

# **TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

FUNDAMENTOS HISTÓRICO-  
-POLÍTICOS

**MARCELO DALLAVECCHIA**

**TRABALHO EM  
EQUIPE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

CONSELHO EDITORIAL ACADÊMICO  
Responsável pela publicação desta obra

Elen Rose Lodeiro Castanheira  
Maria Cristina Pereira Lima  
Carmen Maria Casquel Monti Juliani  
Patricia Rodrigues Sanine

MARCELO DALLA VECCHIA

**TRABALHO EM  
EQUIPE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**  
FUNDAMENTOS  
HISTÓRICO-POLÍTICOS

**CULTURA  
ACADÊMICA**   
*Editora*

© 2012 Editora UNESP

**Cultura Acadêmica**

Praça da Sé, 108

01001-900 – São Paulo – SP

Tel.: (0xx11) 3242-7171

Fax: (0xx11) 3242-7172

www.culturaacademica.com.br

feu@editora.unesp.br

CIP – BRASIL. Catalogação na fonte  
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

---

V516t

Dalla Vecchia, Marcelo

Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos / Marcelo Dalla Vecchia. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7983-357-1

1. Cuidados primários de saúde. 2. Psicologia social. 3. Saúde pública. I. Título.

12-9267.

CDD: 302

CDU: 316.6

---

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)

Editora afiliada:



Asociación de Editoriales Universitarias  
de América Latina y el Caribe



Associação Brasileira de  
Editoras Universitárias

*Para Fernanda Márcia  
e Ana.*



## AGRADECIMENTOS

À Professora Elen Rose Lodeiro Castanheira, pelo estímulo na preparação dos originais que ensejaram esta publicação.

À Professora Sueli Terezinha Ferreira Martins, mestre e amiga, pela parceria nesses muitos anos de trabalho conjunto e por ter aceitado prefaciá-lo volume.

Aos demais Professores que compuseram as bancas do Exame Geral de Qualificação e de Defesa de Tese: Flávia Gonçalves da Silva, Ione Morita, Marcos Vieira Silva, Maria Dionísia do Amaral Dias e Marina Peduzzi, pelas inestimáveis contribuições.

À Professora Lília Blima Schraiber, pelo auxílio na obtenção de material bibliográfico e pela valiosa interlocução nos rumos finais do trabalho.

À Arlete Zebber pela revisão dos originais.

À Fernanda Márcia, esposa, companheira e amiga, que animou cada passo trilhado na elaboração da tese de doutorado e na preparação deste livro, pela compreensão e paciência com os momentos de recolhimento necessários para o trabalho de redação.





# SUMÁRIO

Prefácio	11
Apresentação	15

## **Parte I**

O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde	23
1 Elementos estruturais do processo de trabalho em saúde	25
2 Breve história social do trabalho em saúde	35
3 A reprodução social da saúde	43
4 A divisão social e técnica do processo em saúde	49
5 A historicidade do processo de trabalho em saúde	61

## **Parte II**

O trabalho em equipe na atenção primária à saúde	65
6 Breve histórico das políticas de saúde no Brasil	67
7 O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o SUS	75
8 A atenção primária à saúde e suas vertentes	91

9	Propostas de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS	101
10	Desafios do trabalho em equipe na atenção primária à saúde	109
	Considerações finais	121
	Referências	127

# PREFÁCIO

O discurso de que o trabalho em equipe é necessário e essencial para se garantir a boa qualidade do cuidado e o bom andamento do serviço está sempre presente no cotidiano dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). No mesmo sentido, percebe-se claramente a defesa por uma concepção ampliada de cuidado em que diferentes saberes sejam utilizados para a compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença. As principais instituições formadoras propagam a necessidade de ruptura com o modelo biomédico e individualista, tão arraigado na formação e práticas de saúde, assumindo que muitos saberes são fundamentais para se compreender processos tão complexos como as expressões do modo de viver e morrer do gênero humano.

Muitos esforços individuais e coletivos têm sido feitos para se garantir mudanças na organização do trabalho e nas relações interprofissionais e interdisciplinares para que o trabalho em equipe se realize com sucesso. No entanto, apesar dos possíveis avanços neste campo, algum tempo de acompanhamento, observação e atuação nas unidades de saúde é suficiente para se perceber que entre o discurso e a prática há um fosso, difícil de ser transposto. Contraditoriamente, apesar de todo esforço, é difícil vislumbrar profundas mudanças do modelo e das práticas que atingem o dia a

dia dos trabalhadores de saúde. São muitos os desafios e as dificuldades que temos pela frente para a superação da lógica fragmentária e especializada e, em consequência, das relações de poder que se constituíram historicamente.

O livro *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos*, de Marcelo Dalla Vecchia, nos ajuda a entender as contradições e os dilemas que enfrentam os trabalhadores da APS.

Encontramos nesta leitura um texto que é resultado de um longo caminho trilhado pelo autor. Quando cursava o 3º ano de Psicologia na UNESP-Bauru, Marcelo já demonstrava a sua curiosidade aguçada e postura política. Seu interesse pela Psicologia Social Concreta, de base marxista, e pela saúde pública foi se construindo desde então. Desde os primeiros projetos a APS sempre foi o cenário para o seu trabalho e a relação com a Psicologia Social colocou também o trabalho em equipe e os processos grupais no centro de suas preocupações.

Este livro é uma reflexão teórica, originado de parte de seu doutorado em Saúde Coletiva na UNESP de Botucatu. Ao realizar esse trajeto, o leitor perceberá desde o início que se trata de um texto crítico em que o autor se posiciona, retomando leituras preciosas no campo da saúde coletiva, que, embora tenham inquestionável relevância científica e política, deixaram de ser tão exploradas e visitadas nos últimos tempos, dificultando o seu acesso. Reflexos de um momento em que a produção acadêmica sofre pela demasiada pressão para que sejam cada vez mais rápidas, mais reprodutivistas, com o risco eminente de expressar o ecletismo teórico e metodológico ou de não ultrapassar os limites da aparência do fenômeno estudado.

Para uma leitura aprofundada do problema de pesquisa, tendo como base os fundamentos marxistas, Marcelo busca o diálogo com alguns autores que ocupam papel de destaque na área da saúde pública, como Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Mendes-Gonçalves, Lília Schraiber e Marina Peduzzi.

Na primeira parte do livro a forte presença da obra de Mendes-Gonçalves é evidente, intencional e enriquece o texto, contribuindo

do para que as novas gerações conheçam a sua produção e possam se aprofundar na compreensão da totalidade do trabalho em saúde, mesmo que haja discordâncias com as posições do autor.

Como bem afirma o autor deste livro:

são recorrentes as abordagens que tematizam tais questões a partir de um viés mais propriamente organizativo ou sociotécnico do trabalho em equipe. O desafio que está posto é o de acercar a compreensão do trabalho em equipe na APS a partir da discussão de suas mediações e determinações histórico-políticas.

Realizar a discussão das mediações e determinações históricas e políticas do trabalho em equipe na APS implica em compreender sua história social e ter a clareza de que este fenômeno, na sua singularidade, expressa múltiplas determinações e as contradições presentes na produção capitalista. Foram poucos os estudiosos que analisaram o processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde com tanta profundidade como os autores citados. Por isso o resgate das produções de Mendes-Gonçalves é tão importante. Para tanto, Marcelo vai à raiz do problema, explicitando os elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, nos mostrando que “apreender as necessidades de saúde exclusivamente enquanto objeto de trabalho médico implica apreendê-las de modo parcial”.

A relevância desta análise não reside apenas no fato de que a temática abordada, o trabalho em equipe na APS, seja central no momento atual, mas fundamentalmente porque o autor escolhe um caminho árduo para cumprir essa tarefa. A centralidade do trabalho nas reflexões aqui apresentadas é afirmada e o trabalho médico não escapa ao seu olhar cuidadoso. Não está acima das outras práticas sociais, mas, pelo contrário, encontra-se impregnado totalmente pelas mediações e determinações das relações classistas da sociedade atual, onde o trabalho médico tem relações de interdependência com as outras práticas. A partir dessas discussões o autor mostra as distinções entre “processo de trabalho médico e processo de trabalho em saúde, entre trabalhador médico coletivo e trabalhador

coletivo da saúde, e entre agente do trabalho médico e agente do trabalho em saúde”.

Após explicitar os elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, Marcelo prossegue sua análise, apresentando aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil, enfatizando o período em que os movimentos sociais, em particular o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tiveram papel central nas mudanças empreendidas no campo da saúde pública e na elaboração, defesa, aprovação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Explicita, ainda, as divergências e contradições presentes nas diferentes vertentes de APS, chegando ao momento atual em que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passa a ser o modelo de atenção priorizado nas políticas nacionais.

Coerente com sua postura desde o início do texto, Marcelo finaliza este livro retomando uma questão que considero de relevância inquestionável: no final das contas o que importa são as necessidades sociais em saúde da população e dos próprios trabalhadores e a criação de espaços coletivos, onde as práticas de saúde das equipes possam ser compartilhadas, debatidas e transformadas. Portanto, conhecer, debater, aprofundar a análise sobre o trabalho em equipe e o processo de trabalho só tem sentido se o foco das práticas dos trabalhadores em saúde for responder às necessidades da população que atende e às suas próprias necessidades enquanto classe trabalhadora.

*Sueli Terezinha F. Martins*

# APRESENTAÇÃO

*Em princípio poder-se-ia pensar que esse conflito [refere-se à noção de doença que instrumentaliza o processo de trabalho médico] pudesse ser produtivo, suscitando o desenvolvimento de novas técnicas de intervenção; assim seria, se se tratasse apenas de uma dissensão técnica, mas por não poder sê-lo apenas, pois está necessariamente em jogo todo um conjunto de dimensões sociais, termina geralmente por esterilizar-se.*

Mendes-Gonçalves, 1992, [s. p.]

Nos últimos anos, tanto no Brasil quanto internacionalmente, políticas que enfatizam a Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido propostas e estabelecidas. Pode-se notar também um renovado interesse pela realização de pesquisas que focalizam o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações nessa área. Tal ênfase sugere uma crescente compreensão de que a APS é uma abordagem fundamental para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados à melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Iniciativas recentes que ratificam a relevância da APS para a saúde pública são sinais incontestes dessa ênfase. Dentre outras iniciativas, destacam-se: (a) a tematização da APS no “Relatório



Mundial de Saúde” da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 (World Health Organization, 2008); (b) a realização de seminários comemorativos dos 30 anos da “Declaração de Alma-Ata” no Brasil e no exterior; (c) a expressiva participação nas Mostras de Produção em Saúde da Família nos planos local, estadual e nacional; (d) as iniciativas de formação de trabalhadores para a Estratégia Saúde da Família (ESF) em andamento e; finalmente, mas não menos importante, (e) o lugar estruturante atribuído à APS na Portaria que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Ministério da Saúde, 2010).

Apesar da indiscutível pertinência do resgate dos princípios do movimento Saúde para Todos no Ano 2000, o processo de avanços e retrocessos na introdução de políticas de APS é significativo. Por conta disso, até o presente momento, alguns analistas contestam os impactos das propostas de mudança da APS em face do conjunto da produção de ações e serviços nos sistemas nacionais de saúde, inclusive no tocante à garantia da saúde como direito de todos e dever de Estado, conforme consignado na “Lei Orgânica da Saúde” (LOS), no caso brasileiro. Cada vez mais se estabelece um consenso em torno de que a aplicação dos princípios e diretrizes da LOS seria amplamente favorecida com a concretização da APS na esfera do SUS.

A assistência médica dita “supletiva” – Medicina de grupo, empresas de seguro-saúde, cooperativas médicas etc. –, o expressivo complexo médico-industrial privado – cuja ampliação, conforme Vianna (2002), fez emergir um complexo médico-financeiro – e os setores, também privados, da indústria farmacêutica têm logrado manter uma posição economicamente privilegiada (senão hegemônica) na assistência à saúde. Algo além da complementaridade da iniciativa privada legalmente estabelecida na LOS.

Concomitantemente, resultados positivos alcançados pela ESF nos locais onde sua introdução foi mais próxima do ideal interpelam seus opositores. Verifica-se, por exemplo, a repercussão favorável em um indicador de saúde de indiscutível relevância para os índices

de saúde de uma população: a redução da mortalidade infantil (Mackinco; Guanais; Souza, 2006). Além disso, em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2011), o serviço do SUS mais bem avaliado consiste no trabalho das equipes de Saúde da Família. Dentre os entrevistados que tiveram o domicílio visitado por algum integrante da equipe da ESF, 81% avaliaram o atendimento como “bom” ou “muito bom”, ao passo que apenas 5,7% disseram que o atendimento é “ruim” ou “muito ruim”.

Ocorre que, no processo de organização das ações e dos serviços de saúde na APS, mais precisamente os das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – com ou sem ESF –, gestores e trabalhadores invariavelmente se deparam com uma questão fundamental: a composição de um trabalho coletivo e a presença, nele, do denominado “trabalho em equipe”.

Ao abordar o contexto do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, Peduzzi (1998) – em trabalho referência no campo – discute que ele tem se caracterizado por: (a) um modelo assistencial de cunho biomédico, individualista e clínico; (b) um modelo de atenção em que confronta a defesa por um sistema público, universal, equânime e integral com um sistema privatista e seletivo; (c) uma articulação frágil entre as ações desenvolvidas por cada serviço e entre serviços; (d) um baixo orçamento público, com terceirização e flexibilização dos vínculos de trabalho; (e) um acúmulo da “velha agenda” (plano de cargos e salários, questões salariais, excesso de burocracia) com a “nova agenda” (flexibilização das relações de trabalho) de questões relacionadas aos recursos humanos em saúde.

Nesse sentido, a autora destaca que as recomposições da parcelização e a fragmentação do processo de trabalho no contexto das equipes de saúde são

difícilmente favorecedoras da articulação das ações executadas por profissionais de diferentes áreas e da qualidade de comunicação entre os agentes, e mais favorecedoras da agregação de trabalhos (Peduzzi, 1998, p.87).

A caracterização apresentada demonstra que seria um reducionismo atribuir os desafios de introduzir o trabalho em equipe na APS unicamente a problemas contextuais relacionados às políticas de APS. Delimitar os problemas enfrentados na APS às dificuldades no estabelecimento do trabalho em equipe também o seria. O complexo de questões enfrentadas na interface desses dois campos é multideterminado, impondo-se um exame mais detido. Por isso, é requerido certo esforço para uma aproximação histórica à constituição da interface entre trabalho em equipe e APS.

É necessário contextualizar o processo de trabalho em saúde por meio da identificação das articulações entre a organização interna dessa prática (seu momento “interno”) e as funções que lhe são socialmente atribuídas (seu momento “externo”). Ademais, abordar as especificidades do trabalho em equipe na APS requer situar o processo de trabalho em saúde perante as formas que as políticas de saúde pautam a questão da mudança do modelo de atenção. Coloca-se, então, a urgência de uma aproximação aos modos como, historicamente, o trabalho em equipe na APS é tratado em termos políticos no processo de construção do SUS.

Porém, antes ainda de abordar o trabalho em equipe na APS nos aspectos histórico-políticos, será preciso compreender como se manifesta contemporaneamente o processo de trabalho em saúde como trabalho coletivo, bem como as particularidades da cooperação que aí se dá.

Para Marx (2010), a cooperação foi decisiva para a preparação da base produtiva que se expressará na constituição do trabalho manufatureiro, em que há uma enorme ampliação das forças de produção do capital. Ao tratar dos efeitos da cooperação na ampliação da produtividade social do trabalho, o autor apresenta que:

A jornada coletiva tem essa maior produtividade, ou por ter elevado a potência mecânica do trabalho; ou por ter ampliado o espaço em que atua o trabalho; ou por ter reduzido esse espaço em relação à escala da produção; ou por mobilizar muito trabalho no momento crítico; ou por despertar a emulação entre os indivíduos

e animá-los, ou por imprimir às tarefas semelhantes de muitos o cunho da continuidade e da multiformidade; ou por realizar diversas operações ao mesmo tempo; ou por poupar os meios de produção em virtude do seu uso em comum; ou por emprestar ao trabalho individual o caráter de trabalho social médio. Em todos os casos, a produtividade específica da jornada de trabalho coletiva é a força produtiva social do trabalho ou a força produtiva do trabalho social. Ela tem sua origem na própria cooperação. *Ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie* [grifos nossos] (Marx, 2010, p.382).

Logo, deve-se analisar as mediações de uma atividade que tem como objeto a “saúde”, apesar de toda a controvérsia existente em torno da definição desse objeto. Um parâmetro para a extensão de tal controvérsia pode ser dado, por exemplo, pela comparação da ideia de saúde como “estado de completo bem-estar biopsicossocial” e a definição de Laurell (1982):

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (Laurell, 1982, p.11).

Abordagens que tematizam a questão do trabalho em equipe na APS, baseadas em um viés mais propriamente organizativo ou sociotécnico do trabalho em equipe, são mais frequentes. O desafio que está posto é o de acercar a compreensão do trabalho em equipe na APS a partir da discussão de suas mediações e determinações histórico-políticas. Esse percurso foi desenvolvido na Parte II da tese de doutorado do autor, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sueli Terezinha Ferreira Martins.

Na Parte I, “O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde”, são tratados os elementos estruturais do processo de trabalho em saúde. Enfatiza-se que apreender as necessidades de saúde exclusivamente enquanto objeto de trabalho médico implica apreendê-las de modo parcial. Assim, visto que na constituição desse objeto há uma conversão das estruturas de normatividade social que o estabelecem pela diagnose e pela terapêutica, discutem-se as consequências histórico-culturais de tal processo.

Adiante, contextualiza-se a centralidade do modelo clínico anatomopatológico por meio de um breve resgate da história social do trabalho em saúde. Nesse caso, a necessidade de disponibilidade qualitativa e quantitativa da força de trabalho acompanhou a hegemonia político-ideológica da clínica anatomopatológica, à medida que a igualdade de condições de saúde passa a ser associada ao direito de consumo individual de serviços médicos.

Na sequência, enfatizam-se alguns dentre os efeitos na reprodução social advindos com o processo de trabalho dos agentes do trabalho médico. As funções externas das atividades desses agentes são fundamentais no provimento de condições viabilizadoras da reprodução social. Consequentemente, emerge o hospital como organizador político-ideológico do trabalho médico, no que tange à sua organização interna.

Essa parte culmina na discussão das formas e do conteúdo da divisão social e técnica do trabalho em saúde, tomando por base as sucessivas diferenciações do trabalhador médico coletivo. Tais diferenciações estabelecem uma concepção do processo saúde-doença que se pretende universalizante e individualizante, abstraindo suas determinações sociais. Assim, a autonomia técnica desses agentes se alia ao liberalismo político-filosófico do modo de produção capitalista. À ampliação da jurisdição da Medicina e às sucessivas especializações e subespecializações do trabalhador médico coletivo, sucedem contendas acerca do objeto e da finalidade do processo de trabalho médico. Para o trabalhador coletivo da saúde, tal objeto e finalidade se estendem para bem além, respectivamente, do “corpo humano doente” e da “cura”.

A Parte II, “O trabalho em equipe na atenção primária à saúde”, é iniciada com um breve histórico das políticas de saúde no Brasil. Nela, destaca-se o episódio conhecido como a “crise da previdência”, ocorrido na segunda metade dos anos 1970, que permitiu trazer à tona o caráter perdulário da Medicina previdenciária e o consequente desfinanciamento das ações de saúde pública. Nesse período, com a abertura política após anos de ditadura militar, acontece a arregimentação de um movimento social que compõe as demandas da denominada Reforma Sanitária Brasileira (RSB): trabalhadores da saúde, movimento sanitário, partidos de esquerda e movimento popular urbano e rural.

Posteriormente, contextualiza-se o surgimento da proposta do SUS pautada pelo movimento da RSB, tendo como eixos de reivindicação: um conceito ampliado de saúde, o direito à saúde como direito de cidadania e a organização da oferta; enfim, um amplo processo de politização da saúde. Porém, o marco jurídico-legal do SUS é conquistado no mesmo quadrante histórico em que se configuram as primeiras tentativas de contrarreforma neoliberal. Logo, o problema do modelo de atenção persistirá negligenciado em virtude dos impasses da confrontação de uma concepção equânime, acessível, integral e universal de saúde com a permeabilidade ao clientelismo, o autoritarismo e a centralização, convenientes ao modelo médico-assistencial privatista.

Na sequência, examinam-se historicamente as contradições existentes nas vertentes de APS, dado que elas são diretamente ligadas à questão do modelo de atenção e de gestão em saúde. A Conferência de Alma-Ata, dessa forma, se apresentará como ápice da discussão sobre o papel da APS. Ao passo que o bloco socialista defendia uma APS “integral” como base para a reorganização do sistema de saúde, a APS “vertical” era defendida pelo bloco capitalista, como meio para a acomodação dos excluídos ao sistema de saúde existente.

Após esse tópico, discutem-se as propostas de mudança na organização do modelo de atenção no âmbito do SUS, ainda que gestadas em períodos precedentes à LOS. Nos anos 1990, em que tais

propostas emergem como tentativas de reorganizar a APS, o contexto é de ascensão do neoliberalismo e de refluxo da RSB. Ainda assim, são desenvolvidas importantes propostas que enfatizam determinados aspectos do modelo, cujas origens, fundamentos e estratégias geram distintas contribuições, cada uma com certas lacunas. O surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) foram oportunidades nas quais se pautou nacionalmente a questão do modelo de atenção, mesmo que por intermédio de programas seletivos e focalizados.

Finalmente, são abordados alguns dos desafios para a efetivação do trabalho em equipe na APS. Para isso, indicam-se: uma definição de equipe, as diferenças entre grupo e equipe e uma tipologia do trabalho em equipe. Discute-se a questão da multiprofissionalidade, valendo-se do exame das formas que efetivam a porta de entrada do sistema. Analisa-se, também, a abordagem da relação entre clínica e gerência nas propostas de mudança do modelo de atenção. Propõe-se, em linhas gerais, um debate acerca da organização tecnológica do processo de trabalho das equipes de APS mediante uma formulação que não esgota a singularidade das equipes concretamente existentes.

Ao explicitar suas mediações e determinações histórico-políticas, espera-se criar condições para ratificar o trabalho em equipe na APS como aspecto fundamental na construção da RSB, por meio do aprofundamento do debate sobre o processo de trabalho, o trabalho coletivo e o modelo de gestão e atenção à saúde. Nessa abordagem sobre o trabalho em equipe, busca-se criar condições que garantam a participação, a autonomia e a construção de um projeto político-assistencial pelos trabalhadores da saúde.

## PARTE I

### ○ PROCESSO DE TRABALHO E O TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE





# 1

## ELEMENTOS ESTRUTURAIS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A definição clássica dos elementos estruturais gerais constitutivos do processo de trabalho foi proposta por Marx (2010), consistindo em: agente, finalidade, objeto e instrumento. No entanto, existem especificidades na articulação desses elementos quando se pauta o processo de trabalho em saúde. Elas justificam uma primeira aproximação ao processo de trabalho em saúde como trabalho médico, adicionando certa complexificação aos aspectos gerais do processo de trabalho voltado à produção de mercadorias.

Para Marx (2010), o processo de trabalho é posto em ação por um agente que o faz dirigido por uma finalidade. Os instrumentos intermedeiam as operações realizadas pelo agente que visa transformar certo objeto de trabalho diante de dadas finalidades. Mendes-Gonçalves (1979), partindo de uma definição provisória, discute que o “objeto” do processo de trabalho médico é o “corpo humano doente”.

O autor utiliza as expressões “trabalhador médico”, “agente do trabalho médico” e “trabalhador médico coletivo” em contextos diferentes e com sentidos diversos. A primeira expressão parece ser reservada para abarcar especificamente o profissional médico, ou seja, o específico trabalhador. Em várias passagens do texto de 1979 acima aludido fica subentendido que as outras duas expres-

sões referem-se ao conjunto de ações postas em marcha por agentes que conformam certa prática social referida ao âmbito que Camargo Jr. (2005) denomina de “racionalidade biomédica”, não sendo necessariamente o profissional médico.

Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) não concede à Medicina enquanto prática social um aspecto “heroico”. Subtende-se que o autor não utiliza expressões como “agente do trabalho em saúde” ou “trabalhador coletivo da saúde” porque, de fato, não é uma noção ampliada de saúde a abarcada pelo objeto da prática social em exame. Isso não implica uma desconsideração, pelo autor, das contradições concretamente existentes no trabalho médico.

Para Mendes-Gonçalves (1979, p.22-23):

Há uma modificação necessária na passagem do “corpo humano doente do doente” para o “corpo humano doente do médico”, com a condição de que os elementos de toda natureza que caracterizam a necessidade inscrita no primeiro reapareçam no segundo, já trabalhados: nessa medida aparecem então como objeto do trabalho médico.

Esse processo impõe uma situação bastante distinta da observada nos que têm como finalidade a transformação de objetos inanimados. Nesses processos, tomando como referência seu agente, há uma relativa estabilidade entre as necessidades que dão ensejo ao processo de trabalho e o objeto de trabalho que materializa tais necessidades e que, nele, se buscarão realizar.

No caso do trabalho médico, pressupõem-se seres humanos e seus corpos enquanto objetos de trabalho que, conforme os critérios médicos, estarão (ou não) objetivamente doentes (alteração anatômica, perturbação morfofisiológica, desconforto etc.). Dessa forma, o que se converte em objeto de trabalho médico é, a rigor, uma apreensão parcial das necessidades do doente.

O normal e o patológico não existem em estado de pureza biológica “antes” para “depois” se contaminarem com as características

advindas de outras ordens de realidade, mas são já, imediatamente, definidos no encontro do biológico com o não biológico a nível do corpo, onde não se separam, diferentemente do que acontece com suas representações teóricas elaboradas pela ciência (Mendes-Gonçalves, 1994, p.58).

Porém, a doença, percebida como a necessidade de ser assistido em um episódio de adoecimento, pressupõe a existência social da assistência. Buscá-la exige que o dito “doente” esteja experimentando a transgressão de uma norma, que qualifica subjetivamente certo modo de andar a vida (dor, incapacidade funcional, insegurança social). Conforme Mendes-Gonçalves (1979, p.23):

O que entra no processo de trabalho é o portador da necessidade só parcialmente transformado em objeto, e não um objeto unilateralmente apropriado pelo trabalho. Ao terminar o processo, o que dele sai não é apenas um produto que deve poder corresponder a necessidades, mas igualmente o portador das necessidades então atendidas, durante o processo.

Assim, concomitantemente à tomada de certas necessidades, parciais, enquanto objeto do processo de trabalho médico, a necessidade de cuidado será conferida por um ser humano que se sente doente. O autor discute que isso tem duas consequências.

Primeiramente, decorre a ambiguidade objeto e finalidade da prática médica. No mais, tal ambiguidade se presta a omitir o lugar “prática médica” enquanto “prática social” no conjunto dos demais processos de trabalho. Em outras palavras, como “ciência do corpo humano doente”, a Medicina enfatiza seu objeto, e como “arte de curar”, a sua finalidade.

Em segundo, embora concretamente o objeto “corpo humano doente” jamais possa ser tomado como natural, a referida conversão opera certa inscrição social deste objeto: necessidades aparentemente naturais serão imediatamente sociais ao entrarem na composição de processos de trabalho específicos. Entretanto, sendo objeto do trabalho médico, o corpo assim será apropriado como um

campo de invariantes qualitativas, uma vez que os processos ditos “patológicos”, nele inscritos, serão explicados por leis generalizantes e anistóricas:

À medida que a medicina se estruturou sobre ciências positivas, passou a crer, com um grau de confiança que não era mais técnico, mas científico, que aprendera definitivamente e verdadeiramente seu objeto (Mendes-Gonçalves, 1994, p.63).

Como um desdobramento da relação entre doente, doença e assistência, uma questão poderia ser colocada: não é a necessidade de ser assistido que leva o doente até o médico? Sim, mas apenas aparentemente. Embora a prática médica seja dirigida simultaneamente à necessidade e ao objeto, essa necessidade é tida como eventual, acidental, casual, ao passo que esse objeto é ontologizado como universal, essencial. Mendes-Gonçalves (1979) alude, à diferenciação tradicional na prática médica de “patologia”, termo que define a própria essência da enfermidade, e de “doença”, que se refere a uma ciência da patologia (sua ocorrência).

Uma outra questão pode ser deduzida da polêmica sobre a natureza biológica ou social do corpo humano como objeto do trabalho médico: não é o reestabelecimento da homeostase dos processos orgânicos do corpo a *raison d'être* do trabalho médico? Identicamente: sim, no entanto, apenas aparentemente. Desse modo, o autor resgata o conceito de “normatividade vital” de Canguilhem (2007) e o coteja com a noção de “normatividade social” proposta por Donnangelo e Pereira (1979).

Sucintamente, para Canguilhem (2007), viver é uma atividade normativa por não ser indiferente a sua própria degradação, cabendo afirmar uma “normatividade vital”. Mendes-Gonçalves (1979), definindo “normatividade” por referência à conceituação de Canguilhem (2007), estabelece que ela consiste na:

Disposição de instaurar valores como normas e ajuizar as variações dos critérios que serviram para aquela instauração em função das normas instauradas [...] Se constitui, portanto, em um conjunto

de práticas materiais referentes a e indissociáveis de um conjunto coerente e organizado de concepções (Mendes-Gonçalves, 1979, p.51).

Assim, é o ser vivo que apreende certos estados patológicos como negativos. Em Canguilhem, pelo fato da vida ser normativa – a normatividade seria intrínseca à vida, sendo este seu princípio ontológico –, a ela são atribuídas normas. Essa normatividade é atribuída à vida pelo ser humano, consistindo no princípio epistemológico desta normatividade. Consequentemente, a norma científica do que é normal ou anormal, saudável ou patológico, acabaria por “se curvar” à normatividade vital.

Donnangelo e Pereira (1979) polemizam o conceito de “normatividade vital” de Canguilhem:

A normatividade social com relação ao corpo pode ser apreendida e expressa, em sua generalidade, pela presença, em qualquer sociedade, de concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, bem como dos mecanismos que ela aciona para garantir possibilidades de sobrevivência aos indivíduos e, ainda, pelos efeitos de tais concepções e mecanismos, entre eles a própria duração da vida (Donnangelo; Pereira, p. 1979, p.25).

Mendes-Gonçalves (1979), corroborando essa polêmica, discute ser necessária uma ruptura com as concepções que circunscrevem a finalidade e o objeto da prática médica exclusivamente às estruturas e funções morfofisiológicas do corpo humano. A normatividade social não pode ser acoplada a essa finalidade e a objeto mais restritos, simplesmente porque os processos explicativos da normatividade social não podem ser reduzidos aos que descrevem os processos morfofisiológicos do corpo humano.

Sobre a contradição da suposta objetividade da racionalidade biomédica da doença diante da real concreticidade da normatividade social da saúde, o autor considera:

[No caso das classes sociais mais baixas] não se trata apenas [...] de *não poder* seguir as recomendações devido à precariedade de suas

condições de vida, mas, trata-se também – e sobretudo – de *não querer* [grifos no original] segui-las, buscando impor à vida a sua própria normatividade, decorrente sem dúvida daquelas mesmas condições de vida, mas sadia como qualquer outra. [...] Na vida, a imposição da normatividade não passa apenas pela consciência do indivíduo, mas, antes de aí se apresentar está já constituída na consciência do grupo social que a porta, e ao qual ele pertence (Mendes-Gonçalves, 1979, p.50).

Vale esclarecer que a expressão “racionalidade médica” designa o conjunto de elementos que estruturam uma prática médica, contemplando: determinada concepção anátomo-morfológica, uma dinâmica fisiológica e vital, um sistema semiológico e diagnóstico, um sistema terapêutico e uma determinada cosmologia (Luz, 1988). A racionalidade biomédica é hegemônica no tempo que nos toca viver em relação aos conhecimentos, às tecnologias e aos subsídios que oferece para a prática clínica do médico.

Para Mendes-Gonçalves (1979, p.30), a redução do social ao biológico como objeto do trabalho médico resulta em

despir o conteúdo técnico desse trabalho de sua natureza imediatamente social, pois esta imediatividade se manifesta precisamente no fato de que esse objeto se superpõe a uma necessidade que o antecede.

Adverte também para o risco da psicologização. O processo de consciência do corpo, psicologicamente constituído, não é menos histórico e cultural que o processo que constitui o corpo como totalidade biológico-social:

Se o objeto do trabalho médico não pode portanto ser reduzido ao corpo anátomo-fisiológico, porque esse corpo é de um homem historicamente determinado, tampouco pode sê-lo à consciência psicológica que esse homem tem de seu corpo, pois esta também só é concebível como historicamente determinada (Mendes-Gonçalves, 1979, p.35).

O autor afirma que

a medicina toma para si como objeto, portanto, as estruturas de normatividade das classes sociais. [...] São, portanto, também práticas político-ideológicas que a Medicina toma como objeto (Mendes-Gonçalves, 1979, p.51).

Nesse movimento, as marcas da história e da cultura inscritas na normatividade social são elididas do objeto do trabalho médico. Impõem-se às necessidades satisfeitas por essa prática a própria normatividade médica, a despeito da normatividade social em questão.

Com efeito, a definição do objeto do trabalho médico segue uma específica normatividade social: a reprodução das condições de vida das classes sociais. Isso pode ser comprovado por três aspectos, no tocante aos extratos populacionais destituídos da posse de meios de produção: (1) o corpo e a personalidade “normais” são concebidos por referência à capacidade de trabalhar; (2) a referência para a terapêutica tomará como base as formas de utilização do corpo no qual é empregado; (3) as “marcas” da situação econômica da força de trabalho na estrutura produtiva serão qualitativamente discriminadas.

Em suma, as estruturas de normatividade das classes sociais, e suas respectivas necessidades, são tomadas como o objeto do processo de trabalho médico. Trata-se de um processo de trabalho que, por definição, configura apenas determinado tipo de necessidades enquanto “doença” – que, mais amplamente, poderiam ser definidas enquanto “necessidades de saúde”. No entanto, cabe discutir também em que consistem os “instrumentos” do referido processo de trabalho. Para Mendes-Gonçalves (1979, p.55),

Aos instrumentos de trabalho da medicina se concede, de modo contrastante com o que ocorre para os objetos e as finalidades, a historicidade, sob a forma de diversificação progressiva, desenvolvimento progressivo das trevas do passado para a luminosidade da era científico-tecnológica. Ao mesmo tempo, *se tende a negar, com*



*igual empenho, a historicidade enquanto significado consubstancial com os objetos e as finalidades entre as quais estabeleceram o modo do trabalho. [grifos nossos]*

No processo de trabalho médico, o aspecto técnico da atividade (determinadas operações de trabalho) precisa se adequar aos objetos e finalidades tal qual um processo de trabalho qualquer. Diante da possibilidade de que essa adequação não ocorra, resulta a técnica (os instrumentos) sobrevalorizada, visando a preservação da “moderna mitologia do desenvolvimento técnico-científico”.

É interessante observar que essa afirmação faz tanto sentido atualmente quanto fazia em fins dos anos 1970, quando o autor formula seu trabalho teórico. Ainda que os aspectos éticos e de experiência sejam crescentemente valorizados no processo de trabalho médico, nota-se um vertiginoso acúmulo de evidências de pesquisa orientadas pragmaticamente para o fazer clínico. Para o movimento da Medicina baseada em evidências, por exemplo, estas devem ser oriundas, idealmente, da pesquisa empírica de corte positivista, dada a pressuposição de “robustez” da dita “neutralidade científica”. Ao se levar em conta que o ser humano, objeto da prática médica, detém uma capacidade normativa social própria da sua condição como tal, nota-se que a técnica não será de fato “soberana” para alcançar suas finalidades, considerando o objeto de trabalho tal qual a Medicina hegemonicamente define. Isso contradiz outro de seus pilares fundamentais: o domínio sobre a saúde e a doença.

Mendes-Gonçalves (1979, p. 63) define três grupos de instrumentos na prática médica: (1) “aqueles que lhe servem para se apropriar do objeto”, consistindo nos instrumentos de diagnóstico que visam delimitar o objeto diante das finalidades; (2) “aqueles que lhe servem para efetuar nele [o objeto] a transformação desejada”, ou seja, os instrumentos terapêuticos, cujo objetivo é instrumentalizar a ação diante do objeto visando à finalidade; e (3) o local de trabalho como condição para a atividade, que não deixa de consistir em um instrumento e que, no caso da prática médica, é hegemonicamente o hospital.

O autor debate a bem conhecida teorização de Foucault (2004) sobre as transformações ocorridas nos saberes que instrumentalizam a prática médica. Tais transformações teriam instituído um lugar diferencial para a clínica no conjunto da prática social e promovido uma estreita aliança entre a Medicina e a sociedade burguesa no período que sucede a Revolução Francesa.

Para Foucault (2004), enquanto o discurso médico dos primeiros clínicos se refere à esfera compreendida pela doença e pela vida, o método anatomoclínico estabelece um novo âmbito à tríade doença, vida e morte. Há uma mudança de lugar no signo da doença, e a modificação da estrutura do conhecimento estabelece uma nova forma de instrumentalização da prática médica.

Mendes-Gonçalves (1979, p.74) expressa suas divergências metodológicas ao modo como Foucault concebe a genealogia da clínica pela “mudança de olhar”:

Não se depreenda daqui que a técnica material é gerada pelo discurso: ela encontra sua matriz no saber, que, se não se quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste precisamente em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas. Por isso o saber é histórico, por ser uma dimensão da prática.

Mendes-Gonçalves (1994) se refere a esse saber como um “saber operante”. Inserido em um processo de trabalho particular, os momentos externo e interno do saber operante no processo de trabalho médico, inscreve-se como uma mediação do conhecimento (saber científico) e das técnicas (saber prático).

Nesse sentido, a operação do saber somente é compreensível e efetiva em seu contexto. O objeto de trabalho será apreendido tendo por base certa relação entre instrumento e finalidade. Daí pressupõe-se uma coerência entre objeto e finalidade, e há uma dimensão tecnológica do saber. Contudo, outros saberes de caráter prático podem instrumentalizar o processo de trabalho médico. Por

exemplo, nas formas historicamente precedentes de trabalho médico, como no trabalho curandeiro e na Medicina hipocrática, conformaram-se saberes distintos do anátomo-morfológico. E ainda que individualmente instrumentalizados, saberes a respeito do processo saúde-doença referidos ao coletivo são coexistentes com a Medicina anatomopatológica.

Neste Capítulo, foi discutido que o objeto do trabalho médico apenas aparentemente é o "corpo humano doente". Uma investigação mais detida permite notar que o "corpo humano doente do doente" é distinto do "corpo humano doente do médico". Há uma conversão das necessidades de saúde do sujeito que sente-se doente, na qual os critérios subjetivos que levam-no a experimentar o estar doente e suas respectivas necessidades são apreendidos somente parcialmente por meio de critérios médicos. Esta conversão permite à Medicina anatomopatológica sustentar uma ambiguidade entre o objeto ("ciência do corpo humano doente") e a finalidade ("arte de curar") da sua prática. Além disso, ao serem subsidiados por leis generalizantes, os critérios médicos admitem que o corpo humano doente será portador de certa variante quantitativa de saúde e doença, estabelecida por uma normatividade médica que simultaneamente institui sua invariabilidade qualitativa. Assim, ocorre uma redução do social, do histórico e do cultural ao biológico como objeto da prática médica, o que leva à elisão da sua finalidade precípua: a reprodução das estruturas de normatividade social específicas das classes sociais existentes.

Foram ressaltados, portanto, elementos fundamentais do processo de trabalho, dadas as especificidades que conformam o lugar do processo de trabalho médico no âmbito do processo de trabalho em saúde. Adiante, no decurso de um breve resgate da história social do trabalho em saúde, será enfatizado o agente como elemento singular nesse processo. Isso possibilitará apreender mais detidamente a historicidade do processo de trabalho em questão, assim como de suas finalidades.

## 2

# BREVE HISTÓRIA SOCIAL DO TRABALHO EM SAÚDE

Não obstante a diversidade de interpretações antropológicas acerca da questão, Mendes-Gonçalves (1992) assume que a cosmogonia das sociedades primitivas é composta de um mito no qual o universo aparece como um todo. As partes desse todo são o que integram a narrativa mitológica. Os membros de tais sociedades são como personagens que reproduzem os papéis prescritos nela. O xamã, por exemplo, tem a capacidade de decodificar a linguagem das coisas, dos fatos, inclusive, do “mal” que os aflige. Esse “mal” é uma dessas partes e, semelhantemente, conhecemos-o como “doença”.

O autor apresenta que, nessas sociedades, em que perdurava uma divisão natural (e não social) do trabalho, o agente que detinha a capacidade de interferir no processo saúde-doença era o xamã.

É ele quem vai decodificar a doença-entidade que se apossa ou se agrega ao indivíduo, e restringe a capacidade de viver. A doença-entidade é propriamente o “mal”, objeto de trabalho do xamã, parte da natureza. O xamã, portanto, busca manipulá-lo com a finalidade de reintegrar o indivíduo à vida social. Seus instrumentos de trabalho são rituais. Assim, o xamã não recorre a uma planta como recurso terapêutico pelas suas propriedades farmacobotânicas, mas pela sua representação como parte de um determinado ritual integrante da narrativa mitológica.

Já na Antiguidade Clássica, ainda conforme Mendes-Gonçalves (1992), o principal agente do processo de trabalho médico era o médico hipocrático. A Grécia Antiga se apoiava na exploração do trabalho escravo e no comércio, dada uma típica estrutura de propriedade. Além dos escravos, que não detinham qualquer condição social de cidadania, havia cidadãos-livres que viviam no meio urbano com relativa independência do campo e desfrutando de uma democracia política, mesmo que restrita a eles. Nessa formação social, preparava-se a superação de uma estrutura de saber mítico-religiosa e antropomórfica na direção da organização sistemática de um conhecimento de cunho filosófico e científico.

Os fundamentos filosóficos da Medicina hipocrática, vedada aos escravos, enunciavam que havia um equilíbrio dinâmico correspondente ao estado de natureza. A doença, assim, era uma reação da natureza ao desequilíbrio, visto que essa tende à cura. Portanto, a relação harmônica entre o ser humano e a natureza requer a adesão e a compreensão das regras naturais pelo ser humano.

A “clínica”, por conseguinte, correspondia à observação das alterações naturais que geram sofrimento. O tipo de desequilíbrio natural fundamentava o diagnóstico e o curso de tal desequilíbrio equivalia ao prognóstico. O processo terapêutico consistia em imitar a natureza, favorecendo o curso da cura, ou contribuir com a natureza, a fim de evitar o fracasso em sua tendência de cura. Tratava-se de uma concepção positiva da doença.

O instrumento de trabalho, logo, era igualmente disponível ao cidadão-livre e ao médico hipocrático, uma vez que ambos poderiam ter acesso ao saber sobre a natureza. O escravo, entretanto, era assistido por outro tipo de médico, que apenas cuidava das lesões externas do corpo e cuja atividade tinha as características de um artesão. Mais tarde, na Idade Média, esse agente será identificado como o “cirurgião-barbeiro”.

Mendes-Gonçalves (1992) indica que a Medicina cristã tem origem com a aurora do cristianismo na Idade Média. Segundo essa concepção, a doença é uma provação, um preço a ser pago como sacrifício. Paradoxalmente, a expectância é a principal intervenção

diante da doença, sendo seu (não) instrumento central de trabalho. Diferentemente da Medicina hipocrática, a Medicina cristã se apoia em uma concepção negativa de doença.

Para o autor, o baixo desenvolvimento técnico demandado pelo trabalho de assistência religiosa é responsável pela introdução das assimetrias (entre assistentes e assistidos) e das hierarquias (entre agentes) que tipicamente caracterizam o aspecto assistencial do processo de trabalho em saúde. Além do mais, a concepção negativa de doença da Medicina cristã e a grande legitimidade por ela alcançada criam obstáculos à reconstituição de uma racionalidade médica baseada em uma perspectiva positiva de saúde.

Mendes-Gonçalves (1992) aponta as profundas mudanças ocorridas no processo de trabalho médico a partir da transição ao capitalismo. Elas acontecem, especialmente, no início do século XVI, e estão diretamente relacionadas ao vertiginoso desenvolvimento técnico-assistencial da racionalidade biomédica e hegemonia contemporânea dele.

Com o advento do capitalismo, a força de trabalho é uma capacidade que precisa ser livre e encontrar-se disponível. Sua posse é detida pelo seu portador, supondo-se, porém, o direito de ser utilizada por um proprietário de meios de produção mediante assalariamento. Assim, os corpos humanos adquirem o significado de força de trabalho, por ser justamente a fonte direta da valorização das mercadorias.

A disponibilidade da força de trabalho precisa ser quantitativa e qualitativa porque o modo de produção capitalista mostra-se vulnerável tanto a sua escassez quantitativa quanto a sua inadequação qualitativa. Por conseguinte, as práticas de saúde convertem-se em meios para controlar a ocorrência da incapacidade de trabalhar por doença e, também, para recuperar a força de trabalho por ela incapacitada.

O ideário político-filosófico do liberalismo conquista uma crescente hegemonia à medida que a burguesia ascende como classe e a Igreja perde seu espaço secular de exercício do poder político. Como parte desse ideário, coloca-se a igualdade de condições de

saúde, que passa a ser defendida em duas frentes distintas: pelo direito individual de consumo de serviços de saúde e pelo direito social à saúde, que pressupõe a cidadania.

Mendes-Gonçalves (1994, p.73) afirma que, no processo de transição para o capitalismo, emerge uma Medicina social, ressaltando que “esse saber novo era também produzido pelos médicos: aqui se evidencia como a categoria social transita – a despeito de seus conflitos internos, que trata rapidamente de esquecer – da estrutura social que morre para a nascente”. O autor indica que o desenvolvimento paralelo da Medicina social e da Medicina anatomo-clínica é emblemático da manutenção dos médicos na condição de ator político detentor do saber sobre as doenças.

É interessante notar que o médico alemão John Peter Frank (1745-1821) publica os nove volumes do seu *System* sobre polícia médica entre 1779 e 1827, que vão exercer uma enorme influência nas medidas higiênico-sanitárias empregadas na Europa. Com efeito, ainda no século XIX, vai se desenvolver a higiene social na França, propondo que o médico se aproxime das ciências naturais e das ambientais, junto do químico e do engenheiro, respectivamente, por conta da preocupação com a salubridade do meio ambiente. Conforme Mendes-Gonçalves (1994, p.73):

À medida que a urbanização, o aprofundamento da divisão social do trabalho, o aumento da dependência entre as nações e entre as diversas esferas da atividade humana caracterizavam a nova estrutura social como apresentando um grau mais complexo de socialização, as práticas de saúde tornavam-se “sociais”, no sentido de colocarem para si objetos explicitamente sociais como o meio, a cidade, a cultura, os comportamentos, os hábitos.

As nosografias de Sauvages e Pinel, que discorriam sobre as enfermidades enquanto doenças-entidade, consolidaram o seu prestígio no século XVIII e tiveram como sucessor histórico “natural” o tratado de Broussais, de 1886. Foucault (2004) reconhece esse tratado como o marco do nascimento da clínica moderna.

Verifica-se que nesse quadrante histórico, tanto no âmbito “social” quanto no âmbito “individual”, os médicos exercem uma crescente hegemonia no saber sobre a doença.

A experiência histórica de enfrentamento às epidemias viabilizou a construção de um saber fundamentado na racionalidade científica moderna, para o qual: (a) os instrumentos de trabalho fundamentais eram o saneamento ambiental e a educação em saúde, (b) o objeto de trabalho consistia no número de casos da doença em determinado local em certo intervalo de tempo, e (c) a finalidade do trabalho era a diminuição ou estabilização do número de casos novos.

Mendes-Gonçalves (1994) discute ao menos uma consequência política decisiva advinda da construção de um saber operante asentado na experiência com as epidemias: emerge uma “posição conservadora”, para a qual a doença é tomada como fenômeno coletivo “natural” da associação dos homens e, também, uma “posição transformadora”, que entende a própria estrutura da sociedade como fonte de adoecimento. Contrapõem-se, nesse sentido, a finalidade de controle da doença em escala social (primeiro caso) e a finalidade de controle da escala social da doença (segundo caso).

Além das controvérsias sobre a doença como fenômeno coletivo, também é preciso examinar sob quais circunstâncias históricas o trabalho médico se legitima enquanto atividade capaz de recuperar a força de trabalho individual. Cabe, além do mais, verificar se o saber sobre as epidemias oferece subsídios neste sentido.

A definição de doença consolidada nessa etapa histórica a circunscreve às alterações morfofuncionais do corpo humano, delimitando-se o objeto do trabalho médico. Consequentemente, a sede da doença é o corpo biológico individual ou, mais precisamente, uma forma patológica desse corpo, uma concepção individualizante e biológica.

Mendes-Gonçalves (1994) ressalta um descompasso fundamental na compreensão do lugar ocupado pelo trabalho médico no capitalismo ascendente: ainda que a “arte de curar” fosse colocada como uma das finalidades do trabalho médico, os principais recursos diagnósticos foram viabilizados somente a partir do desenvol-



vimento de ciências complementares. Exemplifica com o caso da Patologia, da Fisiologia e da Cirurgia (em especial da Anestesia), no século XIX, e da Farmacologia, a ser desenvolvida no século XX.

A recuperação da força de trabalho em escala social pressupõe como objeto um corpo individual, mas a escala social da “higidez” da força de trabalho não é problematizada, no mesmo plano, pelo trabalho médico:

A derrota da revolução de 1848 assinala a primeira morte da Medicina Social e, ao mesmo tempo caracteriza, por oposição, o desenvolvimento ulterior “legítimo” dos saberes e das práticas de dimensões coletivas sobre a saúde e a doença como comprometidos, em suas linhas gerais, com a reprodução da ordem social (Mendes-Gonçalves, 1994, p.76).

Em suma, o processo de trabalho médico volta-se para o controle (individual) da doença e para a recuperação (individual) dos doentes, a despeito da disponibilidade pífia de recursos técnico-instrumentais. Resta que a defesa do direito à saúde assume também um caráter contraditório: a ênfase pela ampliação do direito ao consumo individual de serviços de saúde não acompanha uma concomitante defesa pela ampliação do direito coletivo à saúde como direito de cidadania.

O exame dessa contradição interna do trabalho médico requer, assim como se fez com o trabalho do xamã, a Medicina hipocrática e a Medicina cristã, a análise do que Mendes-Gonçalves (1992) denomina “organização tecnológica do processo de trabalho em saúde” no modo de produção capitalista. Dois modelos são simultâneos nessa etapa: o modelo clínico e o modelo epidemiológico.

Primeiramente, no que se refere ao modelo clínico, nota-se que o princípio político-ideológico liberal da igualdade é individualizante, tanto quanto o é a Medicina anatomoclínica. Assim, o corpo concreto é abstratamente reduzido as suas dimensões biológicas, tornando a clínica anatomopatológica conveniente ao individualismo político-ideológico. Sobre esse fato, Mendes-Gonçalves (1992,

[s.p.]) destaca que “a doença pode ser admitida nesse modelo como até influenciada pela vida de relação do indivíduo doente, mas como fenômeno positivo é recortada exclusivamente no espaço de seu corpo individual”.

No processo de trabalho que caracteriza o modelo anatomo-clínico: (a) seu agente é o médico; (b) seu objeto de trabalho é o corpo do paciente; (c) seus instrumentos serão o diagnóstico e a terapêutica, operados pelo médico; (d) suas finalidades são o controle da ocorrência de doença no indivíduo e a recuperação do doente. O hospital moderno aparecerá como outro de seus instrumentos fundamentais e condição para o trabalho médico, uma vez que é aí que se constroem as teorias das doenças baseadas na relação médico e corpo do paciente. É também no hospital que se conforma um trabalhador médico coletivo. Nesse panorama, configuram-se as principais marcas do processo de trabalho médico na Modernidade.

No que tange ao modelo epidemiológico, Mendes-Gonçalves (1992) observa que ele logrou um desenvolvimento técnico dado em paralelo ao modelo clínico, mas, diferentemente, ocorrido “nos bastidores”. Isso gerou o aprimoramento de instrumentos voltados ao controle das doenças infecciosas e parasitárias com significativo impacto coletivo: o saneamento, a vigilância e as imunizações. A concepção de prevenção subjacente ao trabalho médico, no sistema capitalista, reside em que controlar doenças significa evitá-las e tratá-las. Dessa forma, o modelo epidemiológico permite que à “arte” da clínica seja acoplada a racionalidade positivista da “ciência” aplicada ao social enquanto coletivo pelas: (a) priorização de determinadas ações, (b) avaliação do custo-benefício de cada ação; (c) alocação dos recursos humanos e materiais necessários e suficientes.

Igualmente ao modelo anatomoclínico, operado em um processo de trabalho no qual ao diagnóstico segue uma prescrição individual pelo médico, no modelo epidemiológico ao diagnóstico comunitário seguirá uma prescrição coletiva pelo planejador de saúde que será ou não um trabalhador médico. Visto que o objeto de trabalho do modelo epidemiológico é o coletivo, as decisões políticas e as relações de poder serão fundamentais na sua abordagem.

E isso independentemente desse coletivo ser tomado como o “corpo social”, quando a sociedade é vista como um organismo ou como o “social no corpo”, quando as mediações e determinações sociais do processo saúde-doença são levadas em consideração.

Com efeito, cabe analisar o lugar que ocupam o modelo clínico e o epidemiológico com relação às finalidades do processo de trabalho médico na reprodução social do capitalismo. Essa análise possibilitará uma melhor aproximação ao processo de trabalho médico e, em um momento posterior, ao processo de trabalho em saúde.

### 3

## A REPRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

As relações entre o processo de trabalho médico e as classes sociais historicamente constituídas podem ser analisadas ao serem focalizadas as funções “externas” do trabalho médico, ou seja, sua relação com a sociedade (Mendes-Gonçalves, 1979). Nesse sentido, assim como a Medicina hipocrática era destinada aos cidadãos livres, a Medicina medieval era um benefício dos nobres, do clero e de certos estamentos urbanos.

Somente no modo de produção capitalista é que será possível observar uma tendencial socialização da Medicina. De forma correlata, essa tendência não pode ser desvinculada da ampliação da medicalização social. Esse processo, segundo Mendes-Gonçalves (1979), pode ser contextualizado historicamente nos seguintes aspectos gerais.

Nos primórdios do capitalismo havia um imenso afluxo de mão de obra expulsa do campo, impulsionado pelo declínio do feudalismo, em direção às cidades mercantilistas emergentes. Nesse primeiro momento, o autor indica que o “capital [é] relativamente indiferente às condições de reprodução da força de trabalho, ao mesmo tempo [...] que os portadores da força de trabalho se apresentam diante do capital rendidos à sua impotência” (Mendes-Gonçalves, 1979, p.201). Bastaria, para o capital, evitar variações

abruptas na reprodução social da força de trabalho por causa do acometimento por epidemias. A manutenção de certa estabilidade demográfica seria função da organização de práticas médicas que lograssem o controle das condições socio sanitárias.

Em um momento seguinte, com a consolidação da Revolução Industrial, a disponibilidade da força de trabalho tornou-se cada vez mais restrita. Trata-se de uma etapa na qual “a classe operária passará da rendição à defesa de suas posições e à luta por sua melhoria” (Mendes-Gonçalves, 1979, p.202). As jornadas operárias de luta pela melhoria das condições de saúde e trabalho que solaparam a Europa Ocidental, desde aproximadamente a primeira metade do século XIX, foram um testemunho dessa nova conjuntura.

Evidentemente, também na sua “organização interna”, o processo de trabalho médico não passaria incólume às profundas transformações do período de transição entre o feudalismo e o capitalismo. Tais transformações são consolidadas nos acontecimentos nucleados em torno da Revolução Francesa. Conforme o autor, os médicos “não assumem no capitalismo um lugar que lhes é simplesmente designado pela estrutura, mas deverão tratar de conservar no capitalismo um lugar pelo menos equivalente ao que tinham ocupado previamente” (Mendes-Gonçalves 1979, p. 89).

Desde meados da Idade Média, o trabalho do físico era legitimado como um tipo de prática médica sustentada em especulações sobre a dinâmica anatomofuncional do organismo. Esse agente ocupa uma função de propagação e dinamização ideológica, ou seja, uma posição superestrutural, atuando a par da prática caritativa e assistencial da Igreja.

Vale destacar que, seguindo a leitura de Poulantzas (1975), Mendes-Gonçalves (1979) recorre às expressões “supraestrutura”, para tratar daquilo que na “metáfora do edifício” marxiana aparece como “superestrutura”, e “infraestrutura”, para referir-se àquilo que aparece nessa metáfora como “base”. Mesmo valendo-se de categorias tipicamente estruturalistas com o objetivo de discutir o processo de trabalho médico como prática social, o autor indica que uma análise restrita às estruturas pode ser problemática. Tais pro-

blemas são verificados caso sejam enfatizadas: (1) a mercantilização da Medicina como supostamente oriunda de injunções apenas externas, enquanto deformação da prática médica pelas determinações sociais e não fenômeno para o qual a própria reprodução social da prática médica contribui; (2) as funções sociais da prática médica no capitalismo, como se os objetivos da Medicina pudessem ser falsamente identificados como gerais (da sociedade) e não correspondentes à posição social de classe assumida pelos agentes do trabalho no sistema capitalista. Além do mais, nas análises estruturalistas:

O caráter constitutivo dessa prática [trabalho médico] em relação a essa forma de organização social [capitalismo] aparece quase apenas como decorrência de uma estrutura já dada, e muito escassamente na sua dimensão de participante ativa de um processo de constituição que se vem dando. (Mendes-Gonçalves, 1979, p.94)

Para evitar tais “armadilhas”, o autor indica que a prática médica do físico ratificará a definição do objeto “doença” como mal que redime dos pecados ao recorrer à expectância no papel de instrumento. Na mesma etapa histórica, o cirurgião realiza uma função mais bem situada na base da estrutura social, sendo sua prática submetida à regulação de corporações e guildas. Ocorre que, conforme Schraiber (1993, p.182):

Ao se implantarem os Estados Nacionais, a emergência do valor conferido ao controle sobre o coletivo-social resultou na participação permanente de médicos nas questões do Estado, controlando quer o meio ambiente e as cidades, quer o coletivo dos cidadãos, sem esquecer a manutenção da força física dos exércitos. Os médicos, portanto, participaram diretamente da construção das estruturas de poder que consolidaram o capitalismo, formulando e implantando estratégias de construção da nova forma de vida social.

O hospital moderno representará a consolidação histórica da articulação entre as práticas sociais do físico e do cirurgião no proces-

so de trabalho médico (Mendes-Gonçalves, 1992). Considerando o lugar do hospital na reprodução social da saúde, a “concentração de instrumentos de trabalho que nele se dá [...] aparece como premissa para a produção dos serviços na escala em que a dinâmica do modo de produção necessita” (Mendes-Gonçalves, 1992, p.196-197). O hospital se torna, em certo sentido, a concretização da relativa autonomia conquistada pelo trabalho médico. Para tanto, contribui a concepção de transcendência imanente de seus instrumentos e de seu objeto de trabalho:

A doença assume o sentido de uma morte virtual, e o trabalho que se apresenta como capaz de exorcizá-la herda, de todos os procedimentos rituais que tiveram idêntica função, a conotação sagrada e mítica que o coloca acima de compromissos com as necessidades da ordem social. (Mendes-Gonçalves, 1992, p.186)

Assim, a prática médica concorre para a reprodução da estrutura das classes sociais seja por meio das suas “funções externas”, seja pela sua “organização interna”. De certo modo, tal prática favorece a criação de condições materiais de reprodução da classe trabalhadora por intermédio da manutenção ou da recuperação da sua força de trabalho, ou da criação da expectativa de que pode fazê-lo. Contribui, ainda, o asseguramento de condições político-ideológicas de reprodução social do capitalismo quando propicia o controle de certas dimensões dos conflitos inerentes às contradições dessa forma de produção.

Como premissa e resultado da consolidação do hospital enquanto estabelecimento central na produção de serviços médicos no modo de produção capitalista, este (a) emergirá como o meio coletivo privilegiado de consumo de serviços médicos, (b) funcionará como organizador político-ideológico da prática médica e (c) vai dispor do seu objeto de trabalho a fim de buscar distanciá-lo de suas determinações sociais. Segundo Schraiber (1993, p.180), ocorre:

A adoção de uma prática técnica única (a prática médica); conferida sempre a um mesmo trabalhador (o médico); regulamentada subordinadamente a uma só forma de saber (a ciência das doenças); conferida por uma única via de qualificação profissional (a escola médica); e por todo esse conjunto, validada socialmente como a única forma legítima do serviço [...] Também se constrói um exclusivo saber a fundamentá-la: o conhecimento médico sobre o corpo doente; conhecimento que à mesma época já se havia reorientado na direção de um único saber sobre as doenças.

É preciso ressaltar que a reprodução social da saúde (ou da doença) se dá concomitantemente à reprodução social de seus agentes – no caso, agentes do trabalho médico atuando sob a hegemonia da medicina anatomoclínica. Esses passam a deter o monopólio sobre os instrumentos, o objeto e as finalidades do processo de trabalho em saúde. Assim,

O saber médico reproduz em suas linhas essenciais o conteúdo da região dominante da supraestrutura do modo de produção capitalista, o jurídico-político, ao tomar no plano do conhecimento e no plano da técnica o seu objeto como individualizado. (Mendes-Gonçalves, 1979, p.189)

Nesse sentido, será fundamental compreender como ocorre a reprodução social de seus agentes (o trabalhador médico coletivo) e não somente daquilo que constitui o objeto de trabalho deles (a normatividade médica da reprodução social da força de trabalho). Por conseguinte, o próximo Capítulo é dedicado à discussão acerca da divisão social e técnica do trabalho em saúde, processo fundamental para a reprodução social dos agentes do trabalho médico. Tal divisão concorre para o aprofundamento das contradições constitutivas deste particular trabalho coletivo.





## 4

# A DIVISÃO SOCIAL E TÉCNICA DO TRABALHO EM SAÚDE

Mendes-Gonçalves (1979) propõe distinguir, com base nas indicações de Marx (2010) sobre o processo de trabalho em geral, os momentos “mais manuais” e os “mais intelectuais” no interior do processo de trabalho médico. Uma composição entre ambos é necessária para a constituição de um trabalhador médico coletivo.

Assim, um mesmo processo de trabalho detém momentos nos quais o agente desenvolve operações diretas sobre o objeto, mediadas por instrumentos, visando executar, nele, suas finalidades, e detém outros em que são elaboradas tais finalidades e se procede ao controle das condições nas quais será executado o trabalho, inclusive no tocante ao tipo e ao nível de subordinação da vontade a sua execução.

Ocorre que um dos corolários do processo de trabalho no modo de produção capitalista é a reprodução da dominação do trabalho pelo capital em cada um de seus momentos particulares. O domínio do trabalho de direção e supervisão sobre o de execução corresponderá ao domínio, por agentes distintos, do intelectual sobre o manual. Ademais, a eficácia desse domínio é obtida e assegurada à proporção que o próprio afastamento entre tais trabalhos oferece condições para sua justificação ideológica por parte daqueles que detêm o momento “mais intelectual”.

Moraes Neto (1989) discute que a utilização da maquinaria na etapa da grande indústria pretende ser mera “aplicação técnica” do saber científico, pretensão que se repete em quaisquer dos momentos particulares da organização do processo de trabalho nesse modo de produção. Tal fato é viabilizado quando esse saber é posto ideologicamente como “técnica neutra”, elidindo encontrar-se a serviço do processo capitalista de produção. Contudo, o saber do qual deriva a ciência característico da produção capitalista não é “neutro” sequer “desinteressado”.

Mendes-Gonçalves (1994) afirma que a ideologia do progresso técnico se sustenta na argumentação de que o desenvolvimento científico-tecnológico é o meio por excelência para o aperfeiçoamento ou a inovação no processo de trabalho. No primeiro caso, o aperfeiçoamento refere-se à obtenção de meios de trabalho mais produtivos, no sentido de mais duráveis e/ou de melhor desempenho. No segundo, a inovação implica a conquista de meios de trabalho mais eficazes e/ou que lograrão resultados ainda não alcançados previamente. No entanto, o autor propõe estudar o “saber enquanto tecnologia na arquitetura dos processos de produção dos serviços” (Mendes-Gonçalves, 1994, p.34).

Conforme apresentado anteriormente, em termos históricos, o processo de trabalho em saúde estruturou-se com base no processo de trabalho médico e, portanto, o trabalhador coletivo da saúde se restringiu a um trabalhador médico coletivo. Mendes-Gonçalves (1979) aponta ser imprescindível o enfoque histórico para possibilitar a compreensão do monopólio do saber sobre o objeto do trabalho em saúde enquanto trabalho médico.

É sobretudo na inculcação da ideologia dominante que esse monopólio é eficiente, e acaba por fazer com que as contradições próprias do modo de produção sejam vistas sob a óptica proporcionada pela medicina, tomando desta a sua teoria do objeto para compreender necessidades que têm raízes inteiramente externas ao campo da biologia (Mendes-Gonçalves, 1979, p.162).

Coloca-se, assim, uma questão: como se constituiu o processo histórico pelo qual o agente do trabalho médico se tornou um intelectual orgânico tão fortemente arraigado ao modo de produção capitalista?

Antes, valem alguns esclarecimentos sobre a noção de “intelectual orgânico”. O autor supracitado indica que o cientista político marxista italiano Antonio Gramsci (1891-1937) foi responsável por notar a “importância das práticas que, garantidas pelo monopólio da violência organizado pelo Estado, visam elaborar o consenso que dá à reprodução do modo de produção a sua possibilidade estável” (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 146-147). Gramsci distinguiu dois planos na superestrutura dos modos de produção: (1) a sociedade civil, responsável pelo exercício da hegemonia, da qual participam organismos como a Igreja, a escola, os meios de comunicação etc., (2) a sociedade política, que exerce a dominação, representada pelo Estado e pelo governo legitimado jurídico-politicamente. Os intelectuais orgânicos seriam “‘gestores’ (*commessi*) do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político” (Mendes-Gonçalves, 1979, p.148).

Metodologicamente, essa “gestão” se dá por meio: (a) do consenso, conferido pela população ao grupo dominante em virtude da confiança e do prestígio, dada a posição e a função desses “intelectuais” no modo de produção; (b) da coerção, que pode ser explícita ou implícita, imposta à população para prevenir o *status quo* de crises de direção, aquelas nas quais se perde o consenso “espontâneo”. Os intelectuais orgânicos, assim, são funcionários da superestrutura, tendo sempre um pertencimento objetivo de classe. Esse pertencimento depende de como tais intelectuais se relacionam concretamente com as ideologias de classe. Há distintos níveis de “organicidade” na relação de tais “intelectuais” com o *status quo* considerando: (a) serem gerados pela própria classe que representam, como sua especialização ou derivação, situação em que são mais estreitamente vinculados com a classe no poder, ou (b) conquistados pela classe no poder, dado que já estavam previamente presentes, quando são mais propensos às injunções das lutas de classes.

Ao focalizar a transição do feudalismo ao capitalismo, Mendes-Gonçalves (1979) resgata que, no primeiro, o clérigo consistia no intelectual orgânico fundamental da nobreza feudal, e o agente da Medicina cristã exercia um papel de apoio. Já no segundo, paralelamente à constituição de outros agentes, os médicos tornam-se parte dos intelectuais orgânicos da burguesia ascendente, sem deixar de ser sua atividade um tipo de especialização do trabalho assistencial eclesástico.

No que se refere à situação de classe dos agentes do trabalho médico nessa etapa histórica, o autor aponta:

De fato, o capitalismo vem encontrar esses agentes já instalados no monopólio do saber e das práticas relativos à saúde e à doença e, enquanto tais práticas e tal saber são também, como se viu, em virtude da natureza de seu objeto, referentes às ideologias das classes sociais, eles aparecem como os “funcionários” da ideologia dominante no modo de produção feudal agonizante, como “intelectuais tradicionais” a serem conquistados pela classe ascendente (Mendes-Gonçalves, 1979, p.170).

Dois aspectos inter-relacionados vão consolidar essa condição do agente do trabalho médico. Um corresponde à produção de uma concepção de saúde e de doença que: (a) é pretensamente universal dado que se apoia na ciência positivista; (b) é individualizante e (c) abstrai as determinações psicossociais desse indivíduo. E o outro, ao alinhamento do saber e das práticas médicas com o princípio liberal de que os seres humanos são essencialmente iguais e que, somente os médicos são qualificados para intervir junto ao “corpo humano doente”.

A citação a seguir, apesar de extensa, sintetiza com primor a dinâmica do processo de adaptação do agente do trabalho médico ao capitalismo incipiente:

A conquista desses “intelectuais tradicionais” que, embora se concebam a si mesmos como autônomos, não deixam por isso de estar solidamente ancorados na supraestrutura e, portanto, no seu

papel na reprodução das relações sociais, revelar-se-á como tarefa importante para a constituição da hegemonia da nova classe social que detém a posição dominante na infraestrutura [a burguesia]. Mas essa conquista passa – e aqui reside a particularidade desses “Intelectuais” – por um compromisso tácito segundo o qual, se de um lado os “intelectuais tradicionais” se “modernizam”, reelaboram as supraestruturas de forma a adequá-las às novas relações de produção, de outro lado preservam a posição privilegiada que detinham anteriormente na sociedade. A incapacidade de proceder àquela reelaboração corresponde à possibilidade de perder também aqueles privilégios. Se na história da igreja a Reforma, a Contrarreforma e o “Aggiornamento” especificam momentos consecutivos de traumática readaptação a um mesmo papel, as modificações havidas no âmbito interno da medicina, se foram menos espetaculares não foram menos profundas, conforme demonstra Foucault, e a situação de classe dos profissionais médicos não pode ser compreendida adequadamente sem levar em consideração o fato de que representam um caso exemplar de sucesso no esforço de reajustamento (Mendes-Gonçalves, 1979, p.172).

O autor repudia uma visão romantizada (ou “heroica”) da prática médica que exalta as virtudes do seu exercício liberal-assistencial. Para esta visão, um patamar elevado de autonomia e liberdade de prática médica foi supostamente prejudicado com o assalariamento. Observa, diferentemente, que o assalariamento é, acima de tudo, apropriado à nova condição de classe do agente do trabalho médico: sua nova situação estrutural no capitalismo “se localiza antes na sua posição de ‘Intelectuais’ (monopólio do saber) do que nas suas relações com os instrumentos de trabalho” (Mendes-Gonçalves, 1979, p.177).

Schraiber (1993) situa que, na transição da Medicina liberal para a Medicina tecnológica, ocorrem profundas transformações no tipo de propriedade dos meios de produção da prática médica: (a) o aumento e a diversificação dos instrumentos engendram a perda de um sentido de posse integral de meios de produção da prática; (b) o hos-

pital não é mais somente um prolongamento do consultório, senão condição *sine qua non* da prática médica; (c) a qualificação técnica do médico modifica-se em tipo, abrangência e profundidade; (d) o paciente mesmo se constitui em objeto de trabalho de outro tipo.

Para Mendes-Gonçalves (1979), é o assalariamento que vai permitir ao agente do trabalho médico: (a) manter o sentido da sua prática mesmo nas novas circunstâncias de produção e reprodução social; (b) ampliar o campo de elaboração ideológica a respeito dos fins dessa prática; (c) consolidar de maneira decisiva sua função de intelectual orgânico do modo de produção. Com efeito, “se não se pode falar em extinção dos agentes ‘liberais’, é porque na constituição do assalariamento são eles que, partindo de sua precedência histórica, vão se instalar nas posições hierarquicamente superiores” (Mendes-Gonçalves, 1979, p.177-178).

O novo e privilegiado lugar do trabalhador médico na divisão social e técnica do trabalho em saúde no capitalismo exige do processo de trabalho médico o desenvolvimento de instrumentos coerentes com o novo nível de legitimação da transcendência imanente à finalidade do trabalho médico. Consequentemente, os novos instrumentos devem proporcionar que seu saber: (a) legitime o “fato patológico” como algo objetivo; (b) pressuponha ser o médico o detentor de sua propriedade; (c) detenha um caráter ritualizado; (d) tenha garantias de reconhecimento legal enquanto propriedade do médico (Mendes-Gonçalves, 1979). Mais que isso, conforme Schraiber (1993, p.154):

A desqualificação da presença da subjetividade em questões técnico-científicas, procedimento próprio da racionalidade científica moderna, é que torna estranha a convivência de valores e coisas no real, reduzindo a técnica a desempenhos derivados exclusivamente das propriedades naturais dos objetos e desprovidos de apreciações valorativas por parte dos sujeitos.

Mendes-Gonçalves (1992) aponta que dois grandes pilares asseguram o lugar e o privilégio da prática médica no processo de

trabalho em saúde na nova etapa histórica, contribuindo para a consolidação desses instrumentos: (1) a hegemonia do modelo clínico anatomopatológico e (2) a centralidade do diagnóstico médico.

A hegemonia do modelo clínico é conquistada com o apoio do hospital como estabelecimento privilegiado de produção de serviços médicos no capitalismo. Duas formas inter-relacionadas de divisão social e técnica do trabalho médico nele se apresentam: (1) divisão “vertical”, do tipo chefe-subordinado, que diferencia o trabalhador médico coletivo do hospital nas funções típico-ideais do médico e do enfermeiro, com posterior subdivisão entre enfermeiros e seus auxiliares; (2) divisão “horizontal”, do tipo centro-periferia, que distingue, no centro, médicos especializados e, na periferia, médicos não especializados e profissionais “complementares” (odontólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social etc.). Para Schraiber (1993, p.167):

Definindo as ordens de vida e de saúde, definindo as transgressões dessas ordens e definindo suas renormatizações, em atos que também só essa categoria profissional efetiva, como gerentes e juízes de si próprios, os médicos demarcam uma profissão que parece decorrer exclusivamente da conquista de uma autonomia de amplos domínios.

A especialização, a diferenciação e a subdivisão do processo de trabalho médico crescem progressivamente à medida que são acrescidas outras funções ditas “complementares”. Simultaneamente, amplia-se a jurisdição da Medicina sobre os processos de reprodução e produção social. No entanto, ainda que se possa situar no hospital a origem desse processo, sua influência se fará sentir adiante no processo de trabalho em saúde em seu conjunto. Peduzzi (1998, p.28) esclarece que:

Esse processo configura um amplo leque de trabalhadores parciais e especializados, que abrange desde o médico e demais profissionais universitários ao pessoal auxiliar de nível médio, tanto na



enfermagem como na área de apoio diagnóstico e terapêutico, até os trabalhadores empíricos, sem formação específica para o setor saúde e treinados em serviço. Não apenas a divisão técnica e por menorizada de trabalhos é reproduzida nesse processo de divisão, mas a desigual valoração social desses trabalhos.

Especialmente no que se refere aos profissionais das funções “complementares” no âmbito hospitalar, para sua incorporação não implicou, via de regra, acréscimo quantitativo em termos da “potência do trabalho combinado” – para recordar uma expressão de Marx – do trabalhador médico coletivo. Mendes-Gonçalves (1992), nesse sentido, discute que tais profissionais passam a conflitar com a noção instrumental do objeto de trabalho tal qual definida pelo médico. O aparente paradoxo técnico só é esclarecido ao analisar-se a prática médica em termos da divisão social do trabalho em saúde.

Freidson (2009) utiliza o termo “paramédico” para se referir às ocupações concebidas em torno da assistência médica e executadas sob controle do profissional médico. Essas são caracterizadas por: (a) baixa autonomia, decorrente da conversão de seu saber prático em saber técnico-científico pelo médico, via descoberta, ampliação e aprovação do conhecimento leigo; (b) baixa responsabilização, devido à tendência de realizar um papel complementar de assistência e auxílio às ações de diagnóstico e tratamento médico, mas não de substituição; (c) falta de autoridade, por conta da subordinação ao médico na prescrição e supervisão das atividades; (d) falta de prestígio, resultante do menor reconhecimento social das suas atividades em comparação ao trabalho médico.

Peduzzi (1998, p.178), entretanto, discute que não seria cabível a denominação de “paramédicas” às profissões de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional etc., “uma vez que se configuram, jurídica e legalmente, com o estatuto de profissões de nível superior”. Porém, caberia verificar se determinadas características do trabalho paramédico não se ajustariam ao menos às expectativas do profissional médico diante dos profissionais não médicos. É significativa a in-

sistência no uso da expressão “equipe médica” no lugar de “equipe de saúde”, tanto na literatura técnico-científica quanto no trabalho assistencial, e isso mesmo quando tais equipes configuram-se multiprofissionais.

É também a hegemonia do modelo clínico que suscita a produção de insumos médicos advindos de outros segmentos econômicos, por exemplo a indústria farmacêutica e a indústria de equipamentos médico-hospitalares, e que serão consumidos como meios de produção. Assim, outros novos agentes são introduzidos nas contendas referentes ao processo de trabalho em saúde enquanto trabalho médico. Outra fonte de extraordinária ampliação do gasto social em saúde são os custos improdutivos relacionados à organização do trabalho médico em empresas prestadoras de serviços de tipo capitalista, fortemente impulsionadas pelo modelo anatomo-clínico. Em termos da divisão social e técnica do trabalho, uma infinidade de profissionais do ramo administrativo é introduzida.

O segundo pilar que visa assegurar lugar especial e privilégios à prática médica no processo de trabalho em saúde é a centralidade do diagnóstico médico. Trata-se da legitimação da posse exclusiva dos instrumentos e das técnicas de delimitação do objeto correspondentes aos momentos “mais intelectuais” do processo de trabalho. Essa legitimação faculta ao trabalhador médico o controle sobre a produção de serviços de saúde.

Mendes-Gonçalves (1979, p.192) indica ao menos uma evidência em favor da hipótese de que a apropriação de instrumentos diagnósticos pelo trabalhador médico seja feita primordialmente por conta da conquista da sua posição superestrutural de poder. Trata-se, portanto, de uma prática político-ideológica: “apesar de toda a sua reorganização desde o fim do século XVIII, a Medicina clínica prosseguiu prescrevendo sangrias e purgações para todos os casos, o que evidencia a dominância do aspecto ideológico sobre o lado estritamente técnico”.

O domínio do trabalhador médico sobre o diagnóstico e, conseqüentemente, sobre os momentos mais intelectuais do processo de trabalho acarreta ainda outras conseqüências: as desigualdades

resultantes da divisão social decorrente da divisão técnica; as distinções no direito ao acesso a determinados instrumentos no processo de trabalho em saúde e a formação de um saber crescentemente tecnificado dada a complexificação dos instrumentos.

Peduzzi (1998, p.46), discutindo a jurisdição do trabalho médico, aponta que:

Na intervenção em saúde nada é totalmente definitivo antes da execução [...] Espaços de julgamento e criatividade ocorrem tanto para o médico como para os outros profissionais e, principalmente, definir-se-ão no jogo da equipe de trabalho [...] A autonomia técnica encontra expressão na possibilidade de tomada de decisão e não na implementação da decisão.

A autora salienta vários aspectos que delimitam o contexto histórico-social contemporâneo do processo de trabalho em saúde: determinada divisão técnica e social do trabalho; desigual valoração social dos diferentes trabalhos; diferentes graus de autonomia profissional, diversa legitimidade técnica e social dos saberes implicados e várias racionalidades simultaneamente presentes por meio das práticas dos agentes.

Para ela, dois fatores explicariam certa redução contemporânea da subordinação hierárquica dos não médicos aos médicos: (1) a crescente incorporação tecnológica, ou seja, a incorporação do trabalho vivo imediato ao trabalho passado via a objetivação de ações diagnósticas e terapêuticas em instrumentos materiais que podem ser operados por não médicos; (2) as novas concepções e práticas de gerência em saúde, implicando a redução dos níveis hierárquicos, na incorporação de tarefas de controle do processo de trabalho pelo executante, no trabalho em equipe multiprofissional etc. No entanto,

Os agentes das diferentes áreas profissionais partilham o valor comum ao médico relativo às concepções do modelo biomédico, secundarizando o saber e as ações de outros âmbitos da produção

de cuidado e deixam de compartilhar, por essa razão, outros valores que poderia estar cunhando outros e diferentes projetos assistenciais (Peduzzi, 1998, p.179).

A autora destaca que, “quando referido aos trabalhos técnicos manuais em geral, o trabalho em saúde marca diferenças importantes, porém, quando referido às mudanças no mundo do trabalho, algumas das novas características já lhe eram inerentes” (Peduzzi, 1998, p.43). A respeito dessas características inerentes, ela menciona: (a) a flexibilidade na produção – um tensionamento entre generalidade da norma e especificidade do caso; (b) o alto ritmo de mudanças técnicas – a incorporação de novas tecnologias materiais (recursos de informática, por exemplo) não acompanha a obsolescência daquelas que vinham sendo utilizadas; (c) a centralidade da comunicação e das relações interpessoais decorrente das mudanças organizacionais e gerenciais e das mudanças na concepção clínica – compartilhamento de decisões, ampliação do acesso às informações sobre doenças, medicações e comportamentos preventivos pelos meios de comunicação de massa; (d) a convergência dos momentos de concepção e execução – no trabalho em saúde não há possibilidade de estocagem do produto do trabalho e a ampliação de escala é dependente do trabalho vivo imediato.



## 5

# A HISTORICIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Privilegiar os fundamentos histórico-políticos do processo de trabalho em saúde, e, portanto, uma análise desde suas raízes, exigiu um esforço de investigação para responder às seguintes, dentre outras, questões possíveis: (a) quais as peculiaridades da particular cooperação ocorrida no processo de trabalho em saúde que demanda um trabalho coletivo com características determinadas? (b) Quais as mediações de uma atividade que tem o processo saúde-doença como objeto? (c) Quais os meios socialmente estabelecidos para reproduzir e produzir saúde e como são organizados?

O resgate da sistematização sobre o processo de trabalho médico de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) mostrou a viabilidade de uma abordagem histórica da constituição do agente do trabalho médico e do trabalhador médico coletivo. O resgate histórico realizado mostrou que o objeto do trabalho em saúde foi restritivamente definido como objeto do trabalho médico – “corpo humano doente do médico” –, sendo constituídos agentes, finalidades e instrumentos (saberes e técnicas) historicamente apropriados para atuar junto do “corpo humano doente do doente”.

Nesse processo, a Medicina anatomoclínica promoveu uma ruptura com as formas coletivas tradicionais de atenção à saúde, inclusive com as práticas médicas historicamente precedentes. Essa

ruptura gerou uma individualização técnica do processo saúde-doença, em que o corpo doente, a despeito de consistir o organismo de um ser social, é abstraído a um corpo biológico. Por extensão, é ratificado o liberalismo político-ideológico do modo de produção capitalista para o qual o agente do trabalho médico é um “intelectual orgânico”. Dessa forma, a constituição de uma teoria do objeto do trabalho médico apropriada ao liberalismo contribuiu com a legitimação da ideologia liberal.

Apesar das lutas deflagradas pela conquista do direito à saúde como direito social e de cidadania terem possibilitado algum avanço no que se refere à socialização da Medicina, seguiu uma progressiva medicalização social da vida, cujo sentido passou a ser a conquista do direito à saúde enquanto direito individual. Como consequência dessa individualização, mesmo o modelo epidemiológico tendeu a considerar o processo de adoecimento como resultante “natural” (e não social) da vida em sociedade, confirmando uma posição conservadora diante da questão.

Acerca do trabalho coletivo historicamente constituído, o processo de trabalho médico logrou veicular um objeto naturalizado, sobretudo por conta do lugar superestrutural do agente do trabalho médico no sistema capitalista. O resultado dessa naturalização foi as necessidades de saúde apreendidas não serem mais que apenas uma parte (quando o são) das necessidades do “corpo humano doente do doente”. Segue que as intervenções operadas no objeto de trabalho são convenientemente instrumentalizadas por saberes e técnicas advindas da racionalidade biomédica, além de coerentes com as finalidades então postas.

Em relação aos processos de reprodução e produção social da saúde, foi possível observar que o trabalho médico coletivo estabelecido visou, fundamentalmente, a extensão da cobertura no contexto da socialização da Medicina que foi, porém, reivindicada com um sentido exclusivamente “técnico”. Problemas de acesso aos serviços de saúde (vistos como serviços de assistência médica), por exemplo, poderiam ser solucionados meramente com o adequado dimensionamento de recursos humanos e materiais, com a

priorização de ações e baseadas no raciocínio focado na melhor relação custo-benefício. Como a produção de serviços de saúde conforme esta perspectiva tecnocrática na produção de serviços médicos é voltada ao atendimento da doença delimitada nos contornos do corpo biológico, a redução do objeto operada nessa perspectiva impõe limites concretos aos impactos coletivos das finalidades da prática médica.

A intervenção no âmbito da determinação social do processo saúde-doença não se restringe a uma questão técnica. A reprodução social da saúde (e da doença) requer levar em consideração finalidades que não abstraíam o fato de que o ser humano estabelece necessariamente formas cooperativas de atividade. Um objeto do processo de trabalho em saúde assim definido ampliaria as finalidades da intervenção diante do processo saúde-doença para além da utopia absolutizante da “cura”.

Tal concepção do objeto deveria abranger não somente o corpo individual ou uma perspectiva estrutural-funcionalista da sociedade tomada como um corpo social, e sim as determinações sociais do processo saúde-doença, ou seja, o “social no corpo”: condições de trabalho, meio ambiente, acesso a terra, salário, lazer, esporte etc. Logo, assegurar o direito coletivo à saúde é uma questão que envolve relações de poder, sendo, assim, um problema de ordem também política.

No que tange à divisão social e técnica do trabalho em saúde, a formação histórica de um trabalhador médico coletivo levou a que o médico, como seu agente privilegiado, exercesse o domínio sobre os momentos “mais intelectuais” do processo de trabalho médico. Tal agente é alçado a essa posição uma vez que historicamente constituiu-se como “intelectual orgânico” do modo de produção capitalista e um dos responsáveis pela sua reprodução político-ideológica. A manutenção do monopólio do saber sobre o objeto do trabalho em saúde, definido como objeto do trabalho médico, foi premissa e produto dessa posição.

Esse monopólio acarretou a conquista da legitimidade do saber e das técnicas que instrumentalizam a intervenção sobre o objeto



definido. Os pilares fundamentais dessa instrumentalização são a hegemonia do processo de trabalho médico calcado no modelo clínico anatomopatológico – com suas divisões “vertical” (especializações e subespecializações) e “horizontal” (ampliação da jurisdição) do trabalho – e a ênfase no diagnóstico das enfermidades como atividade privativa, permitindo assegurar o domínio pelo trabalhador médico dos momentos “mais intelectuais” do processo de trabalho em saúde quando processo de trabalho médico.

Contudo, para uma aproximação adequada às práticas de saúde realizadas em um contexto histórico-social específico, que as situe em momentos particulares de processos mais gerais de reprodução e produção social, é preciso considerar o domínio da saúde e da doença como objeto de processos de trabalho em saúde mais gerais. Por conseguinte, abordar as práticas sociais de saúde requer levar em conta atividades não profissionalizadas, não paramédicas, ou seja, não instrumentalizados por algum tipo de saber formalizado.

Práticas de saúde assim definidas reclamam a inclusão de outros tipos de agentes na definição de trabalhador coletivo da saúde. No local de trabalho, na família, na escola, enfim, nas esferas “privadas” da vida cotidiana, são operadas práticas de saúde, instrumentalizadas por saberes distintos e com base em diferentes concepções de objeto. Mesmo nos espaços de constituição do “secular” trabalhador médico coletivo, ocorrem conflitos subjacentes às diferentes concepções sobre a noção instrumental do objeto do trabalho em saúde.

Assim, o debate direciona-se para evidenciar possíveis limites de uma abordagem exclusivamente organizacional ou sociotécnica no debate sobre a recomposição das ações parcelares no processo de trabalho em saúde. As premissas de superamento da fragmentação da divisão técnica e social do trabalho exige uma ênfase nas relações de poder aí envolvidas. Por conta disso, será imprescindível examinar, também historicamente, as políticas de saúde e suas inflexões nos processos de trabalho em saúde.

## PARTE II

### ○ TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



## 6

# BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Desde o Império, as políticas de saúde no Brasil constituíram-se mediante os signos da colonização e da iniquidade. O Estado, por pressão da elite latifundiária agroexportadora, realizava, ainda que precariamente, o saneamento dos portos e das cidades, enquanto a assistência médica, fundamentada na teoria miasmática, era praticamente inexistente.

“Em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades europeias” (Bertoli Filho, 2008, p.6). Ao serem acometidos por doenças mais graves, os abastados procuravam assistência na Europa, ao passo que os pobres contavam com os curandeiros das comunidades negras de escravos que promoviam uma assistência de tipo xamânica. Nesse período são inauguradas, no Rio de Janeiro e na Bahia, as primeiras faculdades de Medicina do país,.

No século XX, uma transformação significativa ocorre em relação às respostas dadas ao problema da origem das doenças. Com a oportunidade de visualização da bactéria, há uma forte mudança na racionalidade biológica, bem como todo um novo conjunto de termos para designar o surgimento, o desenvolvimento e a resolução das doenças. Enquanto para a teoria miasmática, os “vapores”,

os “humores” e as “emanações” designavam aspectos e momentos associados com a dinâmica da doença; para a teoria bacteriológica, as palavras “transmissão”, “contágio”, “hospedeiro” e “agente” vão referir alguns dentre os componentes dessa dinâmica.

A teoria bacteriológica desencadeou um movimento cujas repercussões provocaram amplas modificações na assistência individual à saúde e na saúde pública. A racionalidade biomédica tem na teoria bacteriológica um de seus pilares fundamentais. Neste sentido, a investigação detida dos micro-organismos causadores das doenças pelo laboratório se torna um recurso tão ou mais importante para o diagnóstico das doenças do que o estetoscópio, o exame físico e a experiência clínica do médico.

Vale ressaltar que, em termos de concepção de processo de saúde-doença, a teoria miasmática relacionava doença, insalubridade dos ambientes e pobreza em seu modelo explicativo. A teoria bacteriológica, diferentemente, circunscreve seu modelo explicativo nos limites do pressuposto de causalidade única da doença (agente patógeno único). Nunes (2000) destaca que, dentre as consequências da adoção acrítica e ilimitada da teoria bacteriológica e de seus pressupostos na saúde pública, esta se volta para uma abordagem majoritariamente técnica e individualizada dos elementos causadores das doenças (contágio, transmissão etc.). Consequentemente, a saúde pública se afasta do enfrentamento das questões sociais relacionadas à pobreza e à privação como determinantes fundamentais do processo saúde-doença, referendando o processo histórico de hegemonia do modelo clínico anatomopatológico.

Na República Velha, de 1889 a 1930, hospitais militares começam a ser instalados, além de escassos hospitais civis estatais. Nesse momento, foram constituídas as santas-casas que, mesmo não sendo administradas diretamente pelo Estado, eram por ele mantidas. Paralelamente, ascendia uma prática clínica liberal-privada e algumas poucas clínicas e hospitais privados para atender aos ricos.

O período todo segue com essa estrutura fundamental. Havia a polícia médica e o sanitarianismo campanhista, cujo momento emblemático é a “Revolta da Vacina” de 1906, e também uma concentra-

ção da limitada assistência médica existente nos poucos hospitais disponíveis ou na forma de prática liberal acessível a poucos. Como parte dos imperativos de saneamento urbano, são instaladas unidades sanatoriais para isolamento dos “tuberculosos”, “leprosos” e “doentes mentais”, criando-se os primeiros manicômios e colônias agrícolas do país.

Ao final da República Velha são constituídas as primeiras iniciativas de formação de fundos mútuos tendo em vista a concessão de aposentadorias e pensões e a compra direta de serviços médicos e hospitalares. Tais fundos foram formados, inicialmente, pela incipiente classe trabalhadora urbana assalariada e ligada economicamente à produção de café agroexportadora (ferroviários, estivadores e marítimos). Esse processo impôs uma revisão à posição liberal do Estado perante as condições de reprodução social da força de trabalho.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) foram montadas com base nos fundos mútuos constituídos pelos trabalhadores de uma mesma empresa, em geral grandes empresas estatais e regulamentadas em 1923 com a “Lei Elói Chaves”. Empregados e empregadores, seus financiadores efetivos, compunham comissões responsáveis pela sua administração, e o poder público participava politicamente pelo órgão que as regulamentava. Serviços próprios de assistência médica foram introduzidos pelas CAP, e o sanitarismo campanhista continuava sendo a referência fundamental para as ações de saúde pública.

A partir da década de 1930, tem início uma concentração populacional que resulta na formação das grandes cidades e na ampliação da classe trabalhadora urbana. Os problemas associados à urbanização impõem a intervenção da saúde pública para proporcionar condições sanitárias mínimas de habitação e circulação no espaço público. Assim, a saúde pública teria uma relevância maior que a Medicina previdenciária até, aproximadamente, o início dos anos 1960, com a ditadura (Bravo, 2008).

Com a capitalização crescente dos fundos previdenciários, em um contexto de forte ampliação do parque industrial e empresarial brasileiro, as CAP unificam-se nos Institutos de Aposentadorias e

Pensões (IAP). Esses institutos foram organizados por segmento profissional e não mais apenas por empresa. Sua administração, então, foi centralizada pelo governo federal.

A centralização refletia a preocupação explícita desde o início do primeiro período da Era Vargas (1930-1934) com as crescentes mobilizações do movimento operário. Havia uma ênfase na dimensão securitária da previdência social (aposentadorias, pensões etc.), propondo-se que a assistência médico-hospitalar fosse nada mais que uma concessão. Conseqüentemente, ocorreu retração do processo de expansão dos serviços próprios em andamento e um acúmulo de reservas financeiras.

Desde a década de 1930, houve iniciativas isoladas de criação de centros de saúde (Bertolli Filho, 2008). No início da década de 1940, havia três órgãos de saúde pública de dimensão nacional. Já desde os anos 1950 se assistiu à formação de um importante parque hospitalar privado que pressionava o Estado para o financiamento da assistência médica com fundos públicos. Desse processo, é importante notar que a assistência médica se estabelece hegemonicamente em torno do hospital, e o direito à saúde já manifesta a tendência a se constituir enquanto direito ao consumo de serviços médicos.

Após o Golpe de 1964, com a vigência da ditadura militar instalada no país, os Institutos foram centralizados em uma única entidade, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966. Diferentemente das CAP e dos IAP, não foi estabelecida uma estrutura de participação dos trabalhadores na administração no INPS, sequer em caráter consultivo tal qual era previsto nos IAP.

Bravo (2008) discute que, nesse período, o Estado recorre ao binômio repressão-assistência em resposta à “questão social”. Amplia, burocratiza e moderniza a política assistencial visando legitimar o regime e criar condições para a reprodução da força de trabalho. Com isso, sob o manto do discurso de racionalidade técnica e administrativa, a ditadura militar brasileira, uma das mais sanguinárias dentre as que varreram a América Latina, age para reduzir as tensões sociais e amplia sua governamentalidade.

A Medicina previdenciária cresce e se sobrepõe às iniciativas de saúde pública. Efetiva-se a introdução de um modelo médico assistencial privatista a partir: (a) da extensão da cobertura previdenciária a amplas massas de trabalhadores urbanos e, posteriormente, rurais, domésticos e autônomos; (b) da ênfase assistencial pautada pelo modelo anatomoclínico (curativo, individual, assistencialista e especializado); (c) da criação de um complexo médico-industrial composto da indústria farmacêutica e de insumos médico-hospitalares; (d) da organização de uma prática médica que segmenta sua clientela e diferencia as modalidades de atendimento acessíveis a cada segmento.

Na segunda metade da década de 1970, em meio a uma atribulada conjuntura política e socioeconômica, o país assiste à denominada “crise da previdência”. A crise resultou de uma permanente tensão entre as exigências de ampliação da assistência pelos setores organizados dos trabalhadores e da “sociedade civil” – na acepção gramsciana da expressão – e a insuficiência dos recursos públicos denunciada por uma burocracia de Estado clientelista e patrimonialista favorecedora do empresariado médico. O modelo médico assistencial privatista sustentou-se e alcançou hegemonia em decorrência: (a) do seu financiamento estatal via Previdência Social; (b) da prestação privada dos serviços por setores nacionais; (c) da produção de insumos médico-hospitalares por setores nacionais e internacionais (Mendes, 1993).

Porém, o ideário da Conferência de Alma-Ata, que ganhava internacionalmente alguma projeção, recomendava a expansão de ações e serviços de saúde para segmentos não cobertos pela Medicina previdenciária. Por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), ocorre uma expansão ambulatorial estimulada por segmentos reformistas que passam a ingressar no aparelho de Estado. Ainda assim, as ações sanitárias estavam dispersas em autarquias do Ministério da Saúde (MS) e em ações de outros ministérios, sofrendo com o desfinanciamento. Em torno de 90% do orçamento do INPS era sistematicamente comprometido com serviços médico-hospitalares comprados de terceiros.



O INPS, conseqüentemente, tornou-se incapaz de custear os serviços médico-hospitalares com os recursos disponibilizados para esse fim. A expressão mais dramática da “crise” foi um desequilíbrio orçamentário insustentável estabelecido por conta da sangria dos recursos dos fundos públicos pela Medicina previdenciária:

Para aumentar o faturamento, estes serviços utilizavam os expedientes de multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferência por internações mais caras, ênfase em serviços cirúrgicos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos utilizados (Bravo, 2008, p.292).

Não se deve menosprezar, nesse processo, a corrupção e a destinação do orçamento dos fundos previdenciários públicos para outras “prioridades”, de maneira autoritária e unilateral, pelo governo autocrático-burguês.

A situação teve o mérito de colocar publicamente o debate a respeito dos impactos pífios de um modelo de atenção à saúde médico-centrado, hospitalocêntrico, curativo e omissivo à determinação social do processo saúde-doença e às condições de vida e de saúde da população brasileira. É nesse contexto que a demanda por mudanças no sistema de saúde se converte em um problema público, sendo remetido à sociedade.

Entretanto, isso exigiria o desenvolvimento de um tipo de consciência sanitária em que a saúde, para além de um problema meramente técnico, fosse pautada como uma questão política, pressupondo, assim, a problematização dos vínculos entre saúde e democracia. Dá-se, então, a arregimentação de um movimento social de caráter popular cujas diversas frentes de luta (sindical, estudantil, camponesa, urbana etc.) vão apontar para a urgência de transformações no modelo de atenção à saúde: o movimento da RSB.

Bravo (2008) indica que a RSB se compôs de vários segmentos: (a) os trabalhadores da saúde que renunciam, em parte, às demandas corporativas para pautar a situação de saúde da população e a necessidade de fortalecer o setor público; (b) o movimento sanitário

que, nucleado em torno do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), se torna um polo de formulação e teorização a respeito das relações entre saúde e democracia; (c) os partidos políticos de esquerda que colocam a saúde como questão programática e levam os debates sobre políticas de saúde ao Congresso Nacional; (d) os movimentos populares (da saúde, do custo de vida, por emprego, por salário, por moradia, por terra etc.) que evidenciam a relação intrínseca de saúde e condições de vida.

Em síntese, o breve apanhado realizado sobre as políticas de saúde no Brasil constitui um processo que desemboca, no recorte que realizamos, na inflexão fundamental representada pela “crise da previdência”. Tal episódio é responsável por deflagrar as profundas contradições que o setor da saúde brasileiro vinha acumulando em sua história. Um patamar de superação se apontava com a conjunção do processo de abertura política da redemocratização com a forte mobilização social por transformações nas políticas de saúde.

Nesse sentido, as críticas e as denúncias do *status quo*, bem como as propostas e os projetos de superação, questionavam a estrutura produtiva das ações e serviços de saúde hegemônicos em fins da década de 1970 no Brasil. Trabalhadores da saúde e associações profissionais denunciavam condições de trabalho aviltantes no sistema público e na iniciativa privada. O movimento sanitário reivindicava a politização da saúde e uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Os partidos de esquerda demandavam acesso e universalização dos serviços de saúde. Os movimentos populares (do campo e da cidade) mobilizavam-se pela saúde como direito de cidadania.



# 7

## O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SUS

Mendes (1993) alega que o modelo de atenção à saúde vigente no contexto de deflagração da “crise da previdência” evidenciou sua inadequação à realidade sanitária nacional, visto: (a) a incapacidade da Medicina flexneriana em alterar os perfis de morbimortalidade; (b) a impossibilidade de expansão do modelo pelos custos crescentes; (c) a inexistência de critérios de compra dos serviços privados, inviabilizando sua regulação; (d) a superposição e desco-ordenação de ações pela dualidade do sistema público (subsistema previdenciário *versus* subsistema estatal).

No contexto de seu surgimento, a RSB não foi um movimento isolado em termos nacionais, dado que mobilizações de massa pelos direitos civis estavam postas não só no Brasil mas em toda a América Latina. No caso brasileiro, no início dos anos 1980, o país passava por um período de intensa recessão econômica, com inflação galopante e enorme crise fiscal, quando ganhavam força os movimentos de oposição à ditadura. A conjuntura de redemocratização política era favorável à pauta da saúde como direito democrático e de cidadania, embora o caso brasileiro fosse singular.

Está instalada a Nova República, um processo de transição, de uma situação autoritária para um pacto democrático articulado

entre as elites brasileiras, que procurava a estabilidade institucional numa aliança política com traços continuístas das práticas conservadoras da Velha República (Mendes, 1993, p.33).

Desde a transição democrática, as pressões por ampliação e reestruturação dos serviços de saúde vinham se consolidando inspiradas pela divulgação dos princípios racionalizadores da APS. Isso se apresenta na proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), mas versões diferentes do documento foram divulgadas por discordância de setores antirreforma, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Além disso, a instalação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) foi representativa da crise político-institucional do setor saúde. Uma proposta de reforma do setor saúde com valorização da participação social é formulada no âmbito das Ações Integradas de Saúde (AIS).

De certo modo, a RSB representa o renascimento de uma espécie de Medicina social tal qual postulada em meados do século XIX (Paim, 1997; Rosen, 1979). Porém, não se tratando de uma transposição acrítica do primeiro para o segundo momento histórico, pôs-se como proposta atualizada para a persistência das contradições vigentes nas políticas de saúde de nosso tempo.

Paim (1997) indica que as duas frentes fundamentais de problematização da RSB foram: (a) a determinação social do processo saúde-doença e (b) o processo de trabalho em saúde. O autor alude à noção de totalidade para tratar do movimento da RSB com relação ao conjunto de suas determinações e mediações histórico-estruturais. Considera que a filosofia da práxis é um referencial fundamental, especialmente como “antídoto” ao voluntarismo e ao ativismo acrítico.

O desenvolvimento da perspectiva marxista no campo afirma a saúde como expressão das condições ou do modo de vida, enfatizando, dentre outras questões: as dimensões da reprodução social da saúde (Castellanos, 1990); as políticas de saúde vigentes nos países de capitalismo periférico e seus dilemas (Laurell, 1995) e as ques-

tões relacionadas à construção de uma epidemiologia social e crítica, que não ambiciona neutralidade diante das imensas iniquidades em saúde vivida pelos povos da América Latina (Breilh, 1991).

Mendes (1993) e Paim (1997) indicam que a RSB corresponde à sistematização de um conjunto de reivindicações: (a) um conceito ampliado de saúde e de sua determinação social, advindo em parte importante da produção teórico-crítica do Cebes e formalizado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 1986); (b) as questões do direito à saúde, da cidadania, da universalização do acesso, da equidade, da democracia e da descentralização, decorrentes das discussões do campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde; (c) a defesa de um sistema único, de uma rede regionalizada e hierarquizada, da integralidade e da participação social no setor saúde, por meio do resgate de determinados aspectos do Movimento Preventivista e da Saúde Comunitária.

Para Escorel (1988), a RSB se sustenta nos pilares de: (a) uma prática teórica – a construção do saber; (b) uma prática ideológica – a transformação da consciência; (c) uma prática política – a transformação das relações sociais. Paim (1997) reivindica o acréscimo das práticas de saúde como um quarto pilar, em virtude de se tratar de uma prática social com especificidades.

Para Mendes (1993, p.42), “a VIII Conferência Nacional de Saúde constitui o momento apical de formação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira”. Bravo (2008, p.96) faz um interessante retrato da importância e representatividade da VIII CNS:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da

população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Outra questão fundamental consiste na discussão a propósito do espaço social que a RSB vislumbraria para por em ação seu projeto, sua proposta e seu processo. Nesse sentido, seria possível conciliar a radical democratização da saúde como direito social e de cidadania com a conquista de posições no interior de um Estado eivado pelos interesses do capital? Fleury (1997, p.28) denomina de “dilema reformista” o impasse a que chegou a RSB em virtude dessa polêmica:

O dilema reformista, enfrentado como tensão permanente durante todo o processo da Reforma Sanitária, estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava necessariamente tomar o Estado – em seu aparato jurídico e administrativo – como *locus* privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, o que se requeria era a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocava tensões, fragmentações e dissensos.

Para Paim (1997), esse dilema mantém um tensionamento no processo da RSB entre o viés racionalizador – o aspecto técnico-administrativo e operacional para a busca por viabilização institucional das demandas – e o viés democratizante – o movimento que forma a base social e a coalizão de forças que busca a visibilidade e a representatividade das demandas populares no setor saúde. Trata-se do dilema de garantir conquistas intermediárias obtidas nos limites de um Estado, cujo modelo de seguridade social é permanentemente ameaçado, e do não perder de vista os obstáculos inerentes a um modelo incremental de reforma social.

Outra face do mesmo dilema está no processo de ocupação de espaços estratégicos, no aparelho de Estado, por sanitaristas afinados com princípios reformistas no decurso do processo de introdução das AIS e do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds):

Esse movimento de inclusão institucional dos sanitaristas tem um lado positivo, o de conhecimento e domínio de instrumentos de governo, mas, em contrapartida, fragiliza os setores acadêmicos formuladores da estratégia contra-hegemônica e determina um certo desvio ao determinar uma relevância relativamente forte do espaço institucional frente às possibilidades de acumulação na sociedade civil de capital político para enfrentamento do projeto neoliberal (Mendes, 1993, p.39).

Paim (1997) destaca que a politização da saúde é requerida no processo da RSB. Isso implica em pautar tanto o âmbito técnico-assistencial da política de saúde quanto as práticas de saúde com viés social (e, portanto, políticas). Dito de outra forma, o horizonte da RSB não se limita ao de uma reforma administrativa setorial: a crítica das práticas sanitárias e a reconceitualização das necessidades de saúde devem ser remetidas ao âmbito dos processos mais gerais de reprodução e produção social.

Para que a crítica das práticas sanitárias transcenda o âmbito técnico-assistencial do setor saúde, o autor propõe avançar na discussão teórica sobre a “organização tecnológica do trabalho em saúde” – remetendo aos trabalhos de Mendes-Gonçalves (1979, 1990, 1994) –, mas sem perder de vista a questão da totalidade concreta na qual se põem tais práticas. Isso permite uma análise das mediações e determinações do trabalho vivo imediato em saúde, ou seja, enquanto práticas de saúde que detêm seja uma dimensão técnica, seja uma dimensão social: “a tecnologia presente nas práticas de saúde, por conseguinte, não é uma questão externa da prática social devendo ser considerada nuclear para a sua definição” (Paim, 1997, p.17).

Nesse sentido, o debate sobre a micropolítica das práticas de saúde não pode prescindir de uma articulação com a “macropolí-



tica” da totalidade concreta em que tais práticas se efetivam. Do contrário, um dos riscos é o de se recair no reducionismo ou no relativismo que não favorecem uma análise crítica e concreta das práticas sanitárias, tal qual historicamente a RSB reivindica.

No tocante à reconceitualização das necessidades de saúde, Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) apontam que toda necessidade de saúde surge de um carecimento, sentido pelo sujeito como certa alteração de seu estado sociovital (desconforto, mal-estar, irritabilidade, dor aguda ou difusa, sofrimento físico ou mental, demanda por informação etc.). Esse carecimento produz uma procura ativa, pelo sujeito, por atenção a sua saúde, dada certa solução antevista por ele para o seu problema, configurando uma demanda.

O serviço de saúde, por meio dos seus agentes (os trabalhadores da saúde), responde a tal demanda com determinadas intervenções, as soluções antevistas (e legitimadas) pelo serviço para responder ao carecimento do demandante. Consecutivamente, o sujeito faz uso dessa intervenção que, na ocasião, atenderá a certa demanda de atenção à saúde e o sujeito, em usuário da determinada intervenção. Logo, a intervenção do trabalhador da saúde modulará a demanda do sujeito ao atender algumas dentre as necessidades de saúde pressentidas, mas não outras, dando um determinado “desfecho” ao carecimento (desconforto, mal-estar, dor etc.) sentido por ele e configurado como demanda.

Assim, os serviços prestados pelo trabalhador da saúde são em si mesmos instauradores de demandas de atenção à saúde. Para tal fato, devem ser considerados tanto um elemento ideológico, de valorização diferencial de determinados padrões de necessidades de saúde, quanto um elemento histórico, de reiteração de determinadas demandas por meio de “ofertas” sistemáticas e “consumos” reiterativos.

Ademais, Paim (1997) sugere uma vigilância aos desvios técnico-burocráticos, mas sem que isso implique menosprezar os esforços práticos imprescindíveis ao processo de transformação do modelo assistencial. Isso supõe atenção à mudança do conteúdo

das práticas de saúde enquanto práxis, ou seja, a construção de possibilidades cotidianas de reflexão coletiva sobre a organização do processo de trabalho em saúde como parte do projeto da Reforma Sanitária. Prenunciando preocupações bastante contemporâneas, o autor afirma que:

A discussão entre as finalidades das práticas de saúde e o seu objeto, meios de trabalho e atividades, bem como a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação entre os modelos assistenciais e de gestão, constituem desafios teóricos e práticos para a Reforma Sanitária Brasileira nos anos que hão de vir (Paim, 1997, p.20).

Paralelamente a esse rico processo de formulação de uma proposta da saúde como direito social pelo movimento da RSB, os setores interessados na perpetuação do modelo médico assistencial privatista articulam sua estratégia de contrarreforma no decorrer da Assembleia Nacional Constituinte. Os setores hegemônicos, representados no Parlamento pelo empresariado médico-hospitalar nacional e pelos setores da indústria farmacêutica estrangeira, defendiam um modelo neoliberal na oferta de serviços, com delegação à “sociedade” da maior parte das prerrogativas estatais nas políticas de saúde. Para Mendes (1993, p.34),

Emergem na arena sanitária [...] dois grandes projeto político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

Conforme Bravo (2008, p.97):

O texto constitucional com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

O SUS é definido como de “relevância pública”, devendo o poder público, portanto, regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde. Além disso, o SUS é instituído como parte do sistema de seguridade social, abrangendo a garantia de direitos de saúde, previdência e assistência social. Contudo, Mendes (1993, p.50) discute que “por baixo do estridente e aparentemente consensualizado significante da reforma sanitária construiu-se, competentemente, o projeto conservador da saúde”.

As regras pétreas do SUS, definidas em sua base jurídico-legal, estabelecem uma concepção ampliada de saúde e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, por meio da LOS, são definidos os princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade e direito à informação) e as diretrizes organizativas (descentralização com comando único; regionalização e hierarquização; participação social, e integração de ações e recursos com planejamento ascendente) do SUS. Entretanto, Mendes (1993, p.52) pondera:

A “universalização excludente” [expulsão do sistema público das camadas mais privilegiadas e então atendidas pela Medicina previdenciária, que vão garantir a expansão, na década de 1980, do subsistema de atenção médica supletiva] criou um espaço público de cidadania regulada e, dentro dele, passou a exercitar, crescentemente, a opção de focalização através da atenção primária seletiva.

Dessa forma, de acordo com o autor, o que se observa na prática é que, desde os anos 1980, o projeto neoliberal, capitaneado pelos setores contrarreformistas, reinterpreta o arcabouço jurídico-legislativo universalizante do SUS, impondo “uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica” (Mendes, 1993, p.80).

A principal marca do SUS é a descentralização, pondo enorme responsabilidade no âmbito municipal, embora haja a pressuposição de um pacto federativo de cooperação entre os entes federados e comando único. Vasconcelos e Pasche (2006, p.550) discutem que

“as iniciativas locais têm possibilitado também maior adequação das ações às necessidades de saúde da população e possibilitado o desenvolvimento de experiências inovadoras”.

Porém, a permeabilidade ao clientelismo, ao patrimonialismo e aos interesses mercantis, o rechaço à participação dos trabalhadores e dos usuários, e, portanto, a centralização, o autoritarismo e o mandonismo ainda permeiam as políticas de saúde do Brasil. “[O] maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e das práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado” (Vasconcelos; Pasche, 2006, p.558).

Mendes (1993), sinteticamente, indica que a estabilização dos processos de reforma social ou o ajuste neoliberal manifesta-se por meio da tentativa de estabelecimento de três tipos de medidas contrarreformistas nas políticas sociais: (a) a privatização como remissão da regulação da política a mecanismos de mercado; (b) a descentralização, para a desresponsabilização do Estado pelo caráter público e de redistributividade das políticas sociais; (c) a focalização, via proposta seletiva de APS, Medicina simplificada e ênfase nos expostos a determinados riscos.

Dowbor (2009), debatendo a respeito do contexto pós-constitucional do SUS, conclui que houve uma agregação de interesses. O recuo da defesa pela estatização do setor público na saúde seria emblemático nesse fato. Segundo sua análise, o motivo foi a possibilidade de os tradicionais prestadores privados, detentores da grande maioria dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, se unirem à luta pela ampliação do financiamento público para o setor.

Para compreender adequadamente o tensionamento político-ideológico nas políticas de saúde vigentes do SUS, deve-se caracterizar as propostas de reformas do Estado ocorridas no contexto do neoliberalismo. Ocorre que as agências internacionais multilaterais de financiamento, em especial Banco Mundial (BM) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), defendem certos princípios e propostas para a reforma das políticas sociais dos países ditos “em desenvolvimento”.

Rizzotto (2005) examinou dois documentos editados pelo BM e ressaltou as análises e propostas para a saúde pública brasileira neles presentes. A autora destaca que os documentos “evoluem” de um elogio à descentralização consignada na LOS para uma crítica aos “equivocos” do SUS. Em decorrência desses supostos equívocos, a descentralização realizada teria sido em um sentido “inapropriado”, consolidando uma sobrecarga governamental para além da capacidade instalada, sobretudo, por conta da “excessiva abrangência” dos princípios de equidade e universalização.

A proposta do BM, conforme os documentos analisados, é a revisão constitucional da LOS, que deveria ser balizada por três frentes principais: (1) os governos estaduais deveriam ser os responsáveis pela assistência médica, destinando-se orçamento para tais ações nesse nível de governo, para evitar a “indesejável ingerência” do nível federal e a “malversação” que ocorre no nível municipal; (2) as transferências federais deveriam ser realizadas de modo transparente; (3) o governo federal deveria restringir suas funções à regulamentação, ao apoio técnico, à pesquisa e à elaboração de protocolos, com o fito de melhoria da qualidade da assistência e a contenção de custos.

Para que tal revisão se consolidasse, o BM propôs que: (a) normas mais claras fossem estabelecidas, tendo em vista delimitar as atribuições que devem ser mantidas no governo estadual ou transferidas para os municípios; (b) políticas de contenção de custos fossem colocadas em ação, seja com a redução dos valores a serem repassados aos serviços contratados, seja com a interposição de barreiras ao acesso; (c) um mesmo patamar de financiamento público fosse mantido para entidades privadas e filantrópicas, sem distinção alguma, sendo que o setor público responsável pelas ações de saúde pública e de promoção da saúde, e o privado, pela prestação de serviços via Organizações de Manutenção da Saúde (Health Maintenance Organizations – HMO) – empresas de intermediação de serviços médicos.

A incompatibilidade entre a efetiva responsabilização pública pelo direito à saúde como direito universal e o tipo de serviços de saúde prestados por tais organizações é apresentada em um docu-

mentário de 2007, dirigido pelo cineasta estadunidense Michael Moore. Seu título foi traduzido em português para *SicKO – SOS Saúde* (2008). Ainda que se possa argumentar que sua abordagem do problema seja algo “impressionista”, as entrevistas, os casos e as informações que traz reforçam a incompatibilidade da busca pelo lucro que sustenta as HMO perante a garantia do direito à saúde individual e coletiva.

As análises feitas nos documentos do BM ressaltam aspectos efetivamente problemáticos da gestão do sistema público de saúde brasileiro como: a predominância da oferta de serviços médicos centrados no contexto hospitalar, a elevada especialização do atendimento ambulatorial, o gasto excessivo e irracional em procedimentos de alta tecnologia, a baixa destinação de recursos para a promoção da saúde e prevenção de doenças etc. Mesmo assim as propostas apresentadas situam-se na contramão dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

As reformas recomendadas tinham a clara intenção de induzir a paulatina destituição do Estado da responsabilidade pela oferta de ações de saúde pública: redução do investimento público na assistência médica, focalização do serviço público nos mais pobres, seletividade às ações de prevenção de doenças (especialmente, de seus fatores de risco), priorização da ação do Estado somente diante de critérios de evidente relação custo-benefício e, finalmente, mas não menos importante, realização de reformas institucionais (inclusive constitucionais) e de financiamento.

Rizzotto (2005) resalta a inconstitucionalidade das medidas propostas: a cobrança por serviços de saúde e o copagamento pelo usuário são contrários ao princípio da gratuidade da assistência à saúde, a discriminação do acesso (segmentação da clientela) se opõe ao princípio da universalidade, e a retração do acesso à assistência médica e hospitalar (focalização da oferta) se opõe aos princípios da equidade e da integralidade.

No decorrer dos anos 1990, a proposta brasileira de Reforma do Estado teve como mentor intelectual Luiz Carlos Bresser-Pereira, então ministro do Ministério da Administração Federal e

Reforma do Estado (Mare) no decorrer do primeiro mandato do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998). Buscava-se criar condições para que o neoliberalismo encontrasse um caminho propício para sua introdução em tempos de acumulação flexível e mundialização do capital.

A publicação "A Reforma administrativa do sistema de saúde" (Brasil, 1998) propunha uma "reforma institucional" sintonizada com as recomendações do BM, sugerindo a criação de dois subsistemas de saúde dentro do SUS, para a racionalização de custos: (1) o sistema de entrada e controle deveria ser responsável pela oferta de cuidados básicos de saúde voltados ao indivíduo e à família, além de ações de promoção e educação em saúde prestadas com base em prioridades epidemiológicas; (2) o sistema de referência ambulatorial e hospitalar seria constituído de um conjunto de ambulatórios e hospitais credenciados, tanto estatais quanto filantrópicos e privados, responsáveis pelo sistema de média e alta complexidade.

Conforme tal proposta, o sistema de entrada e controle seria seletivo, visando à oferta de cuidados básicos de saúde, entendidos como um pacote de ações e serviços, e focalizado para a população de baixa renda. O sistema de referência ambulatorial e hospitalar, por conseguinte, teria legitimada a possibilidade de oferta privada, não mais enquanto complementar, e sim como alternativa a ser amplamente adotada por meio do devido amparo legal.

Apesar da proposta de Reforma do Estado não ter encontrado condições político-institucionais para ser realizada integralmente no sentido pretendido, outras iniciativas recomendadas pelo BM se consolidaram. Dentre elas podemos citar a transferência da gestão direta de funções do Estado, no âmbito da vigilância à saúde e da assistência suplementar, respectivamente, à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dessa forma, a segurança sanitária de produtos e serviços, assim como a relação das operadoras de planos e seguros de saúde com seus prestadores e consumidores, fica remetida às respectivas agências que mantêm contratos de gestão com o MS. Além disso, foram estabelecidas as diretrizes e o incentivo finan-

ceiro para a organização de programas que, tal qual introduzidos, focalizavam os pobres: primeiramente, o Pacs e, posteriormente, a partir das áreas de risco priorizadas por um instrumento do Ipea denominado “Mapa da Fome”, o PSF (Viana; Dal Poz, 2005).

Soares (2009) analisou os empréstimos externos efetuados por agências multilaterais de financiamento a favor do setor saúde no Brasil, seu orçamento, gastos e pagamentos dos serviços da dívida. Para isso, agrupou dados obtidos por pesquisa documental em uma série histórica, abrangendo os períodos de 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2004.

O autor concluiu que: (a) os projetos financiados pelo BM e BID se tornaram atividades permanentes, uma despesa que corre a expensas do orçamento do país, vinculando as políticas do setor saúde aos interesses dessas agências; (b) a alocação dos recursos orçamentários priorizou gastos para o pagamento da dívida interna e externa, ao invés dos repasses que efetivariam as prioridades indicadas nos instrumentos de gestão das políticas de saúde; (c) o gasto público do setor saúde no Brasil é bem inferior ao necessário para o atendimento às demandas de universalidade de acesso e equidade da atenção; (d) o custo financeiro dos empréstimos com as agências multilaterais de financiamento é elevado e precisa ser colocado em discussão; (e) as relações estabelecidas com as agências multilaterais mantiveram-se vigorosas, contínuas e alinhadas com os governos federais, tanto nas duas gestões de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) quanto na primeira gestão de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006), período também analisado pelo autor.

Em suma, a RSB arregimentou um conjunto de forças sociais sem as quais as prerrogativas sobre a saúde inscritas na Constituição Federal de 1988, bem como a LOS, provavelmente não teriam logrado reconhecimento institucional. Paradoxalmente, com a vigência do SUS, puseram-se em manifesto as contradições entre o “SUS ideal” e o “SUS real”, em outras palavras, as altas expectativas de mudança com a conquista de um marco legal exemplar diante das mudanças efetivamente lentas e graduais (quando não os retrocessos) causadas por um modelo incremental de reforma.



O marco jurídico-normativo do SUS foi conquistado pela pressão decisiva por representação política de uma base social que consolidou uma perspectiva contra-hegemônica de atenção à saúde. Assim, o SUS é um produto, ainda que contraditório, do processo, do projeto e da proposta da RSB, dentre outras forças arregimentadas no período precedente (Paim, 1997). Por mais paradoxal que pareça, isso produz uma situação na qual o que é constitucional, em termos da legalidade jurídico-normativa do SUS, é contra-hegemônico no que se refere ao modelo de gestão e atenção à saúde historicamente estabelecido.

Nesse aspecto, a concepção ampliada de saúde e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde defrontam-se com a permeabilidade histórica ao clientelismo, ao autoritarismo e à centralização das políticas de saúde no Brasil. Fora isso, conforme Mendes (1993, p.82),

Pode-se perceber que as políticas de saúde no Brasil seguiram, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, impulsionadas pelo projeto da reforma sanitária, inscreveram-se nos textos jurídico-legais mandamentos inspirados no modelo institucional-redistributivo [de política social] e, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas sociais derivadas do modelo residual.

Grosso modo, não há mudanças estruturalmente significativas no que se refere a essa tônica, no decorrer da década de 1990, nas políticas de saúde. Tais contradições inevitavelmente medeiam o modelo de atenção à saúde.

A seguir, são destacados os embates entre as vertentes de APS enquanto projetos de transformação ou de acomodação do modelo assistencial voltados aos excluídos do sistema de saúde. Essa ênfase deve-se à proposição da APS como apogeu de um questionamento sistemático das consequências do aprofundamento da iniquidade na atenção à saúde em nível mundial.

No entanto, experiências locais e/ou regionais funcionaram como situações-exemplo de oportunidades abertas por dentro do SUS para transformações no âmbito técnico-assistencial. Pouco mais ou pouco menos, todas elas propuseram novas ações ou alterações em ações de APS.



## 8

# A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS VERTENTES

Como parte das contradições vigentes entre o “SUS ideal” e o “SUS real” estão as polêmicas e os dilemas sobre o lugar da APS no modelo de atenção do SUS. Nesse sentido, Testa (1992, p.160) afirma que “a contextualidade da atenção primária à saúde é dada, em primeira instância, pelo sistema de saúde em que está inserida. Esse sistema é o que concretiza a significação de tal atenção no nível da organização setorial”.

Gil (2006) revisa os principais documentos normativos do MS a respeito da APS, no período de 1990 a 2005, e os estudos publicados e indexados em bases eletrônicas. Observa que a maioria das publicações trata do atendimento de problemas de saúde nas UBS. Quase a metade dessas publicações os contextualiza no SUS e pouco menos de um terço situa tais problemas na política de saúde ou no modelo de atenção vigente.

Conill (2008) argumenta que o PSF contribuiu para trazer à tona alguns dos problemas da APS no Brasil, em especial, aqueles relacionados ao modelo de atenção. Dentre eles, indica a inadequação dos arranjos organizacionais e das práticas assistenciais e de gestão concretamente existentes no sistema de saúde em face dos princípios do SUS.

Ao analisar a produção a respeito da APS em quatro periódicos brasileiros selecionados ("Cadernos de Saúde Pública", "Revista de Saúde Pública", "Ciência e Saúde Coletiva" e "Saúde em Debate"), Baptista, Fausto e Cunha (2009) notam que os trabalhos que abordam a APS tematizaram, sobretudo, o princípio da integralidade, a noção de território e o Pacs/PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção. Os autores concluem que há uma ênfase na discussão sobre a organização do sistema de saúde (reorientação do modelo, estratégia para introdução de unidades de saúde, estruturação da equipe etc.), com poucos trabalhos enfocando o modelo de atenção no âmbito da APS.

Além dessas questões que reforçam a necessidade de um estudo sobre até que ponto a APS "realmente existente" contribui para a garantia de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS, existem também polêmicas a propósito das definições de APS. A revisão de estudos que abordam conceitualmente a APS realizada por Baptista, Fausto e Cunha (2009) apresenta elementos que sugerem a possibilidade de agrupar as definições em conservadoras e renovadoras.

Dentre as definições "conservadoras", pode-se destacar: (a) nível inicial de assistência no qual se realizam cuidados de saúde ditos básicos, quase sempre requerendo encaminhamento para outros serviços, dada uma presumida incapacidade de realizar ações mais complexas; (b) ações de saúde vistas como as mínimas necessárias para a manutenção de determinados níveis de saúde individual e coletiva, selecionadas ou focalizadas para grupos específicos da população.

Dentre as definições "renovadoras" estão: (a) ações que caracterizam a primeira abordagem, frequentemente resolutive, inseridas no conjunto de atividades componentes de um sistema de saúde integrado e interdependente; (b) estratégia de organização dos serviços que forma a base e qualifica a demanda por serviços especializados, de diagnóstico, de reabilitação etc. do sistema de saúde, coordenando longitudinalmente o processo de atenção à saúde; (c) princípio que norteia as ações do sistema de saúde de modo a organizar e

racionalizar o uso dos recursos básicos e especializados para promoção, prevenção, manutenção e recuperação do estado de saúde.

Baptista, Fausto e Cunha (2009) destacam um estudo da Opas a respeito da APS, vigente nos países latino-americanos, que indica o predomínio de modelos seletivos e focalizados. Para adiante de uma questão técnico-gerencial, sistemas de saúde baseados em APS têm a capacidade de enfrentar mais diretamente os agravos decorrentes das iniquidades em saúde (Starfield, 2002). Nesse sentido, quando se observa a segmentação da oferta e a concomitante desigualdade de acesso que tipicamente caracterizam a história dos sistemas de saúde dos países latino-americanos, um problema de ordem supostamente técnico-assistencial mostra-se, a rigor, deter um proeminente aspecto político e socioeconômico.

A expressão “atenção básica” era preferida pelo MS para designar as políticas públicas de saúde voltadas para a reorientação do modelo assistencial de APS historicamente constituído em nosso país. Essa denominação estava consagrada nos últimos anos pelos documentos oficiais do MS e se oficializou na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No entanto, a denominação “atenção primária” também se apresenta nesses documentos com aparente indistinção.

Independentemente da preferência lexical, permanece a possível ambiguidade semântica do “básico” como alicerce (a base, o fundamental) contra o “básico” enquanto mínimo (o simplificado), e do “primário” como principal (primeiro, inicial) contra o “primário” enquanto elementar (rudimentar). Testa (1992, p.162) afirma que:

Em países que não conseguiram estabelecer um sistema [...] regionalizado e com um adequado sistema de referência, a atenção primária de saúde se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria, para uma população *idem*.

Em termos históricos, Mello, Fontanella e Demarzo (2009) apresentam que o “Relatório Dawson”, publicado na Inglaterra em 1920, é considerado o primeiro documento oficial em que se propõe

a introdução de estabelecimentos que visam à oferta de ações e serviços de APS articulados em uma rede hierarquizada e regionalizada.

Silva Junior (2006) recupera de Rosen (1994) que o “Projeto Zemstvo”, estabelecido na Rússia czarista a partir de 1860, foi a origem para o desenvolvimento, após a Revolução de 1917, de um sistema nacional de saúde regionalizado. O autor também destaca que propostas mais radicais de regionalização e acesso, advindas do movimento operário, precederam à publicação do “Relatório Dawson” na Inglaterra. Isso sugere que o Relatório pode ser interpretado como uma reação conservadora ao conteúdo revolucionário daquelas propostas. A concepção da rede de serviços de saúde enquanto pirâmide hierarquizada consolidou-se internacionalmente com referência a ele. Ainda que notabilizado como seu documento fundante, Conill (2008) ressalta que, mesmo na Inglaterra, a ideia de APS só é posta em prática cinquenta anos depois da publicação do “Relatório Dawson”.

Sinteticamente, a proposta desse Relatório se resumia em: (a) organizar as ações e os serviços de saúde de um distrito valendo-se de centros de APS que desenvolveriam ações curativas e preventivas, sob a coordenação de médicos clínicos gerais; (b) acolher casos de manejo mais difícil e que demandassem acompanhamento especializado (doenças infecciosas, epilepsia, transtornos mentais) em serviços de atenção secundária; (c) tratar doenças mais graves e promover o treinamento de médicos em hospitais de ensino, que seriam os serviços de atenção terciária.

White, Williams e Greenberg (1961) publicaram um estudo argumentando que os determinantes relacionados ao uso dos serviços de saúde, sua relativa disponibilidade no contexto local e os processos de decisão realizados pelo usuário do serviço deveriam ser incluídos no processo de diagnóstico e tratamento. Observaram que não havia uma relação direta da oferta de serviços de saúde e o treinamento dos clínicos gerais com as experiências reais do processo saúde-doença de uma população específica. Para isso, o vínculo continuado de um médico com a população adscrita no serviço deveria ser valorizado pelo sistema de saúde, em especial, pelos serviços de APS.

Desde meados da década de 1960, é estabelecida uma conjuntura mundial de crise econômica por conta do padrão predatório de acumulação capitalista vigente. As políticas de saúde priorizavam a expansão e a especialização dos serviços assistenciais. Conseqüentemente, foi promovida uma desproporcional incorporação tecnológica e um aumento excepcional de custos por causa da adoção irrestrita do denominado “modelo flexneriano”. Ademais, nesse contexto, havia o crescente rechaço político decorrente do enorme investimento na Guerra do Vietnã pela principal potência econômica mundial, que dela saiu derrotada, se não bastasse.

Como parte das ações do programa de “Guerra à Pobreza”, lançado em 1964 nos Estados Unidos, foram instituídas reformas setoriais visando à racionalização do sistema de saúde. Para Silva Junior (2006, p.57), “nos países capitalistas a Medicina Comunitária surge como uma prática complementar à Medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina”.

Donnangelo e Pereira (1979) e Rosen (1979) apontam que o processo de conquista da saúde como um direito social teve como seu corolário liberal a expansão da assistência médica. Mas, esse processo foi marcado por uma intensa recomposição dos meios de trabalho, operada em sucessivos processos de reforma da atenção em saúde.

Os autores ressaltam que houve, nessa recomposição, uma finalidade explícita de racionalização econômica. Dentre outros motivos, as medidas de racionalização decorreram da ampliação dos gastos em virtude da expansão do acesso a medicamentos industrializados e do alto custo da assistência hospitalar, crescente desde pelo menos meados da década de 1940. Um dos componentes dessa recomposição foi justamente a constituição de equipes de saúde.

Para Rosen (1979), as equipes de saúde foram uma estratégia central do movimento de Medicina comunitária. As políticas de saúde deveriam prover cuidados que extrapolassem a dimensão anatomopatológica do corpo doente, além de oferecer ações, programas e serviços que levassem em conta o conjunto das condições de reprodução e produção social. O entendimento era de que, ao



atuarem mais proximamente às necessidades de saúde da população, os agentes dessas equipes teriam condições de delimitar estratégias de cuidado com referência à comunidade e ao território por ela habitado.

Para tal, o movimento da saúde comunitária propôs: (a) a regionalização da oferta, que, na prática, ocorreu com baixa integração da APS ao sistema de saúde, mantendo a segmentação do acesso; (b) a identificação das prioridades para intervenção em âmbito comunitário convertida, efetivamente, na desresponsabilização formal do Estado para com a dimensão coletiva dos problemas de saúde; (c) a ênfase na viabilização de oportunidades sociais e participação popular, o que fomentou um ideário de que a comunidade, como suposta unidade, não dependeria das determinações socioeconômicas mais amplas; (d) a reestruturação do processo de trabalho em saúde em prol da organização de equipes, o que na prática se deu sob direção da racionalidade médica hegemônica, ou seja, centrada no ato médico e na delegação controlada de saberes e instrumentos (Silva Junior, 2006; Conill, 2008).

Sob pressão dos países do bloco socialista ocorre, no ano de 1978, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, república componente da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde. A Conferência foi promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund – Unicef). Dela resultou a “Declaração de Alma-Ata”, conclamando que a APS fosse adotada mundialmente pelos países signatários, o Brasil inclusive (Brasil, 2002).

A APS propõe que os serviços de saúde devem: (a) estabelecer-se próximo ao local de moradia e trabalho; (b) constituir-se no primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde; (c) oferecer cuidados à saúde essenciais, definidos como práticos, cientificamente fundamentados, socialmente aceitáveis e acessíveis; (d) compor o primeiro elemento de um processo contínuo de atendimento às necessidades de saúde (Baptista; Fausto; Cunha, 2009).

Foram duas as polêmicas centrais da Conferência: provisão dos serviços e seu financiamento pelo Estado ou pela “sociedade” e no foco das ações de APS em pobres ou como estratégia de ampla reorganização do sistema de saúde. Mais especificamente, havia um entendimento conflitante entre os países do bloco capitalista e do bloco socialista. Para os primeiros, a APS deveria focalizar os grupos historicamente excluídos do acesso à Medicina científica hegemônica, consistindo na ratificação dos princípios da Medicina comunitária. Para os segundos, a APS deveria consistir em uma abordagem voltada para a reordenação de todo o sistema de saúde, buscando superar as limitações da Medicina comunitária na direção da equidade em saúde.

Conill (2008) discrimina na “Declaração de Alma-Ata” um “polo tecnocrático” e um “polo participativo”. O primeiro se expressa na preocupação em instituir medidas de inovação gerencial e de racionalização das práticas de saúde: ênfase comunitária, hierarquização, coordenação e integralidade da atenção. O segundo se apresenta na proposição de maior democratização dos serviços: equipe multiprofissional, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social. Todavia, conforme Gil (2006, p.1172):

Por ter sido realizada e difundida em um período e contexto histórico de fortalecimento das propostas de ajuste fiscal do FMI [Fundo Monetário Internacional] e BM, nos países latino-americanos, pouca atenção foi dada ao fato de que os princípios defendidos na Conferência Internacional de Alma-Ata podem ter representado um dos últimos esforços de criação de um padrão internacional de pactuação no qual os países em desenvolvimento tiveram voz e representatividade em um fórum internacional.

Prova da persistência das contradições da proposta de APS debatida na I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde foi a organização, em 1979, de uma pequena reunião, mas de ampla repercussão, patrocinada pela Fundação Rockefeller. A Conferência de Bellagio sugeriu uma revisão das propostas conso-

lidadas na “Declaração de Alma-Ata”, entendendo que essas eram muito amplas, pouco aplicáveis e idealizadas.

Propôs-se, então, uma “versão seletiva” da APS. Para esta proposta, a APS deveria ser centrada em programas de saúde verticais, com objetivos focados para problemas específicos e voltada para atingir grupos sociais em risco epidemiológico. A APS, assim, deveria investir no controle de doenças de fácil manejo e que provavelmente evitariam mortes e desvantagem. É estabelecida uma lista de 23 patologias ordenadas em razão de morbimortalidade, viabilidade da intervenção e custo-efetividade (Baptista; Fausto; Cunha, 2009).

Influenciada por essa concepção seletiva de APS, a Unicef publica, em 1982, um relatório recomendando os principais elementos para promover a saúde materno-infantil: monitorização do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno, imunização, alfabetização das mulheres, planejamento familiar e suplementação nutricional, sumarizados na sigla GOBI-FFF (do inglês: Growth charts, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization, Female literacy, Family planning e Food supplementation).

Dessa forma, mundialmente, a APS ficou marcada por dois projetos distintos: (1) “verticalistas”, que concebiam a saúde como direito individual e consideravam a APS uma reforma para acomodar o sistema de saúde às necessidades dos historicamente excluídos; (2) “integralistas”, que concebiam a saúde como um direito coletivo e viam na APS uma estratégia de transição que visava à transformação do sistema de saúde e da sociedade como um todo. De tal contraposição também se desdobraria uma segunda diferenciação entre: (a) uma APS baseada em evidências e em estudos de custo-efetividade, para selecionar as intervenções a serem priorizadas; (b) uma APS que considera aspectos socioculturais do adoecimento, determinantes sociais do processo saúde-doença e a importância da organização local da atenção à saúde como dimensões primordiais para a oferta integral (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009).

Programas e ações inspiradas pela versão seletiva de APS foram introduzidos nos países de capitalismo periférico no decorrer da dé-

cada de 1980, com o apoio de agências e fundações internacionais. Ao propor a extensão da cobertura com focalização em ações simplificadas, de baixo custo, e a inclusão de áreas rurais, a APS seletiva preservou a centralidade do complexo médico-hospitalar nos sistemas de saúde desses países (Baptista; Fausto; Cunha, 2009).

Foi ainda no decorrer dos anos 1980 que se acumularam evidências científicas e políticas que apontavam para a responsabilidade primordial do modelo médico hegemônico, individualista e hospitalocêntrico em promover: (a) crescente elevação dos gastos em saúde; (b) baixo impacto na melhoria da qualidade de vida; (c) baixa eficiência na oferta dos serviços de saúde. Assim, continuou em pauta a demanda por reformas setoriais que investissem em mudanças no modelo técnico-assistencial e na alocação e utilização equânime dos recursos destinados à atenção à saúde pelos sistemas de saúde (Gil, 2006).



## 9

# PROPOSTAS DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A década de 1990 é marcada internacionalmente pela ascensão das políticas neoliberais. No Brasil, esse período coincide com o contexto pós-constitucional. Conforme apresentado anteriormente, o BM critica a universalidade de acesso consignada na Constituição Federal de 1988. Para o Banco, reformas constitucionais e institucionais deveriam ocorrer para que o SUS fosse efetivamente seletivo e focalizado perante ações e serviços oferecidos.

No entanto, ainda era incipiente a discussão acumulada pela RSB a respeito do modelo de atenção à saúde, expressa na carência de propostas práticas mais abrangentes. Em paralelo, a base social de apoio da RSB passava por um processo de despolitização, em parte, por causa do “dilema reformista”.

É preciso resgatar que um dos motes para a defesa da universalização da oferta, equidade do acesso e integridade dos serviços defendida pela RSB foi o enfrentamento das consequências negativas de um modelo de atenção à saúde, ao qual estava subjacente uma concepção seletiva e focalizada de APS. Nesse sentido, experiências que pretendiam a transformação do modelo foram sendo introduzidas desde fins dos anos 1980 e início dos anos 1990, recorrendo, invariavelmente, a mudanças na APS.

A rigor, desde os anos 1960, e mais intensamente nos anos 1970, foram conduzidos programas de integração docente-assistencial que tinham como campo de atuação o espaço da APS (Baptista; Fausto; Cunha, 2009). Os autores indicam que, aparentemente, há dois grandes momentos de discussão da APS no Brasil: nos anos 1970, quando estavam em pauta as questões de promoção da saúde, prevenção de doenças e expansão da cobertura; e na segunda metade dos anos 1990, com a centralidade da ESF na agenda das políticas de saúde governamentais enquanto estratégia para a reorganização da APS no SUS.

Teixeira (2003), incorporando contribuições de Mendes (1993), considera que o modelo de atenção à saúde é composto por dois aspectos inter-relacionados: (1) o modelo técnico-assistencial, ou seja, uma particular conformação do conteúdo e da forma dos elementos componentes do processo de trabalho em saúde; (2) o modelo de atenção, composto das dimensões gerencial (condução do processo de organização das ações e serviços), organizativa (articulação das unidades que prestam serviços de saúde) e operativa (planos do processo de trabalho em saúde), que se articulam sistemicamente.

Peduzzi (1998) discute que o processo de trabalho em saúde está diretamente implicado com as propostas de transformação do modelo de atenção, seja no contexto mais imediato do modelo técnico-assistencial, seja no contexto mediato da política de saúde, em particular, das políticas de recursos humanos em saúde. Segundo a autora, as pesquisas sobre essas propostas têm chegado a conclusões, em geral, semelhantes:

Apontam a predominância da abordagem individual e clínica às necessidades de saúde, centrada, de forma segmentada, nos indivíduos, nos saberes tecnológicos e nas instâncias de atenção médica, e assinalam a necessidade de superação desse modelo assistencial pela articulação de intervenções de diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos usuários e agentes do trabalho (Peduzzi, 1998, p.76).

Com base na sistematização de Teixeira (2003), é possível distinguir as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde do SUS conforme: (a) a ênfase no modelo de atenção ou no modelo técnico-assistencial; (b) o contexto no qual se originam; (c) os fundamentos filosóficos e conceituais; (d) as estratégias concretas que adotam; (e) as contribuições que lograram; (f) as principais lacunas que apresentam. O Quadro 1, apresentado a seguir, sintetiza essas características.

A autora discute que cada uma das propostas precisa ser analisada de acordo com seus limites e potencialidades, enfatizando a necessidade de “reconstruir a organização dos serviços e se redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local” e de “definir princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades, constituindo variantes de um modelo que tenha como eixo central a busca de universalização, integralidade e equidade na prestação de serviços” (Teixeira, 2003, p.272).

Argumenta, no entanto, que a reprodução do modelo assistencial hospitalocêntrico e privatista não se trata somente de “inércia” ou “falta de vontade política” por parte dos defensores do SUS. Recorda que as determinações econômicas e ideológicas se mantêm vigorosas e vigentes por meio dos interesses políticos das multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos, do empresariado da saúde e de setores da burocracia de Estado comprometidos com esses segmentos.

Apesar da indiscutível relevância dos arranjos inovadores de APS experimentados em contextos locais e regionais, é interessante observar que a primeira vez que a questão da APS se põe em nível nacional, oficialmente, na vigência da LOS, ocorre com base em modalidades seletivas e focalizadas de Saúde da Família: as “primeiras versões” do Pacs e do PSF.

O estabelecimento do Pacs foi voltado, inicialmente, para as localidades que viviam acentuadas dificuldades de acesso a serviços de saúde, privilegiando a incorporação de agentes leigos sob a supervisão de uma reduzida equipe de Enfermagem. Com a proposta de incorporação de um médico generalista à equipe, propôs-se a seguir o PSF, cuja inserção foi focalizada nas áreas priorizadas pelo



Quadro 1: Síntese das características das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde do SUS

	<b>Ênfase</b>	<b>Origens</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Contribuições</b>	<b>Lacunas</b>
<b>Em Defesa da Vida</b>	Modelo técnico-assistencial (acolhimento, vínculo, contrato)	Consultorias e assessorias promovidas pelo Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (LAPA/Unicamp)	Enfoque institucionalista, com resgate crítico de contribuições da psicanálise, existencialismo e marxismo	Problemática das práticas de saúde cotidianas (tecnificação do cuidado e medicalização social)	- Práticas clínicas mais acolhedoras - Gestão do processo de trabalho em saúde - Mudança na concepção de necessidades de saúde do usuário	“Imagem-objeto” do modelo de atenção à saúde (dimensão organizacional) não é discutida
<b>Ações Programáticas</b>	Modelo técnico-assistencial (organização tecnológica do trabalho em saúde)	Prática assistencial de docentes e pesquisadores do Centro de Saúde-Escola Samuel Pessoa, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva/USP	Processo de trabalho em saúde (marxismo), epidemiologia social crítica (reprodução e produção social das necessidades de saúde), ética no cuidado à saúde	Construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde por meio da programação	- Mobilização para a educação continuada dos membros da equipe - Organização de ações preocupadas com a dimensão ético-pedagógica - Redefinição das necessidades sociais de saúde	Ações territoriais de prevenção de riscos e agravos não são consideradas
<b>Vigilância da Saúde</b>	Modelo de atenção (integralidade como meio para a equidade)	Experiências de gestão de distritos sanitários implantadas por secretarias municipais e	Noção de distrito sanitário, noção de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), planejamento estratégico-situacional, epidemiologia social crítica (análise da situação de saúde)	Integração das práticas de saúde no distrito sanitário (políticas saudáveis, ações de vigilância e práticas clínicas)	- Valorização da regionalização e hierarquização - Incorporação dos mapas de risco (microáreas)	Propostas específicas sobre o processo de trabalho em saúde não são apresentadas

*Continua*

Quadro 1: *Continuação*

	Ênfase	Origens	Fundamentos	Estratégias	Contribuições	Lacunas
Vigilância da Saúde		estaduais de saúde com parceria de agências internacionais			- Incorporação de problemas de saúde (planejamento e programação)	
Saúde da Família	Modelo de atenção (expansão e qualificação)	Movimento da Medicina Familiar (EUA, década de 1960) e da Medicina Comunitária (década de 1970)	Articulação de noções e conceitos de distintas disciplinas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva	Organização sistêmica dos serviços, equipes multiprofissionais de saúde, uso de informação epidemiológica, integralidade das práticas	- Oportunidade de mudança em larga escala do modelo de atenção à saúde (induzida por políticas de regulação e controle com a expansão da cobertura)	- Processo de expansão é desarticulado da regionalização e hierarquização - Proposta de redefinição do conteúdo das ações não é formalizada
Cidades Saudáveis	Modelo de atenção (promoção da saúde)	Enfoque da Promoção da Saúde (Conferência de Ottawa, 1986)	- Noções de risco e vulnerabilidade (problematização do conceito de saúde da racionalidade biomédica) - Redefinição dos valores associados à saúde (equidade, desenvolvimento sustentável, parceria, participação etc.)	- Articulação intersetorial visando políticas públicas saudáveis - Organização de programas e ações que consideram um conceito ampliado de saúde	- Avanços no processo de descentralização - Experiências inovadoras de articulação intersetorial - Ampliação do envolvimento comunitário	- Não encaixa os problemas mais específicos do modelo de atenção à saúde - Atenção ao modelo técnico-assistencial

Fonte: Teixeira, 2003.

“Mapa da Fome” do Ipea. De fato, somente após as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) de 1996, operacionalizadas efetivamente no ano de 1998, se verifica uma expansão em termos nacionais do PSF.

As NOB-SUS/1996 foram um marco na expansão do Saúde da Família e, conseqüentemente, da APS no país. Antes da sua vigência, a crise fiscal e financeira exigiu do SUS a integração e fusão de instituições, impondo dificuldades ainda maiores na discussão do modelo de atenção. Já na sua vigência, os repasses federais viabilizaram que os municípios pudessem assumir a gestão do sistema local de saúde, montando estruturas mínimas com base em requisitos, também mínimos, de funcionamento (Conill, 2008).

Segundo Conill, as origens da ESF podem ser situadas em um conjunto de iniciativas que vão ocorrer, no Brasil, desde a década de 1970: (a) experiências de saúde comunitária, como a introdução de um Internato Rural pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que viabilizou a integração docente-assistencial por meio de um projeto de expansão de cobertura ocorrido em Montes Claros/MG; (b) estabelecimento de uma residência em saúde comunitária, em 1976, no Centro de Saúde-Escola Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), uma das experiências que originará a Medicina de Família e Comunidade no Brasil; (c) as iniciativas de expansão ambulatorial viabilizadas pelo Piass, inicialmente no Nordeste e posteriormente difundidas para o restante do Brasil.

Para a autora, dentre os determinantes do interesse para a incorporação do PSF em todo o país pelas gestões municipais de saúde desde os anos 1990, estão: (a) o sucesso do Pacs quanto ao acesso às ações básicas de saúde; (b) o vazio programático que se configurava diante da questão assistencial no SUS; (c) os atrativos políticos da proposta; (d) o incentivo financeiro oferecido para a contratação das equipes. O PSF, assim, contribuiu diretamente para a descentralização do SUS, mesmo o município podendo se restringir aos requisitos mínimos para a introdução das equipes, tal qual, via de regra, se sucedeu.

Em 2003, a OMS divulgou seu “Relatório Mundial” propondo uma retomada dos princípios da APS presentes na “Declaração de Alma-Ata” e sugerindo um revigoramento da concepção integral e abrangente de cuidados à saúde: (a) acesso universal e cobertura com base em necessidades de saúde; (b) equidade em saúde como parte do desenvolvimento orientado para a justiça social; (c) participação comunitária na definição e realização da agenda das políticas de saúde; (d) abordagem intersetorial à saúde (World Health Organization, 2003).

É também no ano de 2003 que, pela primeira vez, o PSF apareceu como ESF, refletindo a ideia de que o Saúde da Família não fosse mais um “programa” dentre outros, e sim uma estratégia para a transformação do modelo de atenção. Independentemente do caráter efetivo ou exclusivamente retórico dessa mudança, é digno de nota que o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), quando primeiramente se adota a designação “ESF”, é cofinanciado entre o BM e o Governo Federal desde que foi firmado entre as partes.

O Proesf conta com três componentes: (1) apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos para a ESF, visando reestruturar a porta de entrada e promover apoio à rede de serviços; (2) reforço à política de recursos humanos para estabelecer e fortalecer a ESF onde já existe o PSF; (3) apoio à elaboração e introdução de metodologias e instrumentos de monitoramento/avaliação de processo e desempenho da ESF. Os municípios que desenvolveram projetos no âmbito do Proesf foram convidados a tomar parte da Fase 2 do Projeto, previsto para 2010-2013.

Em 2006, foi formalizado o “Pacto pela Saúde”, composto por “Pacto pela Vida”, “Pacto de Gestão do SUS” e “Pacto em Defesa do SUS” (Brasil, 2006). A intenção era que o Pacto funcionasse como um instrumento para avançar no processo de hierarquização e regionalização, consolidando a pactuação das ações entre os três níveis de gestão. As responsabilidades sanitárias dos gestores municipais, estaduais e federal foram contratualizadas entre as partes com a assinatura de Termos de Compromisso de Gestão, que es-

tabelecem as responsabilidades e as capacidades de cada ente na oferta das ações e dos serviços de saúde.

Dentre as diretrizes do “Pacto pela Vida” estão consolidar e qualificar a APS, tendo como prioridade a ESF enquanto modelo de atenção e centro ordenador das RAS. Essas diretrizes foram ratificadas na ênfase à APS estabelecida pela Portaria que indica as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2010). Nessa Portaria, a APS é conceituada como eixo estruturante da RAS, centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A APS deve ser o primeiro nível de atenção e, como tal, ponto de partida da realização das linhas de cuidado.

A APS, para isso, precisa deter certos atributos: ser constituída de equipe de saúde, que viabiliza o primeiro contato; promover a longitudinalidade e a integralidade; realizar a coordenação das ações de cuidado; tomar a família como unidade de cuidado; viabilizar a abordagem familiar e ser orientada para a comunidade. Dentre suas funções, estão: a resolubilidade, a organização da rede e a responsabilização. A ESF é colocada, mais uma vez, como o principal modelo para a organização da APS no SUS.

Tais iniciativas políticas atestam a importância que contemporaneamente vem sendo atribuída à ESF para a reversão do modelo de APS.

# 10

## DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nos Capítulos anteriores, nos quais foram desenvolvidos um resgate histórico-político da APS no SUS e as contribuições das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde, foi possível observar que a questão do trabalho em equipe de saúde se expressa com uma relevância digna de nota.

Essa presença ocorre independentemente: (a) do enfoque de APS ser verticalista ou integralista; (b) da criação ou não de meios para a integração dessas equipes ao sistema de saúde; (c) de enfrentar ou não a centralidade da racionalidade biomédica no processo de trabalho em saúde; (d) de consistir em uma estratégia para a democratização das ações e serviços de APS ou ser um meio para a simplificação da assistência e redução de custos com pessoal; (e) de ser parte de propostas de mudança que enfatizam o modelo técnico-assistencial (a exemplo de “Em Defesa da Vida” e “Ações Programáticas em Saúde”) ou o modelo de atenção (a exemplo do Saúde da Família).

A regulamentação da RAS pressupõe que a ESF seja fundamental na reestruturação da APS, visando à consolidação de um modelo de atenção à saúde pertinente aos princípios consignados no SUS (Ministério da Saúde, 2010). A equipe da ESF é responsável por um conjunto de processos imprescindíveis à RAS, dentre eles: (a)

delimitar e buscar soluções para os problemas de saúde da população que habita o território circunscrito; (b) participar da execução de ações constantes nas linhas de cuidado; (c) ser responsável pelo primeiro contato do usuário e sua família com o sistema de saúde; (d) coordenar longitudinalmente as ações requeridas para enfrentar os problemas de saúde. Consequentemente, o trabalho em equipe de saúde configura um princípio operativo fundamental da ESF.

Peduzzi (1998, p.91) apresenta uma sucinta e significativa definição para o que vem a ser “equipe de saúde”: “grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo processos de trabalho conexos em uma mesma situação particular de trabalho, em um dado estabelecimento de saúde”. Durante a pesquisa que desenvolveu, tomando por base informações coletadas em quatro diferentes situações que envolvem o trabalho coletivo e o trabalho em equipe de saúde (enfermaria de clínica pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica, ambulatório de especialidades gerais e ambulatório de saúde mental), a autora notou que, em certas situações,

Parece haver um certo deslocamento entre o discurso sobre o trabalho em equipe, que parece idealizado e retórico, e o plano prático das múltiplas ações e dos variados agentes, onde não parece haver relações e conexões concretas (Peduzzi, 1998, p.163).

Ela registra, ainda, a existência de uma noção “redentora” da equipe multiprofissional:

A noção de equipe, deslocada das condições particulares e concretas que pretende representar, transforma-se em símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 1998, p.6).

Nesse sentido, é frequente que os trabalhadores sejam instados à adesão “voluntária” a práticas de equipe que supostamente solu-

cionariam os vários níveis de fragmentação e parcelização do seu processo de trabalho. No caso do trabalho em equipe, é comum que se apele a certa “ideologia da conjugação” enquanto tentativa de inculcar nos trabalhadores as supostas vantagens de, acriticamente, “trabalhar juntos”, “somar esforços” e “compartilhar”. A autora também critica esse tipo de concepção:

Como se simplesmente trabalhar junto já gerasse um trabalho diferente e produtivo na direção que os profissionais almejam. Como se trabalho em equipe fosse um achado interessante da experiência mas não um princípio organizador do trabalho coletivo (Peduzzi, 1998, p.195).

Essa conjugação se mostrará tanto mais artificial quanto menos se problematizam as concepções que instrumentalizam o objeto do processo de trabalho em saúde em questão, retificando-se discursivamente a interdisciplinaridade por meio de ideias como “perspectiva holística” e “paciente como todo biopsicossocial”. Mendes-Gonçalves (1994, p.171) define a perspectiva biopsicossocial na assistência à saúde da seguinte maneira:

Disposição para assumir frente ao cliente o papel de um guia capaz de orientá-lo em face das mais diversas espécies de dificuldades que possam atingi-lo, originadas fora dele nos espaços concêntricos da família, do grupo social e da sociedade. Essa não é uma tecnologia clínica simplória, mas refinada; não obstante segue sendo uma tecnologia clínica, enquanto se refere a um objeto de trabalho cujo núcleo é a presença, atual ou potencial, da reação patológica nos limites do corpo anátomo-fisiológico.

Peduzzi (1998) também estabelece uma já bastante reconhecida tipologia do trabalho em equipe, postulando dois tipos básicos: a equipe agrupamento, na qual se apresenta justaposição de ações e agrupamento de agentes, e a equipe integração, em que se expressam articulação das ações e interação dos agentes. Conclui, em sua



pesquisa, que sempre há complementaridade objetiva no trabalho coletivo. Contudo, na equipe agrupamento coexistem máxima autonomia técnica e independência do projeto assistencial pelo agente, ao passo que na equipe integração se manifestam, simultaneamente, colaboração no exercício da autonomia e construção de um projeto assistencial comum.

Nota, portanto, que a recomposição dos trabalhos parcelares em um efetivo trabalho em equipe não ocorre tão somente por uma somatória técnica dos trabalhos parcelares, requerendo “articulação das ações, a interação dos agentes e a superação do isolamento dos saberes – e suas disciplinas” (Peduzzi, 1998, p.12).

Evidentemente, sendo o trabalho em equipe uma diretriz organizativa para os serviços que compõem o SUS, trata-se de uma característica desejável para a oferta de ações e serviços. Porém, não se deve perder de vista que haverá modalidades, graus e formas singulares de se trabalhar em equipe na APS. Essa singularidade será mediatizada por determinações que se encontram para além do aspecto organizativo e que estão na ordem da historicidade e das opções políticas que permeiam o modelo de atenção e o modelo técnico-assistencial.

Ademais, em termos das regras pétreas da LOS, a par das diretrizes organizativas são postos os princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito à informação. Como diretriz organizativa, o trabalho em equipe não assegura, isoladamente, a efetivação do conteúdo concreto dos princípios doutrinários. Logo, o conteúdo das práticas de saúde não é diretamente problematizado simplesmente pela mudança na disposição dos elementos do processo de trabalho na forma de trabalho em equipe.

Parte da complexidade do problema encontra-se em como conceber o lugar do trabalho em equipe nas estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde. Poucos arriscariam afirmar que o mero agrupamento seria suficiente para atingir objetivos de grupalização almejados com o trabalho em equipe. No entanto, quando se trata da necessidade de optar entre produzir mais procedimentos (mais consultas, mais vacinação, mais curativos etc.) e investir no traba-

lho em equipe, o esforço consciente para a grupalização costuma ser preterido. Não se trata de minimizar a importância de “mais ‘fazer-jamento’ e menos planejamento”, na expressão atribuída a David Capistrano, quando o caso é de por em ação propostas concretas de mudança do modelo de atenção à saúde. Contudo, é preciso atenção ao risco de esvaziar o conteúdo das práticas de trabalho em equipe à medida que podem ser reificadas, por si mesmas, as propriedades formais da diretriz organizativa de trabalho em equipe.

No que se refere à multiprofissionalidade das equipes de saúde, vale resgatar a discussão de Conill (2008) sobre a existência de um “polo participativo” na Declaração de Alma-Ata. Esse polo seria composto pelas recomendações cujo conteúdo se relaciona a uma maior democratização dos serviços, como a composição de equipes multiprofissionais. Na esteira das contradições presentes nas abordagens concretas de APS, tais como a disputa de projetos “verticalistas” com “integralistas”, é interessante apreciar, por exemplo, relações entre a proposta de equipes multiprofissionais e as diferentes compreensões acerca da função de porta de entrada do sistema de saúde.

Para fins de comparação, tome-se o caso dos países europeus cujo sistema nacional de saúde se organiza tendo a APS como base. Em 11 países da União Europeia, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é via um profissional médico (generalista ou clínico geral) que realizará a coordenação dos cuidados (Giovanella, 2006). E, em paralelo, observa-se que um dos desdobramentos da proposta “Em Defesa da Vida” é a constituição de equipes de referência com apoio matricial (Campos; Domitti, 2007), pois a equipe multiprofissional de saúde da APS equivale a uma equipe de referência, admitindo apoio matricial de outras especialidades ambulatoriais ou hospitalares na concretização de seu projeto assistencial. Nesse caso, o profissional de referência, integrante da equipe de APS, é o trabalhador ao qual o usuário se vincula preferencialmente e que é responsável pela coordenação de seu projeto terapêutico singular. Há uma predileção pela construção deste vínculo com um profissional do ensino superior, médico ou não; no entanto, não é um elemento obrigatório.

A ideia de profissional ou técnico de referência é originada no campo da Reforma Psiquiátrica. Baseia-se na crítica à centralização no psiquiatra da responsabilidade pela condução dos processos clínicos e na instrumentalização dos saberes operantes pela noção de “doença mental” (Furtado, Miranda, 2006; Silva, 2007).

Dessa forma, nota-se que a APS, no que se refere à multiprofissionalidade como aspecto constitutivo das equipes de saúde que nela atuam, é evitada pela história da divisão social e técnica do processo de trabalho em saúde. Resgatando a discussão de Mendes-Gonçalves (1992), o modelo clínico anatomopatológico e a centralidade do diagnóstico e da terapêutica médica vão assegurar que o processo de trabalho em saúde seja hegemonicamente restrito aos limites de um processo de trabalho médico operado nos marcos da racionalidade biomédica.

Recorda-se que, no entanto, o acréscimo de funções complementares suscita uma divisão “vertical”, do tipo chefe-subordinado, ao passo que a ampliação da jurisdição da Medicina suscita uma divisão “horizontal”, do tipo centro-periferia. Consequentemente, a noção instrumental do objeto do trabalho em saúde, tal qual definida pela racionalidade biomédica, torna-se, mesmo que hegemônica, fonte de litígio.

Igualmente, há o caso emblemático da polêmica sobre as responsabilidades no exercício das funções clínica e gerencial, cotidianas do processo de trabalho das equipes de APS. Nesse sentido, as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde encaminharam de formas diferentes o problema da “relação clínica-gerência”.

A proposta “Em Defesa da Vida” assume que qualquer profissional da equipe pode ser um técnico de referência e, assim, um responsável por gerir o projeto terapêutico singular do usuário da equipe de ESF. Há, nesse caso, um destaque à dimensão gerencial no processo clínico.

Para a proposta “Ações Programáticas”, a organização de ações condizentes com as necessidades de saúde de uma população deve ser parte da programação, sendo necessário garantir seus impactos sobre determinados coletivos (Mendes-Gonçalves; Schraiber;

Nemes, 1990). Aqui, uma reflexão sobre a clínica deve preceder a organização da oferta de ações de saúde.

Ambas as propostas indicadas enfatizam a equipe multiprofissional de saúde como um de seus aspectos fundamentais e a ninguém sucederia questionar o evidente compromisso e as contribuições concretas delas para com a RSB. Contudo, é preciso não perder de vista que o trabalho em equipe é adotado extensivamente como um recurso organizacional nos processos de reestruturação produtiva mediante o advento da “produção enxuta” (Alves, 2001). A equipe de trabalho, que vem se estabelecendo como a unidade organizacional fundamental da reestruturação produtiva nos mais diversos setores econômicos, suscita a redução de custos com a parte variável do capital, ou seja, com a força de trabalho. Na atual etapa de acumulação flexível de capital, esse custo precisa ser remetido ao seu mínimo.

Para Cipolla (2005, p.205), a proposição de equipes é expressão do domínio do capital sobre o trabalho em nossos tempos e “é possível [compreendê-lo] como uma forma de simultaneamente aumentar o controle sobre o trabalho e reduzir custos associados ao trabalho de controle”. Atuar em equipe possibilita amplificar as forças produtivas da cooperação, enquanto trabalho social combinado, no trabalho coletivo historicamente constituído, buscando aumentar a intensidade das operações e a produtividade do trabalhador coletivo.

A coordenação se presta tanto ao controle técnico das operações de trabalho quanto à conservação dos meios de produção utilizados como instrumentos e objetos desse processo. No trabalho em equipe “a coordenação técnica da produção é parcialmente internalizada na medida que o próprio grupo exerce uma coordenação técnica relativa ao conjunto de tarefas que pertencem a ele” (Cipolla, 2005, p.221).

A supervisão decorre diretamente do antagonismo de classes, de modo que “a eliminação de linhas burocráticas de controle acima dos trabalhadores diretos [por meio do trabalho em equipe] apenas significa que esse controle agora precisa emergir do próprio chão” (Cipolla, 2005, p.221). Assim, as funções de chefia se disseminam nas equipes de trabalho, promovendo uma diminuição do custo relacionado à atividade de supervisão.

Ainda que qualquer transposição requeira as devidas mediações, considerando as particularidades inerentes a cada segmento produtivo, vale ressaltar que nas UBS sem ESF (centros de saúde “tradicionais”), tais quais aquelas organizadas sob a lógica da programação, eram previstas as funções de médico sanitарista e médico consultante (Mendes-Gonçalves, 1994). Ao observarmos as atribuições específicas dos integrantes da equipe da ESF na PNAB, referência contemporânea para a organização das ações de APS, todos os trabalhadores com formação em nível superior (médico, dentista e enfermeiro) devem participar igualmente do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

Mendes-Gonçalves (1994), a esse respeito, discute que o saber epidemiológico detém instrumentos para o gerenciamento da clínica, mas que o inverso não é possível. Isso impõe uma marcante contradição na organização tecnológica dos processos de trabalho em saúde, na APS inclusive. Há a integração sanitária que, como um princípio fundamental para a organização do processo de trabalho, implica a decisão de como, onde e quantas e com quais características técnicas devem ser realizados os atos clínicos. E há a própria normatização de procedimentos clínicos que, dados certos critérios epidemiológicos, configura limites a essa integração, visto que a clínica reivindica sua autonomia como um princípio ético relacionado ao direito do cidadão ter acesso ao encontro com o médico (Schraiber, 1993).

A integração sanitária, dessa forma, supõe subordinação da clínica a uma “gerência epidemiológica”. Entretanto, para identificar qual tipo de integração ocorre concretamente, é necessário levar em conta, ao menos: (a) as concepções a respeito das finalidades do trabalho; (b) as relações do trabalho com outras práticas; (c) as relações do trabalho com outros trabalhos dentro da equipe; (d) as concepções a respeito dos objetos e instrumentos do trabalho; (e) a organização e as formas de controle presentes (Mendes-Gonçalves, 1994). Isso possibilita a análise da organização tecnológica do processo de trabalho da equipe de saúde da APS.

Enquanto principal modelo tecnológico de organização das ações de APS, a equipe da ESF se compõe, minimamente, de médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de Enfermagem e ACS. Nota-se que tais agentes compõem o aspecto “vertical” da divisão social e técnica do processo de trabalho médico no âmbito hospitalar, com o acréscimo do ACS. Historicamente, tais divisões e subdivisões foram requeridas para dar conta da crescente especialização e agregação de funções, implicando uma fragmentação das ações de atenção à saúde.

Seria ingênuo supor que, ao menos em tese, as hierarquias existentes em tais relações não se reproduziriam no processo de trabalho da APS. Ainda que a equipe da ESF possa ser acrescida de outros trabalhadores de saúde conforme a realidade local, como não há demais incentivos para esse acréscimo, tais equipes raramente o fazem. O estabelecimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem sido uma alternativa para acrescentar outros trabalhadores de ensino superior, baseada na organização de um processo de trabalho teoricamente coerente com a ideia de equipe de referência com apoio matricial.

É preciso distinguir, porém, “flexibilidade da equipe na organização tecnológica do processo de trabalho” e “flexibilização das relações de trabalho”. Peduzzi (1998, p.217) indica algumas tensões na relação entre flexibilidade e especificidade no trabalho em equipe: (a) clareza do que cabe exclusivamente a cada área profissional; (b) diferenciação dos saberes técnicos que instrumentalizam cada intervenção; (c) conflitos entre agentes de diferentes áreas. Para a autora, uma das formas de encaminhar essa tensão consistiria em compatibilizar liberdade e responsabilidade nesse processo de trabalho: “a cada profissional cabe tanto a responsabilidade pelo seu trabalho especializado como a corresponsabilidade relativa à interdependência de ações conexas”.

Em termos dos instrumentos de trabalho, os saberes e as técnicas operados pelos trabalhadores médicos costumam enfatizar o diagnóstico e o tratamento de doenças, visto a historicidade constitutiva da sua atividade. Os trabalhadores de Enfermagem (tanto o

enfermeiro quanto auxiliares e técnicos) vão enfatizar os processos de cuidar e assistir o doente em sua enfermidade. E os ACS vão desenvolver prioritariamente práticas educativas voltadas para os usuários adscritos à equipe.

Diferentemente das origens remotas do trabalho do médico e do enfermeiro, o trabalho do ACS passa a ser reconhecido formalmente como um trabalho profissional somente após a promulgação da lei que cria a profissão de ACS (Brasil, 2002). Nessa lei, ACS deve: (a) residir na área do território em que atua; (b) ter concluído o ensino fundamental; (c) concluir com aproveitamento um curso de qualificação básica.

Por conta da fragmentação dentre os agentes e da diversidade de instrumentos aos quais se recorre, as equipes da ESF se defrontam com um objeto do processo de trabalho que se apresenta proporcionalmente cindido. O problema do modelo anatomoclínico como referência hegemônica encontra-se diretamente relacionado à definição de objeto que será priorizada no projeto assistencial da equipe. Mais que isso: quando se trata de APS, a equipe de saúde precisa problematizar, inclusive, a respeito do significado de “assistir”.

Em termos do enfrentamento dessa fragmentação, uma ou mais dentre as situações seguintes parecem ser possíveis: (a) manter a “decomposição” do objeto por meio da fragmentação entre agentes e instrumentos; (b) buscar uma “recomposição vertical” do objeto, ou seja, algum tipo de adequação individual do agente às mudanças necessárias para o desenvolvimento de ações de APS, por meio, por exemplo, da formação continuada ou da mudança dos marcos corporativos (profissionais); ou (c) buscar uma “recomposição horizontal” do objeto, uma construção de um projeto assistencial da equipe de saúde via o estabelecimento de algum nível de acordo, ainda que precário e aproximativo, a respeito da natureza do objeto do processo de trabalho em saúde.

Nas discussões que se sucederam às críticas ao modelo clínico-epidemiológico, outras finalidades foram colocadas para o processo de trabalho em saúde para a mudança do modelo de atenção: a criação de estratégias de atenção que levem em conta a determi-

nação social do processo saúde-doença e a problematização das práticas de saúde vigentes na equipe de saúde e nos usuários. Nesse sentido, Peduzzi e Palma (1996, p.240) afirmam que:

Os agentes do trabalho, no âmbito da cultura profissional de cada área de trabalho e no âmbito da cultura institucional, fazem, a cada momento, opções que vão ao encontro da esfera objetiva de estruturação do trabalho ou que projetam a transformação desta.

Os desafios na realização de tais finalidades também se explicitam no âmbito das equipes da APS, demandando resgatar a reflexão sobre o problema do projeto assistencial da equipe. Peduzzi (1998), por referência ao trabalho de Mendes-Gonçalves (1994), discute que a relação entre ciência (o saber científico) e saber (em termos do saber técnico ou saber prático) é manifestada no caso do trabalho em equipe da seguinte forma:

As diversas áreas profissionais que trabalham coletivamente em equipes integram, em seus respectivos saberes, a contribuição de diversas disciplinas ou ciências, assim como, na prática cotidiana de trabalho compartilhado, a possibilidade de articulação do exercício concreto desses distintos saberes (Peduzzi, 1998, p.67).

As reuniões de equipe são fundamentais nesse processo, por elas pode-se avançar: (a) na criação e desenvolvimento de uma cultura comum; (b) no planejamento e organização das atividades dos programas e do serviço; (c) no conhecimento e acompanhamento dos outros programas e atividades; (d) na obtenção de acordos sobre a organização institucional e o projeto assistencial. Dessa forma, posto que o trabalho coletivo se efetiva pelos processos de comunicação e estabelecimento de um projeto assistencial comum, é fundamental à equipe investir na institucionalização de espaços coletivos, sobretudo para a explicitação das relações de poder e dos conflitos que permeiam sua atividade (Peduzzi, 1998; Fortuna, 1999; Fortuna et al., 2005).





## CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão cabem algumas reflexões finais que não ambicionam afirmações generalizantes, buscam apontar lacunas que persistiram e indicar perspectivas temáticas para futuras investigações e aprofundamento.

A Parte I foi concentrada intencionalmente no resgate das discussões acerca do processo de trabalho em saúde elaboradas por Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994). Não bastasse a dificuldade na localização desses que são alguns de seus principais textos, a originalidade, a fecundidade e a profundidade com que trata da questão do processo de trabalho em saúde seriam argumentos suficientes para justificar a necessidade desse resgate. Sabe-se que vários outros se preocuparam em resgatar os esforços de tal autor, fundamental no campo da Saúde Coletiva brasileira sobre o processo de trabalho em saúde. Retomar estes textos possibilitou notar a pertinência e a atualidade de um enfoque radicalmente marxista – no sentido frequentemente reivindicado de “ir às raízes” – no campo.

Dada a possibilidade de indicar ou ratificar a vigência desse enfoque, persiste a necessidade de examinar mais detidamente uma hipótese surgida no decurso da investigação: salvo exceções, adotou-se uma interpretação hegemonicamente estruturalista (althusseriana) do marxismo na Saúde Coletiva, sendo também necessário

identificar como se desenvolveram, nas diversas áreas disciplinares que compõem o campo, as correntes mais clássicas do marxismo e os *aggiornamenti* contemporâneos. Para levar a cabo essa intenção, é preciso destituir-se de quaisquer “marxímetros” – no sentido da identificação da maior ou menor fidelidade a determinados textos ou autores clássicos – dado o caráter aberto e inconcluso do marxismo. Visto a importância da crítica sistemática interna e externa nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde, bem como dessa corrente de pensamento e práxis social em particular, trata-se de um exame que, *a priori*, soa frutífero.

Foi possível enunciar algumas distinções entre o processo de trabalho médico e processo de trabalho em saúde, o trabalhador médico coletivo e o trabalhador coletivo da saúde e o agente do trabalho médico e o agente do trabalho em saúde. Ao discutir sobre o trabalho coletivo em saúde, verificou-se a persistência de contradições advindas de uma etapa histórica em que a Medicina anatomopatológica era, em tese, inconteste: (a) a pretensa objetividade da racionalidade biomédica da doença diante da concreticidade da normatividade social do processo saúde-doença; (b) a predileção pelo âmbito individual de prática pela Medicina anatomopatológica, perante a degradação das condições coletivas de vida e saúde das massas que ocuparam as cidades a partir da Revolução Industrial; (c) a simultaneidade da socialização da Medicina – mais especificamente, do direito de consumir serviços médicos, sendo o hospital o centro da sua produção – com a medicalização social – ampliação da jurisdição, da especialização, do consumismo e das expectativas de eficácia dos serviços médicos.

Ocorre que, em uma etapa histórica seguinte, a Medicina anatomopatológica mantém sua hegemonia, observando-se questionamentos a determinados aspectos tanto da racionalidade biomédica quanto do processo de trabalho médico. Isso acrescenta complexidade à questão, uma vez que as contradições do momento anterior não são superadas. À centralidade do diagnóstico médico se contrapõe uma multiplicidade de instrumentos e agentes que se voltam à criação de meios para a identificação de patologias. À reprodução

social dos agentes do processo de trabalho médico (e inclusive das formas vertical e horizontal da divisão técnica e social destes agentes) se acrescenta a reprodução social dos agentes do processo de trabalho em saúde, de modo que o litígio sobre o objeto e a finalidade desse processo de trabalho introduzem, por conseguinte, novos agentes e novas decomposições.

Ainda que não se deva perder de vista as origens históricas que conferem singularidade ao SUS quando sistema nacional de saúde – em especial à RSB como movimento social que deu direção política a um processo histórico que teve a LOS como um dos seus principais produtos institucionais –, o denominado “dilema reformista” conduziu a contradições, agudas, persistentes e dignas de atenção. Todavia, as políticas de saúde compõem uma totalidade histórica concreta. É preciso levar em conta a autonomia somente relativa da dimensão superestrutural das propostas técnico-políticas e considerar, também, os limites econômico-sociais do SUS se tomado enquanto política setorial.

Posto isso, a APS existente de fato no SUS mantém-se bastante aquém de uma proposta integralista, dentre outros motivos, porque: (a) não se superou a centralidade da Medicina anatomopatológica e da assistência médico-hospitalar no modelo de atenção; (b) a terceirização da gestão (por exemplo, via Organizações Sociais – OS) tem sido uma solução dita “pragmática” que produz, além de outras consequências, maior fragmentação dos serviços e dificuldade crescente para manter o comando único e, assim, algum nível de integração sanitária das ações e serviços; (c) o orçamento público para contratação de pessoal se encontra restrito dados os limitantes da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), configurando obstáculos, por exemplo, a quaisquer propostas de valorização do trabalhadores da APS via remuneração; (d) as empresas intermediadoras de serviços médicos (assistência médica supletiva) encontram-se em franca solidez e expansão de processo produtivo, o que reforça um modelo verticalista e excludente etc. Interessante assinalar que tratam-se de aspectos vigentes e condizentes com as recomendações para as políticas de saúde preconizadas pelo Banco Mundial, conforme indicado anteriormente.

Como já se afirmou em vários momentos deste texto, a ESF tem se consolidado como o principal modelo que visa à reorganização do modelo de atenção à saúde com base na APS. Porém, por conta da imensa diversidade da organização local na oferta de ações e serviços de saúde no SUS, parece temerário estabelecer distinções muito marcantes entre as RAS concretamente existentes no SUS, cuja APS já teria avançado na direção de uma proposta mais integralista, e aquelas que consolidaram tão somente uma proposta de tipo verticalista – certamente, a enorme maioria.

Parece ser necessário investigar se as inovações introduzidas pelas propostas de mudança do modelo de atenção prévias à expansão do Pacs e do PSF foram contempladas, substituídas ou aprimoradas pela introdução da ESF. Tomando-se, por exemplo, a problematização da relação clínica-gerência na proposta de Ações Programáticas em Saúde, em que medida a ESF viabiliza uma reflexão sobre o objeto do processo de trabalho em saúde? Ou considerando as contribuições da proposta “Em Defesa da Vida”, em que medida a ESF tem conseguido pautar a responsabilidade pela construção e pelo acompanhamento longitudinal do projeto terapêutico singular como de toda a equipe de saúde?

Apesar da diretriz organizativa do trabalho em equipe não sinalizar, isoladamente, para um modelo integralista ou verticalista de APS, alguns argumentos justificam a importância de buscar aprimorá-lo: trata-se de um desafio ambicionado pelos trabalhadores da saúde e exigido pelo gestor, dado consistir em parte importante da proposta organizacional da ESF; contribui para uma atenção integral e de qualidade por possibilitar efetiva potencialização da APS; é relevante para a proteção da saúde do trabalhador; corresponde à demanda dos trabalhadores da saúde por apoio técnico-institucional voltado ao desenvolvimento de si mesmos enquanto equipe; contribui com a busca de superação de deficiências básicas da formação dos trabalhadores de nível superior; grupos de atenção à saúde, de educação permanente e espaços de participação social são difíceis de serem consolidados em parte por causa da dificuldade dos próprios trabalhadores atuarem em equipe.

Contudo, é preciso estar alerta para a armadilha dos pressupostos organizacionais da racionalidade gerencial hegemônica, asentada nas “equipes autogerenciadas”, quando se trata de buscar alternativas para concretizar um processo de trabalho que viabilize as diretrizes organizativas e os princípios doutrinários do SUS. Sem dúvida que o trabalho em equipe que se espera realizar na APS distingue-se, nesse sentido, daquele da produção enxuta (desespecialização, apropriação de funções de controle do processo de trabalho, sedução do trabalhador para a ideologia do empreendedorismo, desrespeito ao direito de organização sindical e no local de trabalho etc.). Alternativamente, deve-se visar o planejamento participativo, a gestão conjunta do processo de trabalho e a criação de espaços coletivos de problematização das práticas de saúde da equipe. O planejamento participativo, por exemplo, “compreende a participação enquanto construção conjunta pautada na partilha coletiva da busca da realização humana” (Barbosa, 1999, p.133). Fundamenta-se no intercâmbio de conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos etc.; resolução cooperativa de problemas; construção coletiva de conhecimentos.

É possível notar um deslocamento do problema da participação. Se até o período das reformas democráticas ocorridas com o fim da ditadura, a questão consistia em garantir, formalmente, a participação do cidadão no conjunto dos momentos decisivos de sua própria vida e destino. atualmente é posta centralmente a questão da qualidade dessa participação. O mesmo raciocínio pode ser transposto para o mundo do trabalho, pois enquanto trabalhador o indivíduo não deixa de ser cidadão e precisa contar com as condições necessárias para afirmar-se como tal. Qual é, então, o tipo de participação que se espera dele no trabalho em equipe? A gerência deve se haver com o problema de conquistar a melhor forma para controlar as participações ou a equipe deve deter a máxima autonomia para gerir a si própria?

A autogestão pode soar como uma utopia em virtude da institucionalidade que estabelece as circunstâncias concretas da atuação das equipes de saúde. Evidentemente, é preciso não desconsiderar

nem minimizar o valor histórico das utopias para o tempo passado, assim como para o tempo presente, em que a história estabelece seu devir e se projeta para o futuro.

É interessante considerar, contudo, como ocorre a atuação nas equipes de saúde dos trabalhadores com ensino superior e as expectativas que recaem sobre ela. De forma geral, dado o ideal de serviço que constitui as profissões relacionadas com a assistência à saúde, o dedicar-se ao paciente, o cuidar, o assistir, se põem como atribuições centrais dos profissionais. Um reflexo, de certo modo, da centralidade do modelo médico anatomopatológico.

No entanto, o agente do processo de trabalho em saúde deve ter condições de socializar e debater as políticas públicas e o seu contexto local, além de desenvolver uma avaliação de tais políticas junto da equipe em que se insere. Nesse sentido, um projeto assistencial comum não deve deixar de problematizar inclusive em que consiste o termo “assistir”. Assim, para não só estabelecer um projeto assistencial, a equipe pode problematizar o objeto de seu processo de trabalho por meio da formulação de um “projeto político-assistencial”.

Finalmente, para o porquê de se resgatar os fundamentos histórico-políticos do trabalho em equipe na APS, visando efetivá-lo no perfil historicamente reivindicado pela RSB, podem ser ousadas algumas respostas: (a) para ratificar a importância da equipe de saúde manter-se permeável às necessidades sociais em saúde da população que atende e dos próprios trabalhadores; (b) para instituir práticas sociais coerentes com a perspectiva de politização da saúde; (c) para sustentar o engendramento de macropolítica e micropolítica do trabalho em saúde; (d) para não perder de vista os elos de mediação de trabalho e sociabilidade no trabalho em equipe; (e) para ratificar a necessidade de coerência entre os planos da gestão e da clínica no cotidiano do processo de trabalho em saúde; e, por último, mas não menos importante, (f) para avançar na proposição de espaços coletivos para a gestão conjunta e participativa do processo de trabalho da equipe de saúde, inclusive na APS.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. Toyotismo como ideologia orgânica da produção capitalista. *ORG & DEMO*, Marília, v.1, n.1, p.3-15, 2001.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1007-1028, 2009.
- BARBOSA, M. I. S. Planejamento participativo como instrumento da psicologia comunitária: a experiência de Beberibe (CE). In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIN, Z. A. *Os jardins da psicologia comunitária*. Fortaleza: UFC/ABRAPSO, 1999. p.131-150.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 4.ed. São Paulo: Ática, 2008.
- BRASIL. *A Reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Autor, 2002.
- \_\_\_\_\_. Lei n.10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 10 jul. 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/14\\_Lei\\_10507.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/14_Lei_10507.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2012.
- BRASIL. Lei n.10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*



- da República Federativa do Brasil, Brasília, 10 jul. 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/14\\_Lei\\_10507.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/14_Lei_10507.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. 2.ed. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008. p.88-110.
- BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Unesp, 1991.
- CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p.177-201, 2005. Suplemento.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, v.10, n.4, p.1-7, 1990.
- CIPOLLA, F. P. Trabalho em equipe como forma da subsunção real. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v.35, n.1, p.203-232, mar. 2005.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.7-16, 2008.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova*, São Paulo, v.78, p.158-222, 2009.
- SCOREL, S. Movimento sanitário: revirada na saúde. *Tema/Radis*, Rio de Janeiro, v.11, p.5-7, 1988.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p.25-41.

- FORTUNA, C. M. *O trabalho de equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades, em busca do desejo, do dever e de singularidades*. Ribeirão Preto, 1999. 236f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.2, 2005, p.25-38.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.
- FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnico de referência” nos equipamentos substitutivos de saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.9, n.3, p.508-524, set. 2006.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.951-963, maio 2006.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Sistema de indicadores de percepção social: saúde*. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sips-saude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sips-saude.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2012.
- LAURELL, A. C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- \_\_\_\_\_. *La salud-enfermedad como proceso social*. Trad. Everardo Duarte Nunes. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2012.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil,

- 1990-2002. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v.60, p.13-19, 2006.
- MARX, K. *O capital: crítica da Economia Política*. 27.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. Livro I, v.1.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v.12, n.2, p.204-213, abr.-jun. 2009.
- MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo, 1979. 209f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
- \_\_\_\_\_.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: LIMA, A. M. M. et al. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.37-63.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/n.4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_dodocredes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_dodocredes.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2012.
- MORAES NETO, B. R. *Marx, Taylor, Ford: as forças produtivas em discussão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2000. p.217-229.
- PAIM, J. S. As bases conceituais da Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p.11-24.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas, 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde

- Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- \_\_\_\_\_.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-250.
- POULANTZAS, N. *As classes sociais no capitalismo de hoje*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 1990. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.29, n.70, p.140-147, ago. 2005.
- ROSEN, G. O que é a medicina social? Uma análise genética do conceito. In: *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.77-141.
- \_\_\_\_\_. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- \_\_\_\_\_.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p.29-47.
- SICKO – S.O.S. Saúde. Direção: Michael Moore. Produção: Michael Moore e Meghan O’Hara. Intérpretes: Michael Moore, Reggie Cervantes, John Graham, William Maher e outros. Roteiro: Michael Moore. Música: Erin O’Hara. Barueri: Europa Filmes, 2008. 1 DVD (123 min), widescreen, color.
- SILVA JR., A. G. *Modelos technoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SILVA, M. B. B. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Vivências*, Natal, v.32, p.227-223, 2007.
- SOARES, A. Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil: soluções ou problemas? *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.18, supl.2, p.72-78, abr.-jun. 2009.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, 2003.

- TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.160-174.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-562.
- VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p.225-264, 2005. Suplemento.
- VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.375-390, 2002.
- WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The Ecology of Medical Care. *New England Medical Journal*, Massachusetts, v.265, p.885-892, 1961.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2003: shaping the future*. Genebra, 2003.
- \_\_\_\_\_. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Genebra, 2008.

SOBRE O LIVRO

*Formato: 14 x 21 cm*

*Mancha: 23,7 x 42,5 paicas*

*Tipologia: Horley Old Style 10,5/14*

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

*Coordenação Geral*

*Arlete Zebber*

