde e que também dêem conta dos problemas futuros, ou seja, do ponto de vista da transição demográfica e das evidências que apontam para uma sociedade com mais pessoas idosas e menos jovens. Nesse sentido Goulart⁹ aponta alguns aspectos que um modelo tecnoassistencial deveria conter: a) garantir a universalidade, a integralidade e a equidade; b) a atenção a grupos populacionais específicos (idosos,

adolescentes e outros); c) atenção a doenças crônicas, tendo em vista os custos crescentes e a incorporação tecnológica; e d) metodologias e tecnologias de educação e promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, entre outros. Poderíamos acrescentar outros desafios, como a abordagem da violência, a transição nutricional, o desafio no combate às doenças reemergentes, o avanço da AIDS, dentre outros, exigindo novas reflexões no enfrentamento de uma nova agenda da saúde coletiva para o milênio. E, em particular, o forjamento de uma rede que consiga explorar a capacidade democrática de encontro entre a intenção diretiva dos macro-projetos e de seus sujeitos governamentais e a auto-governativa dos trabalhadores na cotidianidade do fazer a prática de saúde, em cada estabelecimento, em cada ato de encontro com o usuário e o seu mundo de necessidades.

Na continuidade de imprimir os desafios de construir um sistema de saúde universal, equânime e de qualidade, deve-se persistir na aposta de buscar alternativas diversas, referenciadas nesses princípios. Entendendo que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível. Por se representar um território tenso e aberto, sempre podem emergir novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado.²³

BIBLIOGRAFIA

- 1 - PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. **In: Rouquayrol & Almeida. Epidemiologia & Saúde. 5ª Edição.** MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.
- 2 - MERHY, E.E., CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília, 1992.
- 3 - SILVA, Jr. AG. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva.** Ed. Hucitec, São Paulo, 1998.
- 4 - MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, in MENDES, E.V.(org.);

Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.

5 - PAIM, J.S. Medicina Comunitária, introdução à uma análise crítica. **Revista Saúde em Debate**, No 1, p.9-12, 1976.

6 - DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** S.P., Duas Cidades, 1979.

7 - PAIM, J. S. & ALMEIDA, N. F. Saúde Coletiva: uma "nova Saúde Pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

8 - AROUCA, A.S.S. **O Dilema Preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Tese (Doutorado) - FCM, UNICAMP, Campinas, 1975.

9 - GOULART, F.A. Cenários Epidemiológicos, Demográficos e Institucionais para os modelos de Atenção à Saúde. *Inf. Epidemiológico do SUS*, Vol.8(2):17-26, abr/jun, 1999.

10 - NUNES, E.D. Saúde Coletiva: História de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade** 3(2): 5-21, 1994.

11 - FRANCO, T.B., & MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial.** Campinas: UNICAMP, 1999. 23p. Mimeografado.

12 - FLEURY, S. A questão democrática da saúde. In FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos, 1997.

13 - ESCOREL, S. Revirada na saúde. **Tema/Radis.** Rio de Janeiro, 11:5-7, 1988.

14 - CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida.** HUCITEC, S. Paulo, 1994.

15 - CECÍLIO, L.C.O. (org). **Inventando a mudança na Saúde.** HUCITEC, S. Paulo, 1994.

16 - BRASIL. **Constituição Federal.** Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.

17 - BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, 1990.

18 - CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma, repensando a Saúde.** HUCITEC, S.P., 1992.

19 - MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da

qualidade das ações de saúde). In CECÍLIO, L.C.O. (Org) et al. **Inventando a mudança na Saúde**. HUCITEC, S. Paulo, 1994.

20 - CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In MERHY E.E. & ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. HUCITEC, São Paulo, 1997.

21 - MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates no planejamento em saúde no Brasil. In GALLO, E. **Razão e Planejamento, reflexões sobre política estratégia e liberdade**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

22 - MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

23 - MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993- 1996**. Tese (Doutorado) - FCM, UNICAMP, Campinas, 2001.

24 - MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política - um estudo dos formuladores de políticas**. Hucitec, São Paulo, 1992.

25 - GONÇALVES, R.B.M. Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1979.

26 - MERHY, E.E., CHAKKOUR, M. 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, E.E. & ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

27 - MALTA, D.C., FERREIRA, L. M., REIS, A.T., MERHY, E.E. Acolhimento _ mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência em Belo Horizonte, *in*: **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. Xamã VM ED.; S. P., 1998.

28 - 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 CAMPOS, C.R., et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o Público**. XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

- 29 - VIANA, A.L. & DAL POZ, M.R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. R.J., 8(2): 11–48, 1998.
- 30 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: Uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília, março de 1996.
- 31 - LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos de Saúde da Família, nº 1:3 – 9, 1996.
- 32 - BUENO, W. S., MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Campinas: UNICAMP, 1997. (mimeo).
- 33 – SIMÕES, CCS. Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. OPS, OMS, Brasília, 2002.
- 34 - NORONHA, J.C., SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 445 – 50, 2001.
- 35 – CECILIO, L.C.O “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde" IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001
- 36 - CECILIO, L.C.O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Rio de Janeiro: **Ciência & Tecnologia**, 4(2):315-329,1999.
- 37 - MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec; São Paulo, 2002.
- 38 - CECILIO, L.C.O. “Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.