FÁTIMA APARECIDA RIBEIRO

**Atenção Primária (APS) e Sistema de
Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Prof. Dr^a. Lilia Blima Schraiber**

São Paulo

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ribeiro, Fátima Aparecida

Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil : uma perspectiva
histórica / Fátima Aparecida Ribeiro. -- São Paulo, 2007.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Lília Blima Schraiber.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde/história 2.Planos e programas de saúde
3.Saúde da família 4.Sistemas de saúde

USP/FM/SBD-201/07

Para meus filhos:

JOÃO LUIZ e ANA LÚCIA, razão principal da minha vida, com
carinho e amor.

Agradecimentos

A meus pais, Maria e Expedito (in memória), pelo afeto, dedicação e exemplos.

Aos meus filhos pelo apoio mesmo nos momentos em que a dedicação a este trabalho representava minha ausência. Orgulho-me de vê-los firme em busca de seus ideais.

A Prof. Lilia, meus sinceros agradecimentos pela orientação precisa; foi um privilégio ser orientada por alguém com tanta humanidade e firmeza.

Ao Prof. André Motta, pelas discussões sempre enriquecedoras, seu apoio fundamental.

Aos Professores Ana Silvia, José Ricardo e Maria Inêz, pelas sugestões na qualificação.

Aos meus irmãos, José, Paulo, Benedito, Inêz, Goretti, Raimundo, Cláudia e Romeu, e segundos irmãos, Benedito, Orlando, Agenor e Ivanilda, pela convivência harmoniosa e pelo aprendizado desta experiência.

A D^a Fia, pela cumplicidade, pelo apoio e amizade, e a D^a Irene, pelo incentivo, cuidados e solidariedade.

Ao Gefeson pelo apoio.

Ao Dr. Gilson de Carvalho pela disponibilidade e cooperação.

Aos amigos, Ana Maria e Fatima Sardinha, confidentes e pelo apoio irrestrito; Paula, pelo apoio constante e ajuda na tradução; Maria Helena, Eloisa, Débora pelo companheirismo e incentivo.

Aos amigos da equipe do Departamento de Políticas de Saúde da SMS/SJC de 2004, Paula, Marli, João Gustavo, Fernando, Fátima Yussef, Marcia, Alcione, Marisa, Ana Maria, Valéria, Dulce, Ana Sá, Vera (s), Mônica, Angela..., juntos é possível transformar sonho em realidade.

A equipe do Núcleo de Educação (DIR XXI/2006) e do Programa Aquarela pelo constante aprendizado, apoio e incentivo, especialmente Ana Carla e Rita pela disponibilidade constante.

A Matheus e Celi, e amigos da yoga, pela amizade e oportunidades de compartilhar experiências em busca da compreensão da essência do humano.

A Lilian e Érica pela paciência e disponibilidade; aos funcionários da Biblioteca da FSP pela disponibilidade

A Glória pela revisão cuidadosa.

A Marcela e Ana Lúcia pela ajuda nas correções

Nota:

**Esta tese está de acordo com a seguinte norma:
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina.
Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de
apresentação de dissertações, teses e monografia.
Elaborada por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria
Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva
de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria
Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e
Documentação; 2005.**

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Resumo

Summary

Apresentação

1. Introdução, Justificativa e Objetivos.....	1
1.1 Introdução e Justificativa.....	2
1.2 Objetivos.....	29
2. Referencial Teórico e Metodológico.....	31
3. Atenção Primária no Sistema de Saúde do Brasil.....	49
3.1. Primeiro Período - Década de 1920 a 1978: antecedentes da APS com a constituição da rede de APS e os antecedentes de uma reforma de modelo tecnológico.....	49
3.1.1. O período pelas fontes primárias.....	50
- Antecedentes da APS na constituição da saúde pública do Brasil: olhando através das Conferências Nacionais de Saúde.....	50
3.1.2. O período pelas fontes secundárias.....	86
3.1.2.1. EIXO 1 – A extensão de cobertura de assistência à saúde e a origem de um sistema de saúde com a constituição de uma rede de atenção básica.....	87
- Os Dispensários: unidades monovalentes do período campanhista.....	90
- Os de Centros de Saúde.....	93
- Previdência Social: rede de serviços e crise financeira e os antecedentes de um Sistema de Saúde.....	100
- As contribuições do planejamento em saúde e dos programas de extensão de cobertura na constituição da rede básica e de uma política de saúde.....	115

3.1.2.2. EIXO 2 – Os antecedentes de uma reforma de modelo tecnológico através da integração médico-sanitária e das reformas da educação médica (dos atos médicos).....	131
- A Prevenção em Saúde e a Proposta Médico-Sanitária de Geraldo de Paula Souza.....	134
- A integração Prevenção Cura e a Proposta da FESP.....	150
- A Integração Bio-psico-social na AMI e as Propostas de Reforma Médica.....	159
- A Integração Médica Sanitária através dos Programas Setoriais e da Programação em Saúde.....	171
3.2. Segundo Período – 1979 a 1994.....	184
– A Unificação da Rede de atenção básica com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca de um modelo tecnológico para APS.....	184
3.2.1. O Período pelas Fontes Primárias.....	185
– APS na constituição do sistema único de Saúde do Brasil: olhando através das Conferências Nacionais de Saúde.....	185
3.2.2. O Período pelas Fontes Secundárias.....	218
3.2.2.1. EIXO 1 A constituição de uma rede de atenção primária Unificada.....	218
- O Movimento Municipalista e a Expansão da Rede.....	221
- A Constituição da Rede de APS com a Unificação dos Serviços Públicos.....	225
3.2.2.2. EIXO 2 – A busca de um modelo tecnológico para a assistência primária: da integração institucional para integralidade da assistência e do cuidado.....	246
- Os Programas Oficiais e Nacionais de Atenção Integral à Saúde: a Proposta.....	249

- A Oferta Organizada: na releitura dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).....	253
- A Vigilância da Saúde.....	259
- A Promoção da Saúde através da Vigilância da Saúde: uma nova ordem governativa da saúde na cidade.....	263
- A Reforma Psiquiátrica no Brasil: questionamentos da hospitalização e da clínica que influenciaram a APS.....	266
- O Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida.....	272
- Ações Programáticas em Saúde.....	276
4. Comentários e Considerações finais.....	283
Referências Bibliografia.....	287
Referências Documentais.....	299
ANEXO I - Anexo - I - Ficha de Leitura - Referência para leitura dos documentos nas três dimensões de estudo ou intervenção em saúde.....	303
ANEXO II – Classificação da rede serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo segundo modelos tecno-assistenciais desenvolvidos por Merhy (1992).....	304
ANEXO III - Rede de serviços da saúde pública da Região Metropolitana de SP (1971).....	306

Lista de Abreviaturas

ABEM - Associação Brasileira de Ensino Médico
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
CEPAL – Comissão de Estudos Econômicos e Políticos para a América Latina
CIAM - Centro Integrado de Atividades Médicas
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP - Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DS – Distrito Sanitário
FNS – Fundação Nacional de Saúde
HND - História Natural da Doença
IDA - Integração Docente-Assistencial
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LAPA – Laboratório de Planejamento e Administração
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe para Ciências da Saúde
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MES – Ministério da Educação e Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PACS. - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNACS - Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde
PAM – Posto de Assistência Médica
PEC – Programa de Extensão de Cobertura
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PLANASA - Plano Nacional de Saneamento Básico

PRONAN, Programa Nacional de Alimentação Nutrição

POI – Programação/Orçamentação Integrada

PPA - Plano de Pronta Ação

PREV-SAÚDE - Programa de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar

SAME - Serviço de Arquivo Médico

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgências

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIPACS - Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde -

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SPT – Saúde Para todos

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

VS – Vigilância Sanitária

RESUMO

Ribeiro, F.A., **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** [tese]
São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. p. 308

A atenção primária à saúde (APS) tem-se mostrado como proposição estratégica para sistemas de saúde no mundo. No caso brasileiro é alvo recente de investimento das políticas de saúde até como recurso reordenador do Sistema Único de Saúde, em termos de cobertura populacional e em termos de qualidade assistencial. No entanto, seu uso em documentos e propostas concretas de implantação denota diferentes interpretações do termo, que se considera produto de uma incompleta elaboração conceitual. Isto desencadeia diferentes respostas operacionais no setor saúde, gerando, ao contrário do esperado, heterogeneidades importantes de qualidade assistencial. Com o intuito de contribuir para a melhor compreensão e operação da APS, empreende-se um estudo de perspectiva histórica para identificar e contextualizar os diferentes significados que assume desde sua emergência até os anos 1994. Por meio do exame de documentos oficiais do governo brasileiro com propostas para o sistema de saúde, com ênfase nas Conferências Nacionais de Saúde, e de textos da produção intelectual no campo da Saúde Coletiva nesta temática, buscou-se por análise do conteúdo, o resgate das formulações de APS. Tendo como referência a teoria do trabalho em saúde, procurou-se examinar os conteúdos documentais em três dimensões: enunciação da política, proposição organizacional e definição dos processos de trabalho das práticas de saúde. Metodologicamente operou-se a mencionada análise segundo a história do conceito, definindo o conceito como o plano máximo de complexidade reflexiva e de capacidade explicativa na produção de conhecimento teórico. Para tal, hierarquizou-se a construção desse conhecimento em termos da elaboração de “idéias”, “noções” e “conceitos”, nesta ordem. Delimitaram-se dois distintos períodos históricos: 1920 – 1978; 1978 – 1994, em razão da criação do termo APS em 1978, na Conferência de Alma-Ata. No primeiro encontraram-se idéias antecessoras da APS e no segundo, a construção da APS como noção, sendo que nas citadas três dimensões de exame dos textos, encontraram-se as maiores contribuições na política e na organização do sistema relativamente à definição dos processos de trabalho. Com isto aponta-se para a deficiente elaboração reflexiva acerca das práticas de saúde, o que equivale a dizer uma deficiência teórica do sistema de saúde sobretudo em relação a seus modelos tecnológicos e assistenciais, inclusive com grande diversidade conceitual desses últimos termos. Aponta-se por fim que, a partir de 1994, quando a APS torna-se questão central para o sistema de saúde, pode-se esperar um potencial maior de construção do conceito.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde/história 2.Planos e programas de saúde 3. Saúde da família 4.Sistemas de Saúde

SUMMARY

Ribeiro, F.A., Primary Health Care (PHC) and System of Health in Brazil: a historical perspective. São Paulo. [thesis] Faculty of Medicine, University of São Paulo, SP (Brasil), 2007, p. 323

Attention given to PHC has been considered a strategic proposition for the health systems in the world. In Brazil it has recently been the target for political health investment and rearranger resource of the health system, in terms of populational coverage and in terms of assistance quality. Its use in documents and concrete implantation proposals denote different interpretations from the term which we consider to be the product of an incomplete conceptual elaboration. This triggers different operational responses in the health sector causing, as opposed to what was expected, important assistance quality heterogeneity. In order to contribute to a better comprehension and effectiveness of the PHC, we make a study of the historical perspectives to identify and put into context the different meanings it takes from its beginning until 1994. By examining official documents from the Brazilian Government with proposals for the health system with emphasis on National Health Conferences and intellectual production of the text in the field of collective health, we have searched through context analysis for the rescue of PHC formulation. Having as a reference the theory of work in the field of health, we tried to examine the contexts of the documents in three dimensions: Political enunciation, organizational proposition and a definition of the work process in the health area. Methodologically speaking, we operate the already mentioned analysis according to its concept's history, defining concept as the highest plan of reflexive complexity and ability to explain in the theoretical knowledge production. In order to do so, we have put the building of this knowledge in terms of "ideas", "notions" and "concepts", in this order. We have delimited two distinct historical periods: 1920 – 1978; 1978 – 1994, due to the creation of the term PHC in 1978 at the Alma-Ata Conference. In the first period we have found antecessor ideas of PHC and the in second one, the building up of the PHC as a notion. In the three dimensions of the text exams, we can find the biggest political contribution and in the organization of the system related to the definition of the work processes. With that we point the defective reflexive elaboration of health practices, in other words a theoretical deficiency of the health system, especially when related to its technological and assistance models, including a great conceptual diversity of these two last terms. It is pointed out that, from 1994 on, when PHC becomes the center issue for the health system, a bigger potential of building concept can be expected.

Descriptors: 1-Primary health care/history 2-Health programs and plans 3-Family health 4-Health systems

APRESENTAÇÃO

“..o sentido da história só é captável ex post, cada nova inflexão na curva do futuro recapta aquele sentido, reabrindo continuamente à investigação o que parecia já resolvido” (Mendes Gonçalves, 1994, p.35)

O propósito deste trabalho é realizar um estudo sobre a Atenção Primária em Saúde no Brasil (APS), fazendo uma revisão teórica numa perspectiva histórica das primeiras propostas até a emergência do Programa de Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia atual e institucional de reorientação da APS no Sistema Único de Saúde (SUS).

A APS vem sendo estudada por diversos autores no Brasil, sob perspectivas diversas. Ao longo do tempo, adquire diversos sentidos como: extensão de cobertura, tecnologia simplificada, nível de atenção, cuidados primários e atenção básica. Ao se depararem com estas diferenças, certamente os profissionais que atuam na área da saúde, quer como prestadores de serviços, quer como gestores ou como pesquisadores, defrontam-se com a exigência de maior elucidação sobre o tema, pois estas diferentes elaborações da noção de APS de forma quase intuitiva revelam complexidades, incertezas e dificuldades para sua aplicação a objetos específicos nos campos de estudo da saúde coletiva, em propostas políticas ou projetos assistenciais específicos, e estes, aliados aos determinantes sócio-políticos, comprometem a qualidade da atenção e dificultam a gestão e sua avaliação.

Na prática cotidiana dos serviços, as equipes de saúde, responsáveis pelo desenvolvimento dos projetos assistenciais, ao operarem concepções diversas e sobre as quais não há consenso, reproduzem estas imprecisões na sua aplicação, havendo conflitos no trabalho, por se articularem sobre um mesmo objeto. A falta de um mesmo olhar e compreensão da finalidade e do objeto do trabalho dificultam e comprometem a qualidade e o produto desejado.

A implantação do PSF e seu foco principal na APS, inicialmente como estratégia para reorganização da própria atenção básica e posteriormente como estratégia de mudança do modelo assistencial e reorganização do sistema de saúde, nos instigou a realizar este estudo pela necessidade de melhor identificar a origem das idéias e suas noções, bem como dos determinantes que a propiciaram. Identificar as noções de APS, ao longo de sua

história para conhecer e precisar qual o conteúdo de suas práticas, tem como propósito contribuir com a avaliação das estratégias operacionais e o impacto das ações nas populações por ela assistidas.

Em outros termos, pretende-se refletir sobre as noções existentes nos documentos e textos acadêmicos acerca da APS, para dar maior definição de seu significado para o processo de trabalho em saúde.

Ao deparar com certa imprecisão conceitual e escassez de construção teórica, neste sentido vale-se de Arouca (1975) que, apoiado em Bachelar (1972), postula “*estas noções imprecisas devem ser superadas, pois não permitem o desenvolvimento do conhecimento científico. É de se interrogar se uma noção, capaz de confundir os próprios praticantes da área, não deva desde logo ser abandonada em favor de um novo conceito*”. No entanto, a tendência dominante da política gerencial do Ministério da Saúde, desde o início da década de 90, é a busca de legitimação da atenção primária através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Assim, de um modo operacional, o Ministério da Saúde busca um resgate da atenção primária.

O desenvolvimento do presente estudo dar-se-á através da recuperação histórica da noção de atenção primária em documentos oficiais, textos acadêmicos e orientadores das práticas no interior do serviço público de saúde, buscando recuperar as noções de APS e mostrar as diferentes compreensões e formulações desta noção e suas insuficiências no sentido do processo de trabalho em saúde. Este estudo pretende identificar as mudanças da noção de APS no Brasil, a partir da reconstituição histórica das idéias que lhe deram origem.

Para concretizar tal intento optou-se pela reconstituição dos sentidos que estas idéias geram a cada contexto histórico.

Esta noção está relacionada com o conteúdo técnico das práticas de saúde, sugeridas nos documentos, mas carece de formulação de natureza teórica e conceitual, em geral. Há alguns estudos que buscam essa reflexão teórica, mas ainda são poucos no campo da saúde coletiva e saúde pública no Brasil.

Algumas reconstituições históricas de APS já foram realizadas por diversos autores. E guardam uma linearidade na sua abordagem, com os projetos político-governamentais que as concretizam institucionalmente, mas carecem de melhor explicitação do conteúdo

das práticas assistenciais e, portanto, deixam de trabalhar este sentido para a noção de atenção primária. No entanto, estes estudos têm a importância de antecipar necessidades de aprofundamento destas específicas abordagens.

Assim, faz-se uma recuperação história das políticas de saúde, para buscar nessa história as noções formuladas de APS e identificar se possível as práticas ali contidas.

Esta opção insere-se numa das linhas de pesquisa desenvolvidas pelo Departamento de Medicina Preventiva de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, originalmente por Maria Cecília Ferro Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves; no estudo dos modelos tecnológicos em saúde e processos de trabalho.

Donnangelo, foi a precursora desta abordagem. Seus estudos demonstram que a prática médica não se reveste de neutralidade e independência do social, mas assume significados diferentes conforme o contexto em que está inserida. Para esta autora, as práticas médicas, ao serem tomadas pelas classes dominantes como meio para realização de seu projeto social e político, ficam condicionadas pelos determinantes sociais e políticos que as geraram e assumem características de instrumento para reprodução das condições sociais, estando portanto intimamente relacionadas com outras práticas sociais.

Estes estudos iniciaram uma linha de investigação acerca das “Práticas em Saúde” enquanto práticas sócio-históricas, que teve como seu sucessor Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, desenvolvendo a teoria da “tecnologia dos processos de trabalho em saúde”, no sentido de desvendar como as práticas de saúde se expressam em componentes do processo de trabalho, isto é, o conhecimento (saber técnico), os agentes do trabalho (profissionais) e os instrumentos, ao mesmo tempo em que esses componentes são operados e se articulam para realizar sua natureza sócio-histórica.

Outros estudos nos antecederam nesta linha de pesquisa no sentido de aprofundar essas proposições iniciais das tecnologias do trabalho em saúde, tomando como objeto de estudo ora os agentes, ora os saberes ou os instrumentos de trabalho, e também demonstrando caminhos para sua aplicação.

Esta dissertação de mestrado, ao tomar a APS como objeto de estudo, o faz neste referencial teórico-metodológico, isto é, pela “tecnologia dos processos de trabalho em saúde”.

A motivação para realizar tal estudo decorreu de um momento específico quando a autora do presente estudo ocupava uma função na Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos/SP, a qual procurava viabilizar a implantação do PSF. Ao fazer parte da equipe central que tinha esta atribuição, e que, portanto, buscava condições políticas,

jurídicas, técnicas e operacionais para sua viabilização, começou a observar a imprecisão da aplicação da noção de APS, inicialmente a partir de termos diferentes, como **atenção básica, assistência primária e atenção primária**, o que demonstrava que havia imprecisões e diferentes interpretações pelos responsáveis das proposições políticas. Também, neste período, o termo “modelo assistencial” passa a ser utilizado nos textos oficiais e não havia uma delimitação maior acerca de seu conteúdo. Estas observações instigaram-na a eleger o tema como objeto de estudo no sentido de contribuir para melhor definição e identificar qual o **significado e conteúdo das práticas** assistenciais que o termo atenção primária e modelo assistencial remete.

Este trabalho será desenvolvido como segue. No primeiro capítulo tem-se a introdução, justificativa e objetivos, em que se procura situar o leitor na nossa problemática, ao demonstrar que o termo **atenção primária**, desde sua emergência na conferência de Alma-Ata, em 1978, vem sendo usado com diferentes conotações por autores da área da saúde coletiva e também pelas instituições e formuladores de política de saúde.

No segundo capítulo fazem-se considerações sobre o referencial teórico e metodológico que subsidiará o desenvolvimento do estudo e justifica-se e explicita-se uma periodização histórica adotada.

No terceiro capítulo, faz-se a reconstrução das idéias e noções que deram origem à atenção primária no Brasil. Aqui, o campo de observação foi a emergência das idéias que subsidiaram a constituição de formas distintas de práticas médicas e em saúde para distintos grupos sociais. Reconstituem-se os sentidos que a noção teve e vem tendo para o sistema de saúde brasileiro, dando ênfase à dimensão política e organizacional (de planejamento e gestão) e dialogando com a dimensão das práticas assistenciais estimada pela positiva menção de propostas de processos de trabalho em saúde, ou pela ausência dessas proposições. A análise percorre um longo período da história das políticas de saúde no Brasil, dividida em dois períodos distintos: da década de 1920 até 1978 e o segundo até 1994. Nestes períodos precede-se ao exame dos documentos e textos acadêmicos sob três diferentes dimensões: **política de saúde, organização dos serviços e processos de trabalho**.

No quarto e último capítulo fazem-se algumas considerações e apontam-se questões para o sistema de saúde diante da “era do PSF”, momento histórico em que, a partir de 1994, este sistema assume a APS como eixo de sua reestruturação.

Capítulo 1

Introdução, Justificativa e Objetivos

1.1 – Introdução e Justificativa

A atenção primária como específica **modalidade de atenção** é um recurso técnico e estratégico para reorientar os **sistemas de saúde**. Sua formulação, explicitação e divulgação como conceito deu-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância. (OMS/UNICEF, 1979) Desde então tem-se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas e estratégias para organizar a assistência à saúde. (Paim, 1999) Ao cunhar o lema "*saúde para todos no ano 2000*", a OMS pretendia vencer as barreiras sociais e econômicas que impediam, para grande parte da população mundial, o acesso à assistência à saúde.

Na década de 1950, as disparidades existentes entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, associadas às diferenças estruturais internas nos países subdesenvolvidos, eram reconhecidas como empecilho ao desenvolvimento desses últimos. A OMS reconhecia que “os problemas da população têm raízes políticas, sociais, culturais em ambientes muito complexos. Recursos extremamente limitados, comunicações deficientes, grandes distâncias, pobreza individual e comunitária e a falta de integração agem e reagem uns sobre os outros de forma a conservar os países em desenvolvimento num perpétuo estado de pobreza e criar o bem conhecido ‘círculo da pobreza’”. (UNICEF/OMS, 1979, p. 13)

*“Círculo vicioso da pobreza envolve, naturalmente, uma constelação circular de forças , que tendem a agir e a reagir interdependentemente, de sorte a manter um país pobre em estado de pobreza. Não é

Associado às grandes disparidades sociais, a atenção à saúde tinha caráter predominantemente curativo, com incorporação crescente de tecnologias, propiciada pelo desenvolvimento tecnológico do pós-guerra, elevando os custos da prestação de serviços e inviabilizando o acesso para parcelas significativas da população.

A OMS reconhecia que os esforços despendidos em campanhas especializadas para controle de agravos prioritários à saúde teriam resultados temporários se não fossem acompanhados pelo estabelecimento de serviços permanentes de saúde para controle e prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde.

O reconhecimento das situações apontadas levou a OMS já na Assembléia de Saúde em 1953, a declarar que sua ajuda técnica para o desenvolvimento econômico no campo da saúde seria direcionada para fortalecer os serviços básicos de saúde, atendendo os problemas que afetam grande parte da população (UNICEF/OMS, 1979). Desta forma a OMS já acenava para mudanças no enfoque técnico de sua cooperação, sendo a atenção primária o recurso em resposta às situações apontadas.

Na década de 1960 inicia-se um debate apontando a determinação econômica e social da saúde, e abre-se caminho para busca de uma abordagem positiva nesse campo. Estas abordagens tentavam superar as orientações

difícil encontrar exemplos típicos dessas constelações circulares. Assim, um homem pobre talvez não tenha o bastante para comer; sendo subnutrido sua saúde será fraca, sendo fraco, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre, o que, por sua vez, implica dizer que não terá o suficiente para comer; e assim por diante. Uma situação dessas aplicadas a todo um país, pode reduzir a uma proposição truística: um país é pobre porque é pobre”. (Nurke, R, 1953, apud Arouca, 1975, p 109)

predominantemente centradas no controle da enfermidade, entre elas, podemos destacar: a Relatório Lalonde “Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” em 1974, que desenvolve a idéia de determinantes “não médicos” da saúde (OMS/OPAS, 2005) e as viagem promovidas por Halfdan Mahler, diretor geral da OMS em 1973-1974 à China. Estas observações apontam para novas estratégias a serem desenvolvidas pelo setor saúde e deram origem às idéias que conformaram noção de APS. (Buss e Ferreira, 2001)

Os princípios estratégicos da APS divulgados pela OMS tinham como referência experiências desenvolvidas nos países do terceiro mundo, na década de 1960 e principalmente no início da década de 1970, voltadas para atender à população carente que não tinha acesso a nenhuma forma de cuidados médicos. Muitas destas experiências bem-sucedidas foram divulgadas, em 1966, no livro “Medical Care in Developing Countries”, de Maurice King, tornando-se a “bíblia” da atenção primária. Em 1968, foi fundada a Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas que teve papel importante na disseminação dos princípios da APS através de seus “Cadernos Contact”, além de cooperar e divulgar a proposta da APS a diversos ministérios da saúde e OMS. (Richter, 1997; OMS/OPAS, 2005)

A OMS e a UNICEF realizaram, em 1977 e 1978, conferências regionais, reunindo especialistas em Cuidados Primários de Saúde, que analisaram estudos sobre estas experiências com o objetivo de “identificar os fatores que parecem ser a chave do sucesso dos vários sistemas estudados” e “observar o efeito de alguns desses fatores-chaves no desenvolvimento da assistência de saúde primária nas várias

estruturas políticas, econômicas e administrativas”. A conclusão destes estudos propiciou as seguintes observações: (UNICEF/OMS, 1979, p 67)

“a despeito dos imensos problemas e da desencorajadora situação econômica, é possível, usando-se os recursos disponíveis, satisfazer certas necessidades básicas de saúde das populações de países em desenvolvimento, atingir uma cobertura melhor de assistência à saúde e melhorar os níveis de saúde”.

Em 1977, em sua trigésima reunião, a OMS decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde, no ano 2000, que lhes permitisse levar uma vida saudável e economicamente produtiva”. (UNICEF/OMS, 1979)

As conferências regionais formularam os princípios estratégicos da APS e o lema de **Saúde Para Todos no Ano 2000**, e tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária, pois divulgaram amplamente as idéias que foram referendadas na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Esta Conferência divulgou a noção, instituindo tal atenção no plano institucional. O diretor geral da OMS apontou que os resultados esperados da Conferência seriam: (UNICEF/OMS, 1979)

“[...] Llegar a um acuerdo sobre los principios básicos de la atención primaria de salud y sobre la acción que se habrá de emprender en los países y en el plano internacional hasta lograr que esa noción sea bien comprendida que se adopte e se refuerce sistemáticamente en todo el mundo, para que se convierta en una realidad viviente e cuyo avance no pueda nunca oponerle ninguna fuerza reaccionaria en el mundo de la salud”.

A Conferência de Alma-Ata conclamou os países a redirecionar seus sistemas de saúde para proporcionar atenção ao conjunto da população. Seu relatório final divulgou a atenção primária como o primeiro nível de atenção, devendo desenvolver ações prioritárias e consideradas estratégicas e de alto impacto na saúde da população e definiu cuidados primários de saúde como: (OMS/UNICEF, 1979)

*“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e **tecnologias práticas**, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena **participação** e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do **sistema de saúde** do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o **primeiro nível de contato** dos indivíduos, da família e da comunidade com o **sistema nacional de saúde** pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o **primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde**”. (grifo nosso)*

O consenso alcançado na Conferência de Alma-Ata foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em 1979, quando a OMS conclamou a todos os países membros a adotarem estratégias nacionais, regionais e globais, para alcançar a meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT, 2000)”. As autoridades presentes reconheceram que metade da população mundial não usufruía dos benefícios de um adequado atendimento à saúde e reconheceram a atenção primária como um novo

enfoque de saúde e um novo critério de serviços para reduzir a distância que separa os “privilegiados” e os “carentes”, e obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos do mundo desfrutarem de uma vida social e economicamente produtiva. Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a SPT 2000 (OMS/UNICEF, 1979).

A Conferência de Alma-Ata especificou os oito elementos fundamentais a serem contemplados nas ações de cuidados primários de saúde, como: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programa de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado das doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da saúde mental e promoção de boa alimentação.

Além de definir esses oito elementos para as ações dos cuidados primários de saúde, a Conferência recomendou aos governos que incorporassem aos seus planos nacionais de desenvolvimento as seguintes premissas: os cuidados primários de saúde; a participação de outros ministérios para adequado apoio administrativo e financeiro; uma política de recursos humanos, apoiados por um sistema de informação. A Conferência confirmou ainda a importância do desenvolvimento adicional de um sistema nacional de saúde, no qual os cuidados primários de saúde deveriam ser parte integrante, e reafirmou um conceito abrangente de saúde e a saúde enquanto direito universal (OMS/UNICEF, 1979).

Para alcançar a plena expansão de cobertura dos serviços oferecidos a Conferência de Alma-Ata delineou as características das ações de saúde: (Veras, 1991, p. 445, e OMS, 1991).

- voltadas para as necessidades da população com cobertura universal;
- abrangendo prevenção, promoção, assistência e reabilitação;.
- adaptadas às condições da comunidade (culturais, recursos financeiros e capacidade de gestão);
- executadas com a participação da comunidade para fomentar a auto-responsabilidade e reduzir a dependência;
- integrar uma rede hierarquizada de serviços de saúde;
- planejadas em função das demandas;
- integradas com outros setores de estreita relação com a saúde.

A noção de atenção primária divulgada na Conferência de Alma-Ata foi ampla, pois:

- contemplava aspectos éticos e políticos para sua sustentação;
- definia que os serviços de saúde deveriam ser organizados na forma de um sistema;
- definia a APS como primeiro nível de atenção integrada a outros níveis do sistema;

- definia as ações prioritárias a serem desenvolvidas;
- propunha a integração entre ações curativas e preventivas;
- propunha que os cuidados de saúde deveriam ser contínuos e abrangentes;
- apontava a epidemiologia enquanto saber para compreensão das demandas de saúde da população e o planejamento como instrumento para a organização do sistema.

Após a Conferência da Alma-Ata os princípios básicos da APS passaram a orientar as mudanças que deveriam ser implementadas nos sistemas nacionais de saúde. Para efetivar concretamente seus princípios, os governos deveriam comprometer-se politicamente de maneira inequívoca e formular ou revisar nos próximos anos suas políticas e planos nacionais e integrar a APS como elemento essencial de suas atividades de desenvolvimento. (OMS 1991, p.6) No entanto, conforme já explicitado, havia discordância sobre a abrangência da aplicação da noção de APS, para países com distintas realidades sociais.

As discussões subseqüentes à conferência, nos países subdesenvolvidos, terminaram por focar a APS apenas naqueles oito elementos essenciais acima discutidos, ficando limitada a **cuidados primários de saúde**, passando a ser interpretada como uma atenção seletiva para as populações carentes e que não tinham acesso aos serviços de saúde. Em sua defesa, esses países apontavam a grande generalização da proposta que não contemplava adequadamente as disparidades sociais, culturais e o pouco desenvolvimento dos sistemas de saúde de cada país. (Vieira, 1983; Cantillano, 1983) Segundo Starfield (2003), somente quando a atenção

primária é encarada como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde ou onde o sistema de saúde adote a saúde como um conceito amplo e como direito universal, enfatizando a justiça, a equidade, a auto-responsabilidade e solidariedade internacional, é que ela se torna aplicável para todos as nações do mundo.

Já para os países desenvolvidos, quando a Conferência de Alma-Ata definiu a meta de SPT 2000, a maioria deles dispunha de uma organização dos sistemas de saúde que alcançara as características da APS. Nestes países, houve maior reflexão acerca da APS e seus princípios, o que foi útil para consolidar suas reformas sanitárias, mantendo suas especificidades nacionais. (Vieira, 1993; Starfield, 2003)

Para os países subdesenvolvidos, o processo foi mais difícil com discordância ou assimilação a crítica da proposta da conferência. Isso provocou discordância quanto à sua aplicação, pois a adoção dos cuidados primários de saúde para integrar os sistemas de saúde existentes implicaria mudanças substantivas que estes países não apresentavam estrutura para suportar. (Mendes, 2002; e Starfield 2003)

As sucessivas crises econômicas e os custos crescentes da assistência médica impossibilitaram a prestação de serviços ao conjunto da população, segundo princípios da universalidade e equidade nesses países. Nesta situação, a APS passa a ser apreendida como uma possibilidade de prestação de serviço compatível com custos menores e como recurso para organizar a produção da assistência apenas para populações marginais, afastando-se dos princípios formulados na Conferência de Alma-Ata.

Na América Latina, nos anos 1960 e 1970, intensificou-se o debate sobre o baixo desenvolvimento social e econômico da região. Neste período, o setor agrícola tem importância econômica e a população rural representava cerca da metade da população de toda América. Apoiar esta população era fundamental pelo peso que esta representava no processo produtivo.

Sucessivas reuniões dos ministros de Estado da América Latina (1961, 1963, 1972), patrocinadas pelos organismos internacionais (OMS, OPAS e fundações), reconhecem que os habitantes das Américas não recebiam atenção médica para os problemas de saúde. Os ministros da saúde recomendavam o fortalecimento das infra-estruturas no campo da saúde e a necessidade de desenvolver as áreas rurais para se incorporarem plenamente no desenvolvimento sócio-econômico da região. Nestas reuniões, o planejamento econômico foi recomendado como forma de superação do baixo desenvolvimento econômico e social e como estratégia para superar a pobreza. Deste modo, todos os países deveriam elaborar seus Planos de Saúde e adotar os programas de extensão de cobertura, através de programas de medicina comunitária*. (Cantillano, 1983; Rosas, 1981; Silva, J.A., 1983)

Assim, apesar de a **noção** de atenção primária ser ampla, após a divulgação de Alma-Ata passou a ser aplicada com a concepção de **atenção seletiva**, destinada a populações rurais e pobres da área urbana. Segundo Fausto (2005), esta concepção de APS a “distanciava da compreensão original assumida e divulgada pela OMS”. Foi

* **Medicina Comunitária: Programas experimentais de prestação de serviços que propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde de populações pobres urbanas e rurais. Teve sua origem nos EUA e se difundiu para América Latina com suporte das agências internacionais como, a OMS e OPAS. (Donnagelo e Pereira, Saúde e Sociedade. Duas Cidades. São Paulo.1979)**

nessa acepção reduzida que inicialmente a noção de APS é incorporada ao sistema de saúde no Brasil.

Ao final da década de 1980, a OPAS/OMS constata que a proposição dos cuidados primários de saúde, após 10 anos, não alcançara seu objetivo, pois persistiam setores da população sem acesso aos serviços de saúde e altos níveis de morte por doenças evitáveis. A OMS e a UNICEF fizeram uma avaliação sobre o desenvolvimento da proposta, desta vez reunidos em Riga, na União Soviética. Esta reunião, sob a denominação “De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho”, referendou-se os princípios da atenção primária para alcançar a meta SPT-2000 e passa a dar ênfase nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Os SILOS, apresentados na XXII Conferência Pan-Americana de Saúde em 1986 (resolução XXI), eram uma orientação normativa e administrativa para operacionalização dos sistemas de saúde, com ênfase na **atenção primária** e seus componentes essenciais. Apresentaram-se as seguintes prioridades: organização dos sistemas locais, atenção a agravos com impacto imediato (malária, doenças imunopreveníveis, mortalidade infantil) e capacitação de recursos humanos. (OMS/OPAS, 1991)

A **atenção primária** passa agora a ter um enfoque estratégico para a reorganização do sistema de saúde, dirigindo-o para maior equidade, eficiência e gestão dos serviços de saúde. O nível local deveria desenvolver capacidade de análise da situação de saúde; coordenar de maneira mais direta os recursos para a produção de serviços em resposta às necessidades de saúde da população individual e coletiva; definir e estabelecer prioridades; orientar os recursos; além de, programar, executar e avaliar as ações. (OPAS, 1989, 1990) Segundo Paim (1994, p.187), no

âmbito internacional, a proposta dos SILOS apresenta-se como “uma coluna vertebral da atenção primária à saúde, numa espécie de projeto dinamizador das estratégias do movimento, saúde para todos no ano 2000”.

Além da estratégia dos SILOS, direcionada para os países em desenvolvimento, em 1986, a OMS incorpora o movimento da promoção da saúde, oriundo do Canadá. Esse movimento tem início quando a medicina entra em crise, devido aos seus altos custos deixando de ser compatíveis com os resultados para a qualidade de vida das populações. Pesquisas realizadas, como o Relatório de Lalonde, intitulado “Novas Perspectiva de Saúde”, elaborado pelos canadenses, em 1974, e pela corrente da epidemiologia social latino-americana, questionam a capacidade da medicina de resolver os problemas de saúde e começam a enfatizar a importância de vincular saúde e condições de vida. Tem, assim, início uma época de interesse social e político por uma saúde diversa do modelo biomédico e que vai reorientando a Saúde Pública. Incorpora-se a “determinação positiva da saúde e concebendo-a como um compromisso da sociedade com seus idéias de saúde e não apenas uma dependência exclusiva dos avanços do campo biomédico”. (Ferreira e Buss, 2000). Segundo diversos autores, esse processo vai gradativamente acarretando novas estratégias e novos conceitos que dão origem à chamada “nova Saúde Pública”. Esta introduz nexos entre a dimensão biológica das doenças e os processos sócio-econômicos e políticos subjacentes, abrindo novos caminhos para as práticas sanitárias com intervenções sobre o processo saúde-doença, de modo a incorporar os fatores e dimensões mais complexas de um mundo em transformação, econômica e cultural. (Wesptphal, 2000; Carvalho e Gullart, 1998; Ferreira e Buss, 2002).

A partir do relatório Lalonde, o Canadá inicia uma reforma de seu sistema de saúde, referenciando-o na concepção de campo da saúde como condição diretamente relacionada à biologia humana, ao sistema de organização de serviços, ao ambiente e ao estilo de vida. As ações propostas conjugam intervenções ligadas ao social e à consciência e condutas individualmente. A reforma canadense implanta uma rede de centros comunitários de saúde e serviços sociais efetivamente integrados a um sistema de medicina socializada. Uma equipe pluridisciplinar composta de agentes sociais e sanitários trabalham integrados a uma equipe de médicos clínicos e especialistas em Saúde Pública, no âmbito do hospital, favorecendo uma medicina global com participação dos cidadãos na administração dos serviços. (Paim, Almeida Filho, 1998, 2000). Tem início, assim, o movimento pela promoção da saúde. Em 1984, com a participação do Escritório Europeu da OMS (EURO/OMS), dois outros conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade saudável. Segundo Buss e Ferreira (2001), desde então assume-se que decisões externas ao setor influenciam a saúde, e avança-se no conceito de “empoderamento” e participação social. Estas noções dão origem em 1984, em Toronto no Canadá, à proposta de Cidades-Saudáveis* que ganhou a adesão de cidades européias. Esta proposta visa construir uma rede de cidades determinadas a procurar em conjunto novas maneiras de promover a saúde e melhorar o ambiente. Segundo estes autores, a estratégia da APS com o enfoque multissetorial, com o envolvimento comunitário e com os componentes de tecnologia apropriada, reforça a promoção da saúde na direção da saúde ambiental.

* A proposta de Cidades-Saudáveis tem as seguintes diretrizes: a saúde como qualidade de vida; políticas públicas que promovam a saúde; reforço à participação da comunidade; desenvolvimento da auto-responsabilidade; reorientação dos serviços de saúde e intersetorialidade como estratégia principal. (Silva Jr., 1996)

Em 1986, a idéia que vinha sendo desenvolvida alcança outros países através da proposta do movimento das cidades saudáveis, referenciado nos pressupostos da Carta de Ottawa. Esta carta, divulgada ao final da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada com apoio da OMS, definiu as bases do movimento pela promoção da saúde e foi resultado de avaliação, após 10 anos, da reforma canadense. Assim, a proposta canadense deixa de ser um movimento localizado para ser uma bandeira global, a cargo da OMS.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Define aspectos conceituais e operacionais da promoção da saúde e propõe que estrategicamente as ações devam: focar políticas públicas saudáveis, criar ambientes saudáveis, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.((Buss, 2003; Ferreira, Buss; 2002; Wesphal, 2000)

Segundo Almeida, Paim (1998), o discurso da promoção da saúde divulgado pelos organismos internacionais através dos Projetos de Cidades Saudáveis foi atualizado, em 1991, pelo Banco Mundial e OMS, e incorpora a questão do desenvolvimento econômico e social sustentado com importante pauta extra-setorial. Também na Conferência Mundial pelo Meio Ambiente (ECO 92), no Rio de Janeiro, a saúde ambiental foi definida como prioridade social para a promoção da saúde.

Cronologicamente, o movimento da promoção da saúde, na década de 1990, correspondeu ao desmantelamento do National Health Service (NSH) da Inglaterra, face ao recuo da social democracia no continente europeu e com o avanço da receita

neoliberal do Banco Mundial (BM), a qual restringiu o potencial de sua expansão, mesmo para os países desenvolvidos. (Paim, Almeida Filho, 2000)

Deve-se salientar, que as formulações da receita neoliberal do BM referentes ao ajuste estrutural e de redução do papel do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social, iniciadas na década de 1970 e aprofundadas na década de 1980. Assim, também colabora com as discordâncias em torno da abrangência da noção de APS. Não havia uma agenda consensual para lidar com temas como equidade, justiça e cidadania, definindo diretrizes programáticas no campo da saúde. (Lima, 2002; Mattos, 2003; Melo e Costa, 1994)

Estas proposições ganhavam destaque no debate internacional, sobretudo nos países em desenvolvimento. Após quase uma década de propostas de ajustes estruturais e avanços das idéias neoliberais, o debate internacional parecia sugerir fortemente a redução da presença governamental, tanto na economia como em algumas das questões sociais. Postura que, ao final da década de 1980, preconizava a redução da participação do Estado na saúde, revertendo as expectativas suscitadas pela Conferência de Alma-Ata. Assim, em 1987, o Banco Mundial publicava um texto provocativo, no qual afirmava categoricamente que: "A abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essas abordagens geralmente não funcionam". (World Bank, 1987. p. 3, apud Mattos, 2001, p.40)*

* World Bank, Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform. Washington. World Bank, 1987.

Segundo Lima (2002), no contexto da América Latina, a OPAS reiterou a concepção de saúde como um direito público, “tornando uma voz dissonante no cenário internacional das propostas que enfatizavam o mercado, a focalização e a seletividade como fundamentos desejáveis das políticas sociais”. Mas o que de fato preponderou foi a receita neoliberal imposta aos países que pretendiam se inserir numa “nova ordem mundial”, que correspondia a uma agenda de ajuste estrutural, composta de orientações para redução do papel do estado com privatização, para controle dos gastos públicos.

As políticas sociais passam a ser orientadas por princípios de focalização e de seletividade (cesta básica de serviços), dirigida às populações não inseridas no mercado formal de trabalho. Assim, a atenção primária passa a ser promovida como uma ‘cesta básica’ de serviços para o setor saúde, novamente com o sentido de atenção seletiva, contrapondo-se ao tradicional paradigma da Saúde Pública, que orientou historicamente as iniciativas da OPAS, ou a sua associação ao desenvolvimentismo na década de 1950. (OMS/OPAS, 2005; Lima, 2002; Almeida, Paim, 1998; Costa e Mello, 1994, p. 97) Como aponta esses autores, ilustra-se, assim, uma crise de proposições e de políticas para a Saúde Pública.

Diante disso, a OPAS e a OMS promovem debate sobre a necessidade de uma “Nova Saúde Pública”, priorizando a formação de lideranças institucionais em teoria e prática da Saúde Pública, para atualizar os conceitos e renovar as propostas de Alma-Ata, construindo novas alianças para uma “Renovação da Saúde Para Todos” (RSPT), que pudesse definir os rumos da saúde no novo milênio. (OMS/OPAS, 2005)

Passados 25 anos de Alma-Ata, em 2003, a OPAS e a OMS fazem uma análise dos avanços conseguidos na saúde mundial e reconhecem que abordagens restritas (atenção seletiva) direcionam recursos para alvos específicos, rejeitam, portanto, esta concepção e aprovam a resolução CD44.R6, com as seguintes recomendações: identificar e apoiar as melhores práticas de APS; apoiar modelos de APS definidos localmente; capacitar trabalhadores na área de saúde e na APS e organizar um processo para definir orientações futuras de ordem estratégica e programática. Para esta última orientação, formou-se um grupo de trabalho que, mediante consultas e reuniões de âmbito nacional, elaborou uma estratégia de ação baseada em valores, princípios e elementos para um sistema de saúde, com base na APS, (OMS/OPAS, 2005), como segue:

- **Valores:** Direito ao mais alto nível possível de saúde, solidariedade e equidade;

- **Princípios:** Receptividade às necessidades de saúde das pessoas, cuidados orientados à qualidade, responsabilização do governo, justiça social, sustentabilidade, participação, intersetorialidade;

- **Elementos:** cobertura e acesso universal, atenção abrangente e integrada, ênfase na promoção e prevenção, atenção apropriada, sistema baseado na família e na comunidade, mecanismos de participação ativa, organização e gerenciamento otimizados, políticas e programas pró-equidade, cuidado no primeiro atendimento, recursos humanos apropriados, recursos adequados e sustentáveis, ações intersetoriais.

No Brasil, ao longo das diversas e sucessivas propostas de estruturação do sistema nacional de saúde, a APS penetrou as políticas de saúde. As iniciativas governamentais resultaram na presença constante da atenção primária como recurso, quer para **expandir coberturas** populacionais, quer para **conter custos** de produção dos serviços. Em período recente, o Ministério da Saúde propôs o PACS e o PSF. Com o PSF, a APS alcança um sentido adicional, o de **principal recurso organizador do sistema**.

O PSF constitui-se em uma proposta institucional para reorganizar a atenção básica e estratégia de mudança de modelo assistencial, significando uma reorientação dos próprios serviços básicos que nos anos 1970 introduziram a APS no sistema de saúde. Com o PSF, a APS passa a ser reduzida enquanto ações internas ao próprio PSF, isto é, atenção às famílias no domicílio.

É importante ressaltar que a mudança de modelo assistencial surge como necessidade do sistema de saúde no contexto da reforma sanitária, um movimento específico para o setor saúde dentro do movimento pela redemocratização do Brasil. Este movimento apontou obstáculos que deveriam ser superados para conformação do sistema único de saúde. Assim, seria necessário: o desenvolvimento de uma infraestrutura de recursos humanos e materiais, o financiamento e gestão do sistema e a reorganização do modelo assistencial. (Paim, 1999)

Deve-se ressaltar que as propostas de mudanças de modelo assistencial vêm sendo utilizadas com diferentes conotações, ora pendendo mais para a direção da organização institucional no sentido de viabilizar a oferta de ações de saúde, ora como sentido de reorientação das práticas redefinindo os processos de trabalho.

As medidas governamentais desenvolvidas nestes últimos anos têm sido mais no sentido de garantir a assistência através de uma rede descentralizada e hierarquizada, restringindo as iniciativas governamentais a aspectos organizacionais do sistema de saúde, mesmo com o PSF. Isto implica releituras da noção de APS, sem contemplar todos os seus eixos de atuação, conforme definido em Alma-Ata, e mais recentemente na proposta RSPT.

Assim, ao longo do tempo a aplicação da noção de APS assume três interpretações principais: atenção primária à saúde como atenção seletiva, atenção primária à saúde como um nível (primário) do sistema de serviços de saúde e atenção primária à saúde como estratégia de modelo assistencial, sendo este uma forma de reorganização da oferta e acesso aos serviços de saúde (Mendes, 1996, 2002; Paim, 1999, p. 493).

Desses três sentidos apontados, o de maior potencial para lidar com o processo de trabalho em saúde foi a APS como estratégia de novo modelo assistencial, o que englobaria tanto as reformas institucionais quanto as dos processo técnico de atuação dos profissionais. No entanto, esse potencial não teve desenvolvimento pleno.

Atualmente, a tendência mais comum do Ministério da Saúde é utilizar o termo **atenção básica**, definida como “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

Esta definição foi divulgada amplamente, pois estava vinculada a critérios para financiamento de um pacote de ações que seriam executadas no primeiro nível do sistema. O próprio MS reconhecia que esta definição poderia levar a interpretações reducionistas da noção de APS, pois apontava apenas alguns tipos de ações e de forma genérica, além do local (primeiro nível) para sua execução, mas não as articulava com outros níveis de atenção (Ministério da Saúde, 1999, p.9).

Como se vê, embora com alguma crítica, as propostas do MS também terminam por se restringirem apenas para a integração entre os níveis do sistema. Fica, portanto, restritas ao plano da organização institucional, deixando de fora, a nosso ver, a crítica às ações e os tipos de processos de trabalho que implicam.

Com a implantação do PSF, algumas iniciativas foram desenvolvidas para definir qual o conteúdo da noção de atenção primária. O Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários (CONASS) definiu atenção primária como: “Um conjunto de intervenções de saúde no **âmbito individual e coletivo** que envolve **promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação**. É desenvolvida através do exercício de **práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas**, sob a forma de **trabalho em equipe**, dirigidas a populações de territórios (**território processo**) bem delimitados, das quais assumem **responsabilidade**. Utiliza **tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade**, que devem resolver os **problemas de saúde** das populações de **maior frequência e relevância**. É o **contato preferencial** dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios de **universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade**,

complexidade e inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável” (CONASS/MS, 2004). (grifo nosso)

Nesta definição, a noção de APS tem um caráter abrangente, integra diferentes conteúdos e define princípios, referenda os atributos da organização dos serviços e avança em aspectos referentes à qualidade da assistência, e timidamente toca na questão dos processos de trabalhos técnicos. Contudo, a pequena discussão e exploração desses processos podem induzir divergência na sua interpretação e implantação das reformas propostas.

Assim, somente em tempos bem recentes, a atenção primária, além de ser alvo de iniciativas para rever sua definição (CONASS, 2004 e Gil, 2006), passa a ser objeto destacado de pesquisa por diversos pesquisadores da saúde coletiva (Viana e Dal Poz, 1998; Sisson, 2002; Bolstein, 2002; Mendes 2002; Batista, 2003; Fausto, 2005; e outros). O MS também passa a publicar farta literatura técnica (manuais de planejamento e gestão e protocolos assistenciais) para orientar as equipes. Também publicou a tradução do livro de Bárbara Starfield: “**Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**”, considerada uma referência em APS, reacendendo o interesse dos pesquisadores por este tema. O foco principal do PSF na atenção primária gera a necessidade de melhor definir o que seja a APS, com o propósito de avaliar o impacto de sua implantação para as populações por ela assistidas, além de correções dos rumos iniciais do programa e das estratégias operacionais.

Concorda-se pois, com Fausto (2005), para quem a APS ocupa um espaço permanente nas práticas de saúde, entretanto sua compreensão e valorização têm sido variáveis nos diferentes contextos políticos, econômicos e sociais. Segundo esta autora, há uma escassez de investigação a respeito da APS, e as que existem dedicam-se principalmente a descrever experiências locais em atenção primária, estudos clínicos relacionados a intervenções, e, mais recentemente, estudos relacionados à avaliação do PSF. A autora, assim como nós, não localizou estudos dedicados à reconstrução histórica da atenção primária. Fausto o faz relativamente às políticas de saúde do Brasil, e da perspectiva da história das instituições. Acreditamos, portanto, na necessidade de complementar esse estudo histórico, acrescentando o exame da dimensão das práticas assistenciais e seus processos de trabalho. Isto impõe uma releitura da história das políticas e das instituições.

Nesse caráter genérico de suas definições, o MS não se definem as possibilidades para inserção em realidades distintas sociais, econômicas e políticas. Por isto, desde sua divulgação, na Conferência de Alma-Ata, é alvo de reflexões, críticas por pesquisadores que estudam a Saúde Pública e os sistemas de saúde.

Starfield (2003) salienta que a noção de APS tem sido historicamente “definida pelo tipo de médico que a exerce”. Mesmo atualmente é comum ser caracterizada como aquele atendimento oferecido por clínicos gerais (ou médicos de família). Ainda segundo esta autora, o problema com esta caracterização é que a norma para operacionalização da atenção primária transforma-se naquela que descreve as unidades de medicina de família.

Para esta autora, a APS deveria ser distinguida por suas funções e pela clientela que atende. Utiliza os seguintes parâmetros para sua delimitação: características clínicas dos pacientes e seus problemas, variedade de diagnósticos ou problemas observados com componente identificável dedicado à prevenção, por clientela com alta proporção de pacientes conhecidos e que apresentam problemas novos, mas ressalta que estes parâmetros variam de lugar para lugar e de país para país, sendo necessária uma melhor alternativa para especificar suas funções.

Nesta mesma linha de pensamentos, caracterizando a APS por suas funções e abrangência, autores brasileiros, como Duncan, Schmidt e Giugliani, (2004), referem-se à importância da prática clínica em atenção primária ao explicitar que “a prática clínica em atenção primária é complexa e desafiadora, exigindo graus de competência técnica e excelência profissional semelhantes àqueles exigidos nos outros contextos médicos. Atuando na porta de entrada do sistema da saúde, ela precisa distinguir com clareza quando observar, quando intervir e quando encaminhar o paciente”. Para estes autores, a APS é desenvolvida por médicos generalistas no primeiro nível de atenção, podendo ser praticada fora do sistema de saúde.

Testa (1992) afirma que “a verdadeira significação da atenção primária de saúde deverá levar em consideração todos os elementos assinalados, mas vistos a partir de uma conceitualização totalizante, como: a contextualidade no sistema de saúde, o interesse, a participação e a ideologia dos grupos sociais em relação com o setor, à tecnologia nos diversos sub-setores de saúde e, sobretudo, as relações que

estes componentes em conjunto mantêm com a sociedade global, sua inserção em seus conflitos e lutas”.

Assim, pode-se observar que se nossa crítica remete à falta de definição dos processos técnicos de trabalho, articulando saberes, instrumentos tecnológicos e profissionais, as considerações de Starfield reclamam da falta de olhar de planejamento, organização institucional e gestão, enquanto Testa aponta para as insuficiências de definição política e ideológica da APS. Mas todos concordam que, no sentido de ter um caráter universal, e sem ter se definido nos elementos acima apontados, a OMS/OPAS cunhou formulações muito genéricas.

O caráter genérico da noção de atenção primária impossibilita sua aplicação em contextos sociais diversificados, o que já comentamos. Também do ponto de vista operacional, quando uma noção imprecisa é aplicada, ficam inviabilizadas práticas como planejamento de serviços e a avaliação, pois de forma obsessiva estes seriam instrumentos definidores dos processos e de correções de rumos das ações. Além disso, uma grande diversidade de atenção primária seria implantada inviabilizando um modelo “esperado”. Assim, vários modelos assistenciais (no sentido técnico das ações) seriam o resultado.

Boldstein (2002) realizou uma revisão sobre atenção básica na agenda da saúde nos últimos anos nas políticas de saúde do Brasil. Esta autora, acompanhando o processo de descentralização do SUS, demonstra o papel indutor do nível central ao transferir responsabilidades pela execução da atenção primária aos municípios, através do PACS/PSF. Esta transferência implica a diversificação dos contextos sociais, políticos e técnicos para aplicação do termo atenção básica e impõe a

necessidade de definir parâmetros para sua avaliação. A autora alerta que as diversas linhas de avaliação necessitam de parâmetros padronizados e estes só podem ser definidos quando a atenção primária tiver uma noção mais precisa quanto a seus atributos e funções.

Ribeiro (2002), comentando o artigo de Boldstein (2002) enfatiza a necessidade de melhor conceituar o que seja atenção primária. Afirma que há necessidade de delimitação do objeto, pois quando uma pesquisa de avaliação pretende avaliar o impacto de suas ações, “torna-se fundamental livrar-se do grande emaranhado de definições misturadas a projetos políticos, defesa de interesses de grupos populacionais, crenças e pressupostos jamais testados ou provados entre outros problemas”.

Para Ribeiro (2002), no MS há diferentes interpretações na aplicação da noção de atenção primária. Tomando como exemplo um recorte proposto pelo MS, na delimitação do Piso de Atenção Básica, e a lei 9656, na qual o governo federal caracteriza a atenção básica para o setor de saúde suplementar observa-se a atenção básica se restringe a uma cesta de ações, e o termo atenção básica e atenção primária se confundem. Na lei 9656, o governo federal, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, relaciona um pacote básico de serviços mais ampliado de ações para as operadoras de planos de saúde.

Mas, ainda segundo este autor: “os modelos das ações programáticas, por um lado, e o pacote do setor de saúde suplementar, de outro lado, mesmo que originários de tradições tão distintas, são os que demonstram maior consistência interna para um trabalho inicial de definição nítida e precisa da noção de APS”, o que

se daria pelo fato de que mesmo de origem tão distintos, essas duas proposições afinal delimitam e definem ações e intervenções técnicas.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), há enormes dificuldades do sistema em incorporar a noção de atenção primária, quer como assistência de baixo custo, quer como extensão de serviços ou até mesmo para manter a cobertura já conquistada. Estas são decorrentes da crescente incorporação tecnológica à prática médica ampliando seus custos e diversificando as possibilidades de intervenção, há ainda, dificuldade de crítica ao excesso tecnológico. Decorre daí a tendência do MS de delimitar o conteúdo das ações de atenção primária.

De outro lado, os referidos autores lembram que mesmo em situações de baixo uso tecnológico, as demandas em saúde estão relacionadas ao processo de adoecimento na dimensão biológica e social, estando inseridas numa realidade epidemiológica extremamente diversificada. Estas demandas necessitam de instrumentais relativamente simples para sua solução, mas do ponto de vista do cuidado, na realidade, exigem uma grande “complexidade assistencial”. Neste sentido, portanto, há necessidade **de caracterizar** o que sejam **as demandas e as necessidades primárias de saúde** e quais os instrumentos para apreendê-las para assim definir-se claramente **o conteúdo da atenção primária**, e quais os **requisitos técnicos** para sua aplicação, para que de fato corresponda aos seus propósitos. (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996) (grifo nosso)

Este plano de análise das práticas de saúde como processos técnicos de trabalho nas propostas de sistemas de saúde no Brasil será nossa forma de abordar a APS, no presente estudo.

Neste sentido, não se pretende fazer um amplo detalhamento de como as práticas de saúde se articulam com outras dimensões da sociedade, pois isto já foi muito estudado por diversos autores do campo da saúde coletiva, que as analisaram de diferentes perspectivas, nos contextos históricos em que as políticas de saúde foram concebidas (Luz, 1979; Merhy, 1985, 1992; Oliveira e Teixeira, 1986; Costa, 1985; Braga e Paula, 1986; Mendes, 1994; Elias e Cohn, 2001)

O que se pretende com este estudo é percorrer a história no sentido de identificar a presença, ou não, de **elementos da estrutura dos processos de trabalho** como recurso de análise para avaliar os significados que a noção da atenção primária adquire e as diferentes conotações que assumem nas proposições formais ou reformulação do sistema de saúde brasileiro.

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) introduziu essa abordagem da organização tecnológica do trabalho no campo da saúde coletiva. Poucos autores, porém, usaram-na na análise documental e principalmente para avaliar os **conteúdos das práticas de atenção primária**. (Nemes, 1989; Cyrino, 1993)

Adota-se essa perspectiva dada nossa hipótese inicial de que há uma insuficiência conceitual da noção de APS porque é um conceito que está sendo elaborado, ora oscilando no plano organizacional (planejamento e gerência), ora no plano das políticas de saúde, e pouco no plano técnico das ações (processo de trabalho assistencial), sendo que são raras as elaborações que articulam esses planos.

Para atingir o estatuto de conceito, a definição de APS deveria também atingir o plano dos processos de trabalho, definindo quais ações técnicas serão

realizadas e por quem neste nível, e quais arranjos organizacionais serão necessários para compor a rede de atenção, bem como o seu financiamento a partir dessa base técnica. Trata-se de uma definição que reorienta a clínica geral no sentido da saúde coletiva e das ações comunitárias. Assim, com este estudo pretendemos contribuir para ampliar a reflexão sobre a noção de atenção primária e subsidiar futuras elaborações.

1.2 – Objetivos:

- Geral:

Identificar os diferentes significados que as noções de APS assumem, desde sua emergência até os dias atuais, reconhecendo e contextualizando historicamente a atenção primária em saúde como conceito estratégico no interior das propostas de organização dos sistema de saúde, a fim de compreender a dinâmica das noções operadas nesses documentos e textos acadêmicos, para o caso brasileiro.

- Específicos

- 1) Identificar as origens do termo “atenção primária à saúde” como noção;
- 2) Identificar as diferentes apropriações do termo ao longo das propostas de Sistemas Nacionais de Saúde no Brasil, periodizando esta histórica;

3) Discriminar nas diferentes apropriações do termo a presença de elementos das dimensões políticas, organizacional e técnica, esta última enquanto intervenção e cuidados.

Capítulo 2

Referencial Teórico e Metodológico

A noção de atenção primária, conforme apontado na introdução, é recurso usado para compor sistemas nacionais de saúde, com repercussões em termos econômicos, políticos, ideológicos e tecnológicos (técnico-científico e organizacional).

Neste estudo faz-se uma reconstrução histórica do modo como esta noção entra para a formulação do sistema, até suas releituras internas enquanto conteúdo de ações de cuidado direto e de organização da produção de serviços. Para tal, usa-se uma historiografia buscada em inflexões, sobretudo ligada a um nascimento de sistema de saúde de caráter nacional e em desenvolvimento, no interior de que ocorrem diversos modos de formular/operar a noção de atenção primária, o que subsidiou a delimitação de dois períodos distintos (Donangelo, 1975; Mendes, Mendes, 1994, 1996; Luz, 1979; Merhy, 1985, 1992 e 1997; Oliveira e Teixeira, 1986; Fausto, 2005 e outros). São eles:

- Década de 1920 a 1978: A década de 20 foi responsável por mudanças no eixo das práticas de saúde. Inicia com a criação do Departamento Nacional de Saúde no sentido de normatizar as ações desenvolvidas por diversas instituições de Saúde Pública (federal, estadual e municipal), em SP, a Reforma Paula Souza inicia mudanças nas práticas de saúde pública, além da criação da previdência social no interior da qual a assistência médica torna-se questão de Saúde Pública e inicia uma relação do Estado brasileiro com o setor privado, com grande mercantilização da assistência médica. É no interior destas instituições que se localizam algumas ações nas quais se pode associar as **idéias** mais

iniciais de APS. No final do período, localiza-se projetos assistenciais voltados para assistência primária desenvolvidos por instituições acadêmicas ou em parceria com instituições governamentais. No interior destes projetos formou-se a base do movimento de politização do campo da saúde (movimento sanitário). Este movimento apontou a ineficiência das instituições públicas dicotomizadas em ações de caráter coletivo ou assistencial, levando à proposição de reorganização das instituições públicas na forma de um sistema. Encerra-se o período com a constituição de uma **noção de APS**, na Conferência de Alma-Ata.

- **De 1979 a 1994:** O período inicia com as primeiras ações governamentais adaptando as ações de caráter público às diretrizes propostas pela Conferência de Alma-Ata. Com a crise da assistência médica, as políticas governamentais passam a enfatizar a reorganização do conjunto de serviços na forma de um sistema, integrando as redes públicas existentes, o que leva à proposição constitucional de um sistema de saúde (SUS). As proposições subseqüentes focalizaram-se na unificação das redes e na descentralização das ações para estados e municípios, caracterizando-se, portanto, aspectos políticos e organizacionais nessas formulações. No período, a atenção primária ainda permanece como projeto alternativo. O período encerra com a proposição do PSF, quando então a atenção primária passa a ocupar o centro das propostas de reformulação do sistema e a ter impacto nas políticas públicas de modo mais global.

Para realizar este estudo optou-se pela história do conceito, isto é, os momentos de inflexão no modo de formular/operar o termo atenção primária (APS), analisando, nos documentos que orientam as proposições da APS, quais conteúdos estão contidos na noção ou como a noção está definida e operada nas proposições.

Parte-se de uma dada formulação de “conceito”. Segundo Minayo (1992), os conceitos são as unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. São operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma, eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho da criação, sendo fundamental na construção teórica, pois são como pilares que a sustentam.

Para apreender os conceitos, é necessário aproximar-se deles, analisá-los e defini-los como historicamente específicos e socialmente condicionados e demonstrar a quais aspectos da realidade se dá maior atenção. Não se trata apenas de compreendê-los como logicamente mais elaborados (e o são), mas também de entender as determinações sociológicas presentes na sua construção para revelar que aspectos de uma determinada teoria o conceito mostra. (Minayo, 1992, p.93)

Assim, quando uma dada teoria é aplicada, os conceitos vão delimitar a ação e o comportamento dos sujeitos, vão definir os conteúdos que serão utilizados para dar conta da intervenção na realidade, com isso tanto a realidade que se quer mudar quanto as propostas de mudanças estão permeadas de sentidos e significados decorrentes da aplicação prática da teoria.

Assim sendo, os termos que nomeiam uma realidade podem corresponder a conceitos ou não.

Para Koscic (1969) e Lefebvre (1975), muitas vezes na vida cotidiana não percebe-se que os fenômenos penetram na consciência das pessoas pela sua regularidade, imediatismo e evidência, constituindo um mundo de “pseudo-concreticidade”; esse mundo de aparências se reproduz espontaneamente como realidade no pensamento comum, sendo representado no pensamento. O primeiro olhar nem sempre é capaz de perceber todas as relações e articulações do fenômeno, ficando somente nessas “pseudoconcretidades”. Construir um conceito, mesmo que em verdades provisórias sobre um determinado fenômeno, requer uma exaustiva busca das suas articulações com os contextos em que estão inseridos ou que os geraram. Para análise dos fenômenos, é necessário um pensamento crítico, buscando a diferenciação entre sua representação no senso comum e o conceito formulado. Assim, o conceito é a elaboração de uma verdade: quanto mais completa e precisa (delimitada) é a explicação sobre uma dada realidade, tanto mais se caracteriza a formulação em pauta como um conceito.

Ababnamo (1998) define conceito como “todo processo que torne possível a descrição, a classificação e a previsão dos objetos cognoscíveis”. Para este autor, a concepção de conceito remete a duas noções, na primeira o conceito é um signo e na segunda é “a essência das coisas, mais precisamente, a sua essência necessária, pela qual não pode ser diferente daquilo que é”. O conceito é assumido então como os elementos comuns na diversidade, mesmo a diversidade de pontos de vista sobre uma dada realidade.

Etimologicamente, a palavra conceito vem de concepção, isto é, está vinculada à subjetividade, no momento em que é concebido. Já por **noção**, entendemo-se aqueles elementos de uma teoria que ainda não apresentam clareza suficiente e são usados como “imagens” na explicação do real, expressam a relação intrínseca entre a experiência e a construção do conhecimento em desenvolvimento. (Aurélio, 1986)

Para Ababnamo (1998), a palavra **noção** tem dois significados fundamentais: um muito geral, em que a noção é qualquer ato de operação cognitiva, e outro mais específico, em que é uma classe especial de atos ou operações. Na sua revisão sobre os significados da palavra noção, identificou que este termo fica restrito à relação das idéias que mostram o conhecimento sobre uma determinada realidade. Aponta ainda que nenhum dos significados específicos propostos para este termo teve grande aceitação, e que hoje é usado quase que exclusivamente com o significado genérico de operação, ato ou elementos cognitivos.

Já o termo idéia tem, para este mesmo autor, dois significados diferentes e fundamentais. O primeiro é o de um pensamento único, instituível, destacando um objeto a ser pensado numa multiplicidade de objetos, e o segundo é o de ser a idéia um objeto qualquer do pensamento humano, ou seja, uma representação geral. O autor conclui sua revisão, apontando que o significado da palavra idéia, a qual é usada na linguagem comum, indica aspecto de antecipação e projeção da atividade humana, uma possibilidade, uma antecipação de alguma coisa que pode acontecer, ela marca uma possibilidade.

Assim, faz-se uma distinção e ordenação hierárquica entre idéia, noção e conceito, no sentido da complexidade de pensamentos ou elaborações teóricas e no sentido de reflexão mais completa acerca da realidade, o que se encontra no conceito.

Explicitam-se os significados desses termos (conceito, noção e idéia) para fazer uma distinção das três formas de representação da realidade no pensamento, apresentando o movimento de sentido que o pensamento elabora para compreender e explicar esta realidade. Estas representações são construções abstratas, progressivamente explicitadoras da realidade que se toma para estudar, e cuja diferença entre elas está no grau de complexidade e completude que a explicação contém, quanto a ser menos ou mais elaborada e menos ou mais completa.

Nesta perspectiva, a recuperação histórica de um conceito não pode ser feita de forma linear, em que fatos se encadeiam sucessivamente, mas pela interrogação da realidade, dos contextos em que são produzidos, isto é, interrogar como a realidade se expõe e como a utilização do conceito expõe inflexões ou soluções de continuidade. (Afonso-Godfarb, 1993)

É por isso que se delimitam os períodos antes referidos (1920-1978; 1978-1994) a serem examinados como inflexões da história do sistema de saúde, a partir da mudança que se observa na elaboração do termo Atenção Primária à Saúde: um primeiro momento histórico em que algumas idéias surgem acerca da assistência à saúde e podem ser recuperadas como raízes históricas da APS, mas ainda não são esta noção; com o segundo período em que há a criação da noção.

O presente estudo cobre apenas esses dois primeiros períodos como um exercício de recuperação da história do conceito de APS, encerrando-se no momento em que são dadas condições históricas para sua elaboração mais plena.

A partir de 1994, com a proposição do Programa Saúde da Família, observa-se um novo período em que, dada a noção de APS até esse momento, uma nova inflexão pode ser verificada. Toma-se como eixo da recuperação histórica pretendida três planos de exame das elaborações conceituais. Isto porque se entende que seriam planos relevantes e necessários para uma teoria do sistema de saúde. São eles:

- 1- proposições programáticas nas políticas de saúde sobre o sistema;
- 2- organização institucional do sistema no planejamento e gestão das redes de serviços;
- 3 – modelo tecnológico do sistema na atenção integral a ser produzida pelos arranjos tecnológicos dos processos de trabalho no interior das práticas de saúde para assistir às populações.

A hipótese é a de que o maior potencial de articulação desses planos estaria nesse momento histórico, período que vai de 1994 aos dias atuais. Essa hipótese guia a leitura dos documentos.

Os três planos ou dimensões da saúde (**política, organizacional e práticas**) referidos para examinar as definições encontradas, segundo a proposição teórico-conceitual de Schraiber (1995), relacionam as políticas de saúde com o planejamento

e gestão dos serviços e as articulações destes com as ações médico-sanitárias e o agir profissional no interior dos estabelecimentos de saúde.

Para esta autora, a produção científica do movimento sanitário pode ser dividida em dois períodos, tomando como referência o movimento de politização da saúde, tal como denomina a progressiva tomada do campo da saúde como questão política. O primeiro período vai da década de 60 ao início dos anos 80, e se caracterizou pela preocupação em demonstrar o quanto as práticas de saúde estavam articuladas com outras práticas na sociedade. Neste primeiro período, o movimento politizador volta-se para denunciar o quanto suas práticas estão comprometidas com o contexto social e com as necessidades sociais diferentes e desigualmente atendidas, acomodando os conflitos, os interesses e os jogos de poder. Nessas denúncias articulam-se propostas, às quais a autora denomina de plano mais exterior das práticas de saúde, isto é, o plano das políticas enunciadas.

Os estudos produzidos neste período abordaram três questões, quais sejam:

1) a articulação das ações e instituições públicas com os interesses das indústrias de equipamentos e de fármacos; 2) a relação problemática entre o setor público e o privado na compra e venda de serviços, demonstrando o caráter nada público do Estado, isto é, uma política pública privatista; e 3) a distorção na distribuição dos serviços no território nacional. Esta última questão denuncia uma política que privilegia os pólos industriais do País, atrelada mais ao crescimento econômico do que ao desenvolvimento da sociedade brasileira. (Schraiber, 1995)

O segundo período politizador referido pela autora inicia-se na metade da década de 80 e promove a aproximação da política pública e do planejamento das

práticas de saúde, “adentrando a microfísica do plano institucional dos serviços de saúde”. Este plano aborda diretamente a organização institucional, a administração e a gerência. É deste modo que as ações de saúde foram, enfim, “percebidas como práticas empresariais de organização complexa do trabalho”. (Schraiber, 1995) Para deixar mais claro, trata-se aqui concretamente das ações de organização de unidades de serviço ou de várias unidades em um sistema, mas este plano não extravasa a dimensão organizativa e seu processo de administração e gerência. Adentra as práticas, mas enfatiza seu aspecto gerencial, aqui delimitado como o plano organizacional.

O produto do primeiro período foi colocar para o planejamento a função de modernização e mudança das situações apontadas. Já para o segundo, foi fazer a aproximação do planejamento e da gerência relativamente às práticas de saúde, para que estas possam comprometer-se com novas relações de trabalho, com modos diversos de captar clientela, avaliar as desigualdades quanto à disponibilidade tecnológica, “e todas circunstâncias intervenientes na qualidade da técnica produzida e a ser produzida” (Schraiber, 1995). Estes últimos fazem parte do que Merhy (2002) denominou de tecnologias leves. Este autor organiza as “ferramentas tecnológicas” utilizadas pelo médico em “valises”, sendo que a primeira comporta os instrumentos utilizados, como o estetoscópio e o esfigmomanômetro, chamados de tecnologias duras; a segunda comporta os saberes tecno-científicos, como a clínica e a epidemiologia, que correspondem às tecnologias leve-duras; e finalmente as “ferramentas” presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, que seriam as tecnologias leves.

No entanto, para Schraiber (1995), até meados dos anos 1990, pouco se reflete sobre um terceiro plano que é aquele sobre o qual a autora mais quer chamar a atenção: o plano das “práticas de saúde desde seu interior”. Nesse plano, a autora localiza a dimensão tecnológica das ações de assistência direta às clientelas dos serviços, seja mediante a assistência médica individual, seja através das ações coletivas (Saúde Pública), tais como as de saneamento, vacinação, prevenção ou profilaxia de certos agravos e promoção da saúde.

Essas ações que são técnicas correspondem à realização dos processos de trabalhos em saúde. É por isso também chamado de plano técnico das ações médicas (clínicas) e dos programas de saúde (sanitárias). (Schraiber, 1996) É nele que se pode ver a articulação entre os agentes do trabalho ou profissionais, as necessidades de saúde já como demandas concretas aos serviços e os instrumentos de trabalho, quais sejam: os equipamentos, os materiais e os saberes científicos e técnicos. É nesse plano que também se postula a criação de um modelo de atenção integral, para se completar a realização do princípio político da integralidade tal como preconizado pela lei orgânica da saúde (lei 8080/1990).

Assim, na recuperação histórica, busca-se identificar os planos: das políticas de saúde, do planejamento e gestão ou plano organizacional, e dos processos de trabalho ou plano das práticas de saúde. Recuperar a dimensão das políticas de saúde tem como objetivo explicitar os contextos em que os processos de trabalhos estão inseridos. Na recuperação da dimensão organizacional, quer-se mostrar como está definida a arquitetura do sistema de saúde para garantir a distribuição da assistência, bem como os arranjos que propiciam o acesso a essa assistência nos diferentes níveis

do sistema. E, por fim, identificar as proposições de ações que conformariam mudança no conteúdo das práticas e do leque de ofertas de ações de saúde de cuidados será o exame do plano dos processos de trabalho, com o objetivo de verificar a presença ou não de propostas de constituição de um modelo tecnológico para APS.

Neste sentido, a teoria do trabalho em saúde apresenta-se como é um recurso teórico e conceitual relevante. Mendes-Gonçalves (1994) formula essa teoria ao buscar na internalidade das práticas de saúde apreender o que chama de organização ou arquitetura tecnológica do trabalho, isto é, nas relações estabelecidas entre os agentes, o objeto e os meios de trabalho (o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais), apreender um sentido técnico ao processo que é também um sentido social articulado. Assim, para o autor, esta noção de organização tecnológica para o conjunto do sistema de saúde, ou modelo tecnológico, é o modo de referir o social articulado aos processos técnicos.

Ainda para Mendes-Gonçalves (1994), o significado do termo tecnologia no mundo contemporâneo está restrito ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho. Quando-se toma o termo por este ângulo restrito omite-se o seu significado social, pois não se demonstra sua função primordial nos processos produtivos, isto é, qual a finalidade social dos instrumentos. Já que se buscam as relações entre os agentes do trabalho e os objetos sobre os quais trabalham, dá-se aos instrumentos um significado útil e pode-se estabelecer a rede de relações sociais com que seus agentes articulam sua prática a uma totalidade social mais ampla. (Mendes- Gonçalves, 1994, p.15) Neste sentido, o termo tecnologia não se refere só ao instrumento, mas à

própria organização ou arquitetura sócio-técnica do trabalho. Segundo o autor, a análise das práticas de saúde através dos processos de trabalho em saúde, se devidamente contextualizada, constituirá potente ferramenta para transformação da realidade.

E se a pretensão das propostas de APS for de mudanças na forma de responder às necessidades de saúde e de abordar as demandas, essas propostas terão de tratar dos processos de trabalho. Isto quer dizer também que, além de apontar quais, quantos e como se farão os processos de trabalho, as propostas de APS deverão pensar na integração deles. Só assim tem-se um modelo de atenção integral à saúde, realizando o princípio da integralidade do sistema de saúde nas ações técnicas. Isto quer dizer que tais propostas deveriam se ocupar da definição de um modelo tecnológico para o sistema de saúde, pensando o conjunto da arquitetura dos processos de trabalho para o nível da APS e de sua participação no sistema.

Para Schraiber (1995), o exame do ato técnico foi excluído das análises e propostas produzidas até a década de 1990 e que avaliam a natureza e constituição dos sistemas de saúde, a administração e gerenciamento dos serviços e a articulação entre os serviços. Estas análises e propostas, à época, tinham como objetivo discutir a organização interna das instituições e a produção e distribuição dos serviços à população, mas isto não foi feito articulando-as a questões de ordem técnica e científica do ato médico (e outras práticas de saúde). Assim, foi excluída a possibilidade de mudar o ato técnico e interferir na forma, qualidade de produzir as assistências realizadas. (Schraiber, 1995)

A autora salienta, ainda, que reconhecer historicamente a cientificidade da ação em saúde nunca foi um problema, mas tomar tal cientificidade como objeto da política ou da gerência e administração em saúde nem sempre foi percebido como questão importante. Mesmo o movimento politizador no campo da saúde, em seu primeiro momento, excluiu o ato técnico-científico do questionamento das políticas de saúde e deu ênfase às questões de natureza administrativa dos serviços e de justiça social relativas às políticas governamentais do sistema de saúde.

É nesse sentido que se encontram em Silva (1996) um reforço da argumentação, quando o autor aponta para a oscilação entre os termos atenção primária e atenção básica. Tal autor refere que a APS deve ser concebida “para além de uma simples ampliação histórica da assistência médica incorporada a uma unidade de saúde, mas como uma oportunidade de oferta e utilização de um cuidado abrangente, com utilização de uma tecnologia útil e apropriada para o nível básico de atenção”.

Todas essas recuperações e identificações são os resultados buscados nas leituras feitas dos documentos.

Foi realizada análise de dois tipos de documentos: as proposições políticas, técnicas e operacionais de textos oficiais do governo e a produção científica de caráter crítico ou propositivo sobre APS/sistema de saúde. Nos primeiros, usam-se preferencialmente as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), por constituem-se num documento de caráter oficial, sistematizador das propostas e mais amplo que outros documentos governamentais.

Tendo em vista que a principal fonte primária foram as CNSs, fazem-se breves considerações. As conferências são documentos que ainda não foram muito exploradas enquanto evento histórico. No plano geral, sua análise revela que há riqueza conceitual, política e organizacional nas proposições que se podem extrair dos conteúdos das falas apresentadas, as quais tinham como objetivo subsidiar as discussões para formulação de propostas e diretrizes para o sistema de saúde. Estas, no entanto, ficam empobrecidas quando são remetidas para propostas concretas, pois têm um grau de generalização em nível prático e operacional. Enquanto documento normativo, há uma precisão política e de valores.

De alguma forma, as conferências refletem uma dificuldade que o campo da saúde enfrenta para chegar ao nível operacional, muito embora elas não tenham este objetivo, pois são marcos políticos. Portanto, as conferências enquanto documentos históricos definem questões amplas para todo território nacional. No entanto observamos no primeiro período que a V CNS e no segundo período a VII CNS foram as que apresentaram maior avanço no campo operacional.

No desenvolvimento deste trabalho utiliza-se a seguinte estratégia: num primeiro momento, fez-se um levantamento e leitura da literatura pertinente e textos básicos sobre o desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil, identificados na base de dados LILACS. Esta leitura abrangeu o período de 1920 a 2005 e teve como objetivo a compreensão da evolução das políticas de saúde, em especial da constituição de sistema de saúde. Nesta fase de pesquisa constatou-se uma vasta produção científica indireta sobre APS, pois em diversas situações, gerenciais, administrativas e práticas, o tema APS é sugerido, principalmente quando referido à

totalidade do sistema, embora não seja objeto específico da produção. Esta condição também se deve ao fato de durante longo período a APS não foi alvo direto das políticas de saúde no Brasil. Tratou-se, pois, de uma busca indireta, pois a pretensão não era rastrear toda a produção, mais sim identificar projetos, propostas ou marcos que poderiam ser atribuídos à constituição das idéias e noções que conformaram a APS.

Nesta leitura identificamos os principais autores, como desenvolveram o tema e como sugeriam épocas, o que possibilitou orientar e delimitar os períodos a serem analisados, já referidos anteriormente. O resultado desta pesquisa também possibilitou identificar as raízes históricas da atenção primária em nível internacional, que foi descrita na introdução deste estudo.

No segundo momento deste trabalho para orientar a leitura dos documentos e textos acadêmicos, construí-se um instrumento que propiciou a análise dos conteúdos que integram as três dimensões de estudo e como elas se articulam nas políticas de saúde (**Anexo 1**). O resultado da pesquisa está descrito no próximo capítulo (III), **divido em dois períodos** e organizado como segue:

Parte 1 - Análise do conteúdo das conferências nacionais de saúde, identificando-se como as três dimensões de estudo foram abordadas e como foram explicitando as idéias ou noções da atenção primária.

Parte 2 - Análise de outras fontes primárias, nos decretos e leis, e das fontes secundárias dadas, pela produção científica ou intelectual em Saúde Pública, que

explicitam propostas governamentais. Esta parte do estudo é apresentado em dois eixos de análise:

Eixo 1: Analisam-se as propostas governamentais que definiram a conformação de uma rede de atenção básica, ainda dicotomizada em rede de Saúde pública e de assistência médica. Abordam-se também as contribuições do planejamento como instrumento para ordenar as ações desenvolvidas nessa rede, além disso, no segundo período, o movimento político desencadeado para unificar esta rede, deste modo este eixo de análise em ambos os períodos analisados trata da dimensão política e organizacional.

Eixo 2: Explicitam-se as práticas de saúde desenvolvidas em paralelo às proposições políticas e organizacionais e que apresentaram conteúdos para a constituição de um modelo tecnológico para atenção primária e para o sistema. Aqui, toma-se como referencial a noção de integração sanitária, que norteava o desenvolvimento destas práticas e vale-se da teoria dos processos de trabalho de Mendes-Gonçalves (1994) para identificar em que medida estas propostas explicitam seus componentes, quais sejam o objeto, os agentes e seus instrumentos, trata-se portanto, da terceira dimensão deste estudo.

No capítulo subsequente (IV), fazem-se comentários sobre os resultados da pesquisa e apontam-se questões para a conformação de um sistema com base na atenção primária.

Por fim, deve-se considerar que o exame dos textos mais propositivos constitui uma apreciação do quanto estaria ou não aplicada uma teoria sobre os

sistemas de saúde e nesta um conceito de atenção primária, nos documentos oficiais.

A análise histórica da formulação do conceito cabe a rigor para a produção do conhecimento teórico. Ocorre que no campo da saúde coletiva esta imbricação de produção teórica e científica com propostas políticas e práticas de intervenção é grande, sendo uma das características desse campo então a produção científica, bastante voltada aos problemas do SUS e suas políticas de reforma.

Capítulo 3

Atenção Primária no Sistema de Saúde do Brasil

3.1 Primeiro Período - Década de 1920 a 1978:

antecedentes da APS - a constituição da rede de APS e os
antecedentes de uma reforma de modelo tecnológico

3.1.1 – O período pelas Fontes Primárias

Antecedentes da APS na constituição da Saúde Pública do Brasil: olhando através das Conferências Nacionais de Saúde.

No período de 1920 a 1978 ocorreram as seguintes Conferências Nacionais de Saúde (CNSs): I, II, III; IV, V e VI. As Conferências Nacionais de Educação e Saúde* foram instituídas pela lei nº. 378, em 1937, e deveriam ser realizadas a cada dois anos, com o objetivo de “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo país, e a orientá-lo na consecução dos serviços locais de educação e saúde, bem como na concessão do auxílio e das subvenções federais”. (Brasil, 1937)

A I CNS (decreto nº. 6788 de 30/01/1941), foi convocada e realizada em 1941, com representantes dos Estados, distrito federal, territórios, além dos distintos serviços que compunham o Ministério da Educação e Saúde (MES). Tinha o objetivo de estudar a situação dos problemas de educação e saúde em todo País, as bases de organização de um programa nacional de saúde e de proteção à infância e definir o sistema de organização e de administração sanitária e assistencial para Estados e municípios. (Brasil, 1941)

* Até 1953 a saúde e a educação faziam parte de um único ministério, por isto a I e II CNS foram conferências de educação e saúde. Somente com a Lei nº 1 920 – de 25/07/1953, regulamentada pelo Decreto nº34.596, de 16/11/1953, o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde.

Os temas para debate foram: organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade e infância e à adolescência e nutrição (valor nutritivo dos alimentos regionais, alimentação dos trabalhadores o controle da qualidade do leite).

Antes da conferência, o MES enviou questionário aos Estados para avaliar as ações e instituições existentes, a relação médicos/população e o número de leitos existentes nas instituições públicas e filantrópicas que prestavam assistência a idosos, portadores de necessidades especiais, doenças mentais, tuberculose e lepra.

Nota-se, aqui, uma preocupação em dispor de informações em saúde que possibilitassem ao governo identificar a **situação sanitária**, principalmente em relação ao controle das doenças transmissíveis, tais como: lepra, tuberculose, doenças venéreas e malária, e as ações desenvolvidas para seu controle, como: imunização, diagnóstico laboratorial, além do “controle estatístico das informações”. Com o questionário, o MES procurou identificar se existia nos estados uma **“unidade central de epidemiologia”**.

Nos anais da I CNS foram publicados os decretos de convocação e envio dos questionários e o próprio questionário, mas não as informações coletadas, já a II CNS, realizada em 1950, não teve seus anais publicados.

Como pode-se ver, essas duas primeiras conferências indicam o início do processo, com pouca preocupação de divulgação ou de memória histórica. Mesmo a

primeira conferência, ao tratar de questões importantes, estas são pouco discutidas. Nesta época já existiam propostas de ações bastante estruturadas, os programas nacionais para controle das grandes endemias. Também ao tratar da “assistência”, ela não tinha a pretensão de assistir toda a população, mas somente os agravos considerados de Saúde Pública, ou indivíduos incapazes para o convívio social, como idosos e doentes mentais.

Assim, por um período muito longo, as CNS não foram identificadas como elemento estruturante dos serviços e ações de saúde.

A III CNS, realizada em 1963, teve como objetivos definir diretrizes para a organização sanitária do País, fundamentada nas recomendações do 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios do Plano Trienal de Desenvolvimento. Seus temas principais foram: situação sanitária da população brasileira (doenças transmissíveis, degenerativas, doenças mentais, cardiovasculares, cânceres, saneamento do meio e estrutura sanitária, distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, municipalização dos serviços de saúde, fixação de um plano nacional de saúde. (p.191)*

No **plano político**, esta Conferência demonstra a relação entre as condições de saúde e o desenvolvimento econômico da nação e que a distribuição de riquezas condiciona a situação sanitária da população brasileira, e esta estava distanciada dos

* As conferências são documentos produzidos por comissões designadas; assim, para evitar excessivas repetições nas citações, aponta-se apenas o número da página sem se referir à fonte, uma vez que será sempre Ministério da Saúde.

níveis considerados satisfatórios, como indicava as taxas elevadas de mortalidade geral e infantil. Para superar esta situação, o governo propõe impulsionar e modernizar a economia nacional, como meio efetivo, para a melhoria das condições de saúde da população brasileira e criar um Programa de Saúde Pública para o desenvolvimento econômico, distribuindo as atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.

Esta Conferência define diretrizes para o desenvolvimento das atividades médico-sanitárias no País, e estas deveriam refletir a seguinte filosofia: que a saúde da população é consequência do processo de desenvolvimento econômico nacional, os investimentos seriam prioritariamente aplicados em programas que privilegiassem as camadas da população que não podem pagar os serviços de assistência médica. Faz referência ainda que estas diretrizes seriam inviáveis se os investimentos privilegiassem uma **assistência tecnificada especializada e de alto custo**. (grifo nosso)

No **plano organizacional**, a municipalização dos serviços seria a estratégia para viabilizar a distribuição de serviços por todo território nacional para que as ações de saúde alcançassem toda a população. A municipalização foi apontada como medida para estruturar uma **rede básica** de serviços médico-sanitários necessárias para melhorar as condições sanitárias do País e reduzir os riscos de mortes prematuras.

O ministro da saúde, Wilson Fadul, reafirma as diretrizes políticas e avança na **dimensão organizacional**, quando salienta que há necessidade de aplicar “novos métodos na gestão dos assuntos de saúde”, no sentido de romper a inércia do sistema

e vencer toda uma muralha de interesses cristalizados, nutrindo-se de rotinas estratificadas e estéreis que urge modificar, com equilíbrio e bom senso”. Define como prioritário um programa que atinja o maior número de brasileiros, com **“adequação de tecnologias”**, integração da saúde ao plano geral de desenvolvimento, **formação de pessoal** e fortalecimento da indústria para “assegurar maior rendimento do instrumental médico-sanitário existente”.

Esta Conferência introduz o tema do planejamento para elaborar um Plano Nacional de Saúde e ordenar as ações médico-sanitárias do País, nos níveis federal, estadual e municipal, ajustando o aparelho assistencial às peculiaridades econômicas. O governo admitia que havia uma crescente demanda de serviços assistenciais, resultante da elevação da renda e do poder reivindicatório das massas. O planejamento seria o instrumento com o qual o Estado estabeleceria hierarquia e prioridades para atender as necessidades mesmo com escassez de recursos e corresponderia à política de desenvolvimento.

Assim, com a participação financeira do município, nas atividades locais de saúde, e o auxílio e cooperação dos Governos Federal e Estadual, o governo teria condição para efetivar a melhoria do estado sanitário, aproveitando integralmente os recursos humanos e materiais existentes. Esta infra-estrutura sanitária local daria continuidade aos programas de Saúde Pública.

A municipalização viabilizaria a implantação de uma rede local, e, assim, o governo demonstraria uma decisão em “superar o modelo campanhista” e o “enorme dispêndio de recursos que este representava sem atingir dois terços dos municípios, colocando-os em situação de marginalidade frente às modernas conquistas de

terapêutica,...] causando grandes sofrimentos inúteis e muitas mortes perfeitamente evitáveis”. Também representaria uma descentralização das decisões e de poder, estratégia fundamental no controle das doenças prevalentes, superando a fase campanhista e possibilitando um programa de erradicação. Somente uma estrutura local seria capaz de “manter a vigilância e a descoberta de qualquer caso novo”, e, pela sua extensão, havia necessidade de ser “organizada e controlada por um órgão central, rompendo assim a excessiva centralização existente”. (p. 194) Lançam-se aqui as bases de uma futura vigilância epidemiológica.

Para superar a falta de médico e de recursos em localidades distantes, esta rede local utilizaria pessoal auxiliar recrutado localmente, com nível educacional básico e treinado em atividade essencialmente prática para identificar os casos que deveriam ser encaminhados, garantindo o acesso a serviços de maior especialização, de acordo com os problemas existentes “e com a capacidade técnica, financeira e administrativa da coletividade considerada”. (p. 207)

Na **dimensão das práticas** de saúde, as ações seriam definidas pelas autoridades executivas, “boas conhecedoras das condições, das necessidades e das possibilidades de suas populações, pois estas têm condições para sentir o que melhor satisfará aos desejos e interesses das comunidades que legitimamente representam.” (p 206). Estas atividades deveriam contemplar: medidas primárias de saneamento do meio, controle dos cemitérios, fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos, imunização contra as doenças transmissíveis, prestação dos **primeiros socorros e assistência médica** e levantamento dos dados estatísticos. (p. 203)

A III CNS assume um posicionamento ético e político ao associar as condições de saúde ao desenvolvimento econômico e social do País, e a proposição de atingir toda a população com ações de saúde.

Retomando a distinção metodológica feita no capítulo anterior entre os termos idéia, noção e conceito, enquanto elaborações progressivamente complexas na formulação teórica, pode-se dizer que nesta Conferência introduz-se a idéia de **universalização** através da **extensão de cobertura**; com a utilização de **pessoal auxiliar** antecipa oficialmente a idéia de **hierarquização** entre as instituições e do agente comunitário de saúde, desenvolvendo **ações simplificadas** que serão retomadas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na década de 1990; embora tenha dado pouca ênfase às atividades a serem executadas, esta Conferência representa um marco no plano organizacional ao definir as atribuições do nível federal, estadual e municipal propondo uma organização sanitária para o País, introduzindo, assim, a **idéia de um sistema de saúde**. Também usa o planejamento como instrumento de modernização da gestão dos serviços e destaca a importância de um plano nacional como instrumento que propiciaria ao Ministério da Saúde (MS) definir seus objetivos, normas e ações, e também como instrumento para o entrosamento no contexto da programação local e admite que a falta de informações era um empecilho à implantação da programação. Com a municipalização, o governo pretendia implantar uma rede de atenção distribuída pelo País superando o modelo tecnológico do campanhismo e sua rede vertical permanente, oficialmente avançando na implantação do **modelo da integração médico-sanitária**, mas não incorpora a estrutura assistencial existente da previdência

social*.

O termo APS não é utilizado, mas várias idéias que compõem seu arcabouço teórico ficam inauguradas (p.187), começa a aparecer o termo “**rede básica**” no sentido de efetivar a instalação de uma rede [...] de serviços de Saúde Pública, a cargo do município, com o auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados,[esta rede seria a] defesa da vida do homem no Brasil”, pois é com esta terminologia que a APS adentra os serviços de Saúde pública na década de 1980. (p. 201)

Na **IV CNS**, realizada em 1967, o tema principal foi recursos humanos para a saúde, com a finalidade de “formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividade de saúde” (p 11). Esse tema foi desmembrado em sub-temas: profissional de saúde que o Brasil precisa; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidades do MS na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde (de nível médio e auxiliar); responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde; saneamento básico** ; planejamento da saúde e a importância da estatística.

As discussões foram subsidiadas pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) que presidiu um seminário internacional sobre políticas de recursos

* Estes conceitos serão visto com mais detalhe no eixo 1 deste período.

** A denominação saneamento básico, surge na década de 50 quando salienta “ao grande número de atividades que envolvem o saneamento e devido à escassez de recursos para atender à demanda foi cunhado o termo saneamento básico, no Brasil”. Ainda segundo o autor: “os recursos governamentais para enfrentar os problemas [...] eram muito restritos, e se tinha que estabelecer o que era básico para interferir no ambiente e obter os melhores resultados. (Costa e Silva, 1990 p. 10, apud Costa, 1994, p. 14)

humanos, debatendo: políticas e realizações da organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde nas Américas; educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde; atenção médica para populações dispersas e estudos de recursos humanos.

O seminário introduziu a concepção de que a melhoria da saúde é obtida pelo planejamento e formação adequada de RH, apontando que a formação está distanciada das necessidades de saúde e que seria papel do governo a ordenação da formação, pois “temos que admitir que em todos os países, seja qual for o grau de seu desenvolvimento, há desequilíbrio entre necessidades e recursos, entre aspirações e possibilidades, e que cabe ao governo determinar o que melhor atende às necessidades essenciais da maioria dos habitantes”.

Este seminário define a atuação da ONU nos países membros, especialmente nos menos desenvolvidos, para “ajudá-los a fortalecer os respectivos **serviços nacionais de saúde** e alcançar seus objetivos, sempre tendo em conta que não há o que não possa ser resolvido sem que se dê a devida atenção à educação e ao treinamento do pessoal e que os países terão a responsabilidade de enfrentá-lo”.

No **plano político** o seminário afasta-se das idéias defendidas na III CNS, isto é, a concepção de que as condições de saúde são determinadas pelo desenvolvimento sócio-econômico do País e passa a relacioná-las à qualidade dos recursos humanos e de sua formação. Abandonam-se as propostas de organização do sistema de saúde e a municipalização, e passa-se a priorizar a formação de pessoal de saúde. Aqui, vê-se a influência dos movimentos da reforma médica (medicina integral, preventiva), isto é, que a mudança das condições de saúde seria alcançada

pela reforma do ato médico; para isto, o hospital universitário deveria integrar-se à estrutura dos serviços públicos de saúde, possibilitando o ensino prático em serviços comunitários.

Assim, o investimento em recursos humanos é apontado como condição para melhorar o nível de saúde da população, e adota-se a tese de que “o homem é ao mesmo tempo recurso, instrumento e objeto de desenvolvimento social e econômico”. Associa o desenvolvimento à capacidade de o homem desempenhar adequadamente suas funções, desde que desfrute de boa saúde. Salienta que “o grau de desenvolvimento sócio-econômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente de pessoal para as atividades de saúde e pela maneira com que esse pessoal é utilizado em benefício da população e, especialmente, em relação ao nível e à qualidade de sua preparação e treinamento [...] na verdade, sua má ou precária utilização certamente há de influir negativamente no estabelecimento e expansão de serviços adequados, levando ao agravamento dos problemas de saúde, com sérias repercussões no desenvolvimento da nação”.

No **plano organizacional**, o planejamento em saúde é enfatizado como instrumento capaz de definir as necessidades e prioridades para investimento na formação de profissionais de saúde, propiciando melhor aproveitamento dos escassos recursos. Apresenta experiências desenvolvidas em outros países para atender “populações dispersas”, permitindo o acesso a **uma rede básica** de serviços distribuídos pelo país, capazes de oferecer “ciertos servicios mínimos bien definidos de atención médica” tanto curativa, como preventiva, através de uma “**medicina**

simplificada”. Esta rede básica, com a hierarquização dos serviços, estaria amparada por serviços de maior complexidade. (p. 44)

Mesmo propondo ações simplificadas, a ênfase estava na organização dos serviços, bem como no seu gerenciamento, ao referir-se que as atividades propostas deveriam integrar-se à estrutura da organização sanitária adaptar-se a normas de unidade de direção regionalizada, com integração de atividades, supervisão e avaliação constante e periódica de pessoal.

Na **dimensão das práticas de saúde**, a **medicina simplificada** realizaria ações de menor complexidade e limitadas ao tratamento de enfermidades mais freqüentes, facilmente reconhecíveis e realizadas por **auxiliar de saúde**, tem como também faria a integração médico-sanitária esperada entre a medicina preventiva e a curativa, oferecendo serviços mínimos e integrais. Sua viabilidade dependia do apoio das associações médicas e da conexão a um sistema organizado de referências, permitindo o acesso aos serviços médicos de maior complexidade. Este modelo assim estruturado garantiria “la **cobertura** de atención médica preventiva y curativa a las zonas rurales dispersas del país, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos de fácil aplicación por personal auxiliar devidamente adiestrado y supervisado”. Deve-se salientar que “ no se trata de un sistema independiente y separado de proporcionar cierto tipo de cuidados médicos a determinados grupos de población sino solo de um procedimiento de extensión apoyado firmemente en las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud”. (p. 50)

Os temas deste seminário deram embasamento teórico para as discussões temáticas da conferência, pois introduzem os principais marcos teóricos da medicina comunitária.

Assim, a IV CNS focou a questão dos recursos humanos para expansão da assistência, principalmente onde esta era precária. Não foi abordada diretamente a situação sanitária do País priorizando-se o **plano organizacional**, ao apontar a necessidade de integrar planejamento em saúde ao planejamento econômico, este como “instrumento de modernização da gestão pública e dos negócios públicos [...] e a reforma da mentalidade dominante, para que conceba o processo de desenvolvimento como um todo integrado”. (Marechal Artur da Costa e Silva, presidente da República)

Para viabilizar o planejamento e modernizar a administração pública seria necessário estruturar um sistema de informação para fazer frente à complexidade crescente dos problemas e à exigência, cada vez maior, de racionalidade em suas soluções. Para que o planejamento fosse adotado como instrumento do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde e da política de RH, seria fundamental garantir informações que permitiriam a organização, avaliação e projeção de dados essenciais e indispensáveis para determinar as relações atuais entre eles e as condições de saúde.

Nesta conferência, quanto à estrutura do sistema, apenas aponta para a **multiplicidade de serviços**, como um problema organizacional e administrativo, havendo necessidade da adequação destes recursos à realidade das condições de saúde e disponibilidades existentes. “Muitas vezes [...], o que se defronta é a

multiplicidade, onerosa e perturbadora, de órgãos da mesma ou semelhante finalidade, que se devem rever e reunir, numa só conjunção técnico-administrativa, no chamado Plano Integrado de Saúde”. Fica assim apenas implícita a noção de um sistema de saúde, sem, contudo, ainda ser esta noção trabalhada por completo (organização territorial, serviços necessários, fluxo de ações e ações definidas).

Nesta IV conferência, a reforma do ato médico foi tema de discussão. Aponta a necessidade de adequação da formação médica como condição para dotar o Brasil dos serviços necessários; salienta ainda o distanciamento existente entre a formação e as necessidades do País, o que exige ampla reformulação do currículo de formação profissional.

As inadequações da formação médica (ato médico) é reiteradamente apontada: o curso médico, como se ministra na grande maioria das escolas médicas brasileiras, está orientado no sentido da formação de profissionais destinados a curar e preservar a saúde. Carecem os currículos de revisão, tanto para a integração do ensino e seu enriquecimento em ciências básicas, notadamente a bioquímica, para que logre a formação de um tipo básico de profissional, sensível e informado em medicina curativa e preventiva.

Essas inadequações da formação são atribuídas também ao distanciamento do ensino da realidade de saúde, tornando-o obsoleto. Assim, seria necessário adaptar a educação universitária e de seus auxiliares às características da morbidade e da mortalidade, de modo que esse pessoal formado resolva, sobretudo, o que é freqüente e não o que é excepcional.

Deste modo, a formação dos profissionais seria condição para o desenvolvimento do País, mas, para isto, deveria estar vinculada à realidade; e “os recursos humanos, embora essenciais ao atendimento das necessidades de saúde de toda sociedade, de acordo com as características de sua cultura, não podem separar-se, tanto em sua formação quanto no exercício de suas responsabilidades do progresso geral de desenvolvimento”. (Leonel Miranda, ministro da Saúde)

A solução para os problemas da formação seria a integração da universidade ao esforço pelo desenvolvimento de uma política nacional de saúde, realizando pesquisas para o aprimoramento de métodos e técnicas de trabalho, o que possibilitaria, assim, reformular os currículos, compatibilizando-os com o mercado de trabalho. A criação de centros de desenvolvimento comunitário era apontada como estratégia para integrar as atividades assistenciais de ensino aos programas de ação governamental, em consonância com a realidade econômica do País.

Estes serviços comunitários possibilitariam à universidade realizar assistência médica e participar do planejamento, e assim “contribuir de modo indireto para o aprimoramento da política de saúde na sua área de influência”. O desenvolvimento de programas comunitários cuidadosamente planejados tinha como objetivo o ensino, pois o médico, “ao penetrar a complexidade do ambiente, compreender a ecologia, verá a clara importância das outras disciplinas que concorrem para a saúde individual e coletiva”. Assim, o ensino da medicina preventiva seria o instrumento para adequar a formação do médico, pois ao integrar as outras disciplinas possibilitaria sua atuação “nas ações diretas de prevenção e tratamento”. Tornava-se então imperativo “propiciar aos estudantes a oportunidade

de acompanhar serviços comunitários racionalmente organizados, condição essencial para sensibilizá-los quanto aos magnos problemas de saúde que afligem as nossas populações e para informá-los devidamente sobre como encaminhar a solução desses problemas em termos de coletividade”.

Para realizar estes objetivos, o hospital de ensino deveria integrar-se ao planejamento do sistema de saúde, passando a **integrar a rede regional de saúde** e desempenhando as seguintes funções: atenção a pacientes que exigem cuidados complexos e a primeira consulta de habitantes de zonas adjacentes “previamente demarcadas”; para isto, “ao prédio do hospital seria acoplado um centro de saúde que serviria à área integrada ao hospital pelo plano de regionalização dos serviços comunitários.”.(Dr. Edema Terra Blois, presidente da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública)

Também com o tema dos recursos humanos esta Conferência avança ainda que timidamente para a **dimensão das práticas de saúde** ou de seus processos de trabalho, ao propor a participação do hospital nas ações comunitárias desenvolvendo assistência médica. Introduce o tema da integração médico-sanitária e rompe com a dicotomia entre ações preventivas e curativas, ao definir que o hospital deveria integrar-se mais intimamente com a comunidade a que serve, não só por sua articulação com as unidades médico-sanitárias, como pelo acompanhamento domiciliar de seus egressos, investigação do meio sócio-econômico em que atua e desenvolvimento de práticas de medicina preventiva, inclusive as de imunização, de sorte a participar do plano de saúde, considerando esta como um campo uno, em qualquer nível administrativo em que seja considerada.

No entanto, afora este nível bem geral de formulação, essa Conferência não adentra ao conteúdo das práticas de saúde e assim como a III CNS reforça a idéia de uma rede básica de serviços permanente desenvolvendo **ações integrais** de saúde. Introduz a idéia da atenção individual como atividade para o Estado, mas fica impreciso se a assistência médica seria assumida como sua atribuição.

Com o tema dos recursos humanos, a dimensão organizacional avança para o interior das práticas de saúde; assim, as discussões versaram sobre **o pessoal de saúde necessário para organizar os serviços, tais como:** peritos em saneamento, engenheiros sanitaristas, enfermeiros, auxiliar de saúde, visitadoras sanitárias e técnicos para serviços diretos de saúde, **e sua formação. Quanto à formação** dá-se ênfase ao treinamento do pessoal auxiliar para exercer uma série de tarefas médicas, delegadas particularmente em áreas mais carentes de serviços de saúde. A utilização de pessoal auxiliar é apontada para resolver a escassez de médicos, um problema para a maioria dos países em desenvolvimento, como na III CNS.

Assim, as propostas de ação desta Conferência teriam como objetivo atender à população da periferia com ações simplificadas, pois dadas as condições nosológicas típicas do subdesenvolvimento, as questões assistenciais e preventivas deviam ser conjuntamente atendidas, em caráter elementar, assim caracterizadas por uma atuação mais em extensão do que em profundidade, pois as poucas questões carentes de cuidados técnicos não justificam econômica e administrativamente a implantação de serviços mais aprimorados, uma vez que a necessidade deste recurso de maior complexidade seria resolvida por transferência para “órgão de maior importância situado no interior do sistema”.

Assim, concebe a idéia de sistema hierarquizado com postos (unidades menores, fixas ou móveis), desenvolvendo ações por auxiliares supervisionados e fiscalizados por médicos clínicos localizados em “unidades de maior porte”, que executam uma tecnologia simplificada, com isso, tangencia as práticas de saúde, sem, contudo, definí-las melhor em termos de suas ações.

Essas unidades de maior porte seriam “centros médicos sanitários” que desenvolveriam atividades de assistência médica e cirúrgica, “sem assumir plena potência”, pois visa-se principalmente ao tratamento profilático e à descentralização dos atendimentos para evitar a sobrecarga das internações hospitalares e oferecer um atrativo para o público. Nestas unidades, as ações seriam realizadas por médicos policlínicos, com suficientes conhecimentos básicos quanto as clínicas médicas, cirúrgicas, pediátricas, obstetras e dermatológicas, assim como sobre fundamentos de Saúde Pública, mas sem se afastarem, porém, da atuação extensiva simultaneamente curativa e preventiva. Estes serviços seriam tecnicamente orientados e supervisionados por órgãos centrais especializados e normativos que os une, numa só organização e comando, para melhor aproveitamento de pessoal, instalações e equipamentos, na melhor harmonia funcional e em maiores facilidades para o público.

Assim, as propostas de extensão das ações de saúde para atender às populações não inseridas no sistema previdenciário (população rural e periferia urbana) são encaminhadas com a oferta de ações simplificadas.

Os **temas da V CNS**, realizada em 1975, foram: organização do Sistema de Saúde, programa materno-infantil, vigilância epidemiológica, programa de controle

das grandes endemias e extensão de serviços às populações rurais.

A organização do Sistema de Saúde foi o tema principal. Sua abordagem não teve a pretensão de criar novas estruturas, mas organizar as instituições de saúde existentes na forma de um sistema, introduzindo, assim, a noção de sistema, como explicita esta afirmação: “a pretensão de obter determinados resultados na realidade setorial de saúde não resultará na criação de algo novo, porém, somente será obtida por modificações no que se está observando, através de um esforço conjunto por mudanças, dentro do existente”. Para viabilizar esta proposição, o MS divulga a Lei 6229/1975, definindo as instituições de saúde e sua função no sistema. Caberia ao MS integrar e definir normas para funcionamento das instituições que compõem o sistema. Assim, com a Lei 6229 fica instituído o Sistema Nacional de Saúde, adaptado às diretrizes da III Reunião dos Ministros de Saúde das Américas e do Plano Decenal de Saúde para as Américas. Esses documentos definiram os programas e metas prioritárias e deram origem ao II Plano Decenal de Desenvolvimento (PDD) (1975-1979).

Nessa lei, a assistência médica passa a ser uma questão de Saúde Pública e o MS assume a responsabilidade pelo seu ordenamento, demonstrando oficialmente a intenção de universalizá-la. O governo reconhece que esta era uma decisão ambiciosa, uma vez que expressava também a intenção de **universalizar** a assistência médico-hospitalar, independente da vinculação contributiva, pois era uma meta bastante ousada, uma vez que o próprio governo reconhecia que ao alcançá-la transformaria o quadro médico-assistencial do País. Além da **universalização** da assistência, o governo demonstrava a clara intenção de garantir ampla cobertura, mas

não define os procedimentos necessários para tal, por vezes aceitando que as ações simplificadas seriam o caminho. Não usa a expressão tecnologias simplificadas, mas refere que somente quando se atinge cobertura de serviços deve-se aplicar recursos em outros serviços.

Do ponto de vista organizacional, a constituição do SNS não representou substancial mudança nas funções de cada instituição, ao contrário, a Lei 6229 teve como seu maior objetivo definir as atribuições de cada órgão de governo para evitar paralelismo nas ações. Definiu as estruturas funcionais do sistema, com seus deveres e responsabilidades “[guardando] as suas linhas de ação harmônica para evitar duplicações e interferências, reduzindo ao mínimo as deficiências, sem compartimentos isolados ou estanques”, mantendo assim o quadro vigente e reafirmando o papel do Ministério da Previdência Social (MPS) como responsável pela assistência médica. (p.175)

Mas, do ponto político, pela primeira vez em um documento oficial, o governo definiu os dois campos institucionais prioritários, o MS, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), com atuação voltada para o atendimento médico-assistencial individualizado. Fica, assim, institucionalizada a dicotomia preventivo-curativa, embora tenha avançado na proposição da universalização da assistência com ampla cobertura.

A Lei 6229 define uma posição centralizadora do governo justificada pela necessidade de melhorar a integração setorial e gerencial, evitando a atuação

institucional compartimentada das diversas instituições de saúde, possibilitando aos órgãos centrais fixar diretrizes, normas, prioridades, definir de níveis de apoio e de incentivos técnicos e financeiros aos órgãos estaduais e locais, bem como contribuindo para a formação de recursos humanos. A integração do sistema, cujos contornos são explicitados nesta conferência, seria caminho para facilitar e estimular a tomada de decisões.

Esta iniciativa tinha como objetivo garantir a cobertura pretendida, respondendo a “necessidades crescentes de serviços médico-assistenciais de melhor qualidade com aumento do número de pessoas a atender, [e] organizar serviços que atendam aos problemas de saúde dos grupos economicamente ativos da população”.

Nesta Conferência o governo manifesta a intenção de manter os programas de saúde viabilizados através por um sistema de saúde. Ter um sistema seria, então, condição para seu desenvolvimento, mas a Conferência não define a inserção desses programas na estrutura do sistema. Assim, esta Conferência ficou no plano das políticas e no plano organizacional enquanto as práticas ficam para os programas, mas ainda discutidos no plano das políticas.

No plano mais operacional, aponta-se a necessidade um sistema de informações, condição para que o MS exerça suas funções. Assim, um fluxo de ações era condição para o fortalecimento dos níveis centrais, com informações compatíveis (estatísticas vitais, epidemiológicas, operacionais e de custos), viabilizando a retroalimentação indispensável ao **“funcionamento harmônico do Sistema”**. (grifo nosso”

Quanto à participação do setor privado, propõe que este seja progressivamente integrado ao sistema, em contrapartida aos benefícios técnicos e financeiros que recebe do poder público. Essa integração deveria ser realizada em termos de observância de normas e diretrizes, assim como no fortalecimento de informações, de tal forma que todas as atividades de saúde fossem progressivamente integradas ao Sistema Nacional de Saúde.

Em relação à política de recursos humanos mantém as orientações da IV CNS quanto à atribuição do MS pelo seu ordenamento da política de RH e ao papel que o hospital de ensino deve ocupar. O Ministério da Educação demonstra interesse em adequar a formação do pessoal de saúde aos reais problemas e necessidades da população, promover experiências de desenvolvimento curricular e de novas metodologias de ensino e incentivando a criação de cursos em áreas não tradicionais. Ressalta ainda que o MS deveria ocupar-se de todas as áreas da saúde, não restringindo a atuação a áreas profissionais habitualmente tidas como mais relevantes, mas visualizar todo o espectro de ocupações, tradicionais ou não, de interesse para a preservação e manutenção da saúde da população. Identifica-se, pois, a idéia de uma atuação em **equipes multiprofissionais**.

Aqui também faz-se um apelo para integração das instituições de ensino com as instituições prestadoras de serviços para desenvolvimento do ensino prático. Para os participantes da Conferência o ensino, para ser adequado, não poderia exclusivamente dar-se dentro dos hospitais universitários, como também não deve ser feito apenas nos estabelecimentos hospitalares da comunidade. O hospital universitário deveria estar integrado ao sistema assistencial da comunidade e ocupar

o nível regional ou micro-regional, com um hospital de base, aproveitando melhor os recursos humanos e materiais de que dispõem. Os outros hospitais gerais e especializados também deveriam compor uma rede regional ou micro-regional deveriam e estar disponíveis para utilização para fins de ensino, desde que fossem assegurados procedimentos adequados de supervisão docente das atividades dos alunos. Dada essa integração hospital-ensino, o hospital universitário deveria receber do sistema de saúde adequada retribuição pelos serviços.

O tema da participação comunitária começa a se fazer presente, definindo a comunicação serviço/usuário. “A participação crescente das forças comunitárias seria um alvo a ser atingido, procurando não só maior rendimento das ações de saúde, mas propiciando também estímulo ao desenvolvimento da comunidade.” (Paulo da Almeida Machado, ministro da Saúde). Para obtê-la, seria imprescindível identificar as legítimas lideranças locais; utilizar meios de comunicação coletivo e aproveitar os programas comunitários existentes. Os programas que visem a organização e o desenvolvimentos da comunidade deveriam ser institucionalizado, desde que fossem respeitados os preceitos de natureza sócio-cultural e comunitário.

Embora a participação comunitária emergja aqui, essa temática futuramente divide-se em dois caminhos: o primeiro deles, na própria APS, que teria, portanto nesse momento sua raiz histórica, e, depois, mais trabalhada, através da problemática do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com sua representatividade na comunidade; o segundo caminho é a participação política em colegiados, temática que se afasta da atenção primária e dirige-se para todo sistema.

Esta conferência, pela primeira vez, introduz a programação em saúde em

seu temário através da **abordagem do programa materno-infantil**. Nota-se também a preocupação em recuperar as leis e decretos que dispõem sobre a execução de medidas de proteção materno-infantil, além de definir que este tema está em consonância com as relações internacionais, pois define que se deve prosseguir buscando os objetivos e metas recomendadas na Reunião de Punta Del Este, em 1961, e reiterados na III reunião Especial de Ministros da Saúde, em 1972, ambos endossados pelo governo do Brasil.

Ao abordar o programa, a **dimensão política** fica implícita quando define a atribuição do poder público promover a saúde materno-infantil, pois os dados conhecidos sobre mortalidade materna, apesar de insuficientes, indicam que este segmento não dispunha de condições de atendimento adequado durante a gestação, o parto e o puerpério, ficando os pacientes expostos a riscos de complicações e morte.

Na apresentação do tema, os discursos avançam principalmente nos aspectos organizacionais, definindo: fluxo de informações, atribuições de cada nível do sistema, composição da equipe de saúde (médicos, equipe de enfermagem, odontólogo auxiliar de consultório dentário e visitador), uma matriz para cálculos dos recursos financeiros necessários. Vê-se aqui, que a discussão dos programas avança para o campo das práticas, mas não se menciona onde estas se realizariam.

As informações tornam-se, assim, um instrumento fundamental para viabilizar a programação, havendo necessidade de sistematizar a coleta, o processamento e a análise de dados, tendo em vista a avaliação e o controle dos diversos níveis de atuação, para julgamento de sua eficácia e eficiência e definir as reformulações necessárias, além de instrumentos gerenciais para estabelecer um

processo dinâmico de informação-decisão e controle entre o nível central normativo e os diversos níveis locais ou operacionais e técnico-administrativos. Este sistema de informação seria também instrumento de **avaliação do programa** e deveria ser feito de forma contínua, qualitativa e quantitativamente a fim de obter o diagnóstico de saúde, definindo também cumprimento das metas, estabelecendo normas de rendimento e concentração, e o impacto do programa na comunidade.

Ainda no aspecto gerencial, o sistema de informação seria um instrumento para **supervisão** e para estabelecer a relação Gerente/Equipe, pois este apresentava uma planilha de avaliação, que definia os indicadores, as metas a serem observadas, e quando não alcançadas, as causas das discrepâncias.

O modelo de programação proposto por esta Conferência define e descreve as ações prioritárias para os subprogramas de assistência materna, parto, puerpério, tratamento precoce das doenças ginecológicas, incluindo as doenças venéreas, e o câncer de colo e de mama. Também aponta a necessidade de avançar na **intersetorialidade**, ao citar por exemplo o programa de atenção ao adolescente, pois referia que “o atendimento integral a esse grupo etário através de rede de instituições deve programar as atividades não só de caráter médico-sanitário, mas também social, com ênfase na educação em saúde, pesquisa, avaliação, estratégia de capacitação de RH e indicadores de avaliação”. Assim, define as atividades dentro de cada subprograma e composição destas atividades, o elemento nuclear (profissional) e o instrumento de trabalho a ser utilizado”. (p.49 e 134).

Quanto às necessidades de saúde, estas ficam definidas no **diagnóstico de saúde**, o qual deveria ser abrangente, incluindo aspectos bio-psico-sociais, de forma

a subsidiar as ações que seriam realizadas. Ao associar diagnóstico e ações integrais define os saberes que seriam utilizadas no programa, a clínica e epidemiologia.

Pode-se dizer que nesta Conferência há a pretensão de elaborar proposições tanto em nível da política como em nível organizacional e práticas de saúde, chegando este documento a ser o mais completo na dimensão dos três planos de abordagem. A programação aparece como questão de processo de trabalho, e assim como os programas verticais, com seus protocolos tradicionais, aparece como uma proposta do que fazer para organizar a assistência materno-infantil, definindo as ações que seriam realizadas para assistir este grupo populacional.

Com o tema **extensão das ações de saúde às populações rurais**, esta Conferência avança na dimensão política. O governo demonstra a intenção de estender a assistência e dar cobertura às populações rurais, ao explicitar que a atual conjuntura de saúde rural indica claramente que sem uma transformação substancial nas atitudes e estruturas tradicionais não seria possível prover as populações do interior de serviços integrados de saúde que superassem os atuais em extensão, cobertura, utilização e efetividade. Reconhece o grau de necessidades que esta população apresenta e o interesse do governo em melhorar a qualidade de vida da população rural, em consonância com o acelerado processo de desenvolvimento do País. Refere ainda que a situação da população rural caracterizava-se por: dependência, baixa renda, reduzida produtividade, deficientes condições de saúde e educação, elevando a mortalidade geral e específica e o acesso muito limitado aos bens e serviços provocavam o êxito rural e manutenção do “**ciclo da pobreza-doença-pobreza**”. (grifo nosso)

A inclusão desta população no programa tem como objetivo incorporá-la ao desenvolvimento social, mas o faz atribuindo ao serviço de saúde. Desta forma, o programa visava reduzir os problemas sociais e seus efeitos e procurava criar condições que facilitassem incorporar à economia de mercado, grande parcela da população brasileira, além de promover condições para fixar esta população no campo, pois o êxodo rural as empobrecia.

Na **dimensão organizacional**, estas proposições foram concretizadas no Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), uma programa destinado a prestar assistência médico-sanitária às populações rurais, mobilizando atores e instituições dos diferentes níveis de governo para integrar as ações, de acordo com as diretrizes do MS. Há uma preocupação em manter uma orientação normativa para garantir a uniformidade do programa, adaptada às condições sócio-econômicas de cada região, numa estrutura regionalizada e integrando todas as unidades federais, estaduais e municipais, funcionando em um só sistema e sob um só comando, de acordo com padrões, normas e instruções, previamente estabelecidos.

Para o bom funcionamento do programa, o MS define questões gerenciais para os níveis operacionais, pois deveria disponibilizar manual de normas e instruções unificadas, de modo que as ações, apesar do grau de complexidade de cada unidade, caminhassem na direção dos objetivos fixados pelo órgão central. Este manual definia o que fazer e instruções de como fazer, além de disponibilizar todos os formulários para uso no serviço, incluindo estatísticas vitais. Assim, este manual constituía-se em fator de eficiência de coordenação, supervisão e avaliação da programação de todo o sistema, ao uniformizar as condutas e dotar o sistema de

informações abrangentes.

Assim, na **dimensão organizacional**, é proposta uma estrutura geral para o sistema, chegando-se a uma micro-estrutura dos serviços de saúde, pois introduz a **concepção de sistema**. Nesta, os serviços formam uma estrutura em que a extensão de serviços é realizada através de uma organização básica, **hierarquizada** sob a forma de sistema, capaz de expandir atividades de saúde e de saneamento integrais em benefício de pequenas comunidades desprovidas de recursos sanitários. Deste modo, e a melhor atenção aos problemas de saúde das áreas rurais seria proporcionada por essa regionalização de serviços, que implica a interação entre centros urbanos e comunidades rurais, e a integração e coordenação de todos os recursos de saúde existentes.

Com isto, o PIASS prevê a implantação e a operação de uma rede de pequenas unidades periféricas que executam **ações básicas de saúde**, preventivas e curativas. O funcionamento eficiente dessas unidades mais simples é assegurado por outras mais diferenciadas, que, além de complementares às suas atividades, proporcionam orientação e supervisão de todas as ações (hierarquização). O programa introduz, deste modo, a idéia de unidade básica do tipo centro de saúde ou polivalente em contraposição às unidades monovalentes do campanhismo.

Quanto à capacidade de obter resultados, com a estrutura social existente, a proposta do PIASS abria novas perspectivas, oferecendo a possibilidade da prestação de serviços de saúde de forma integral e integrada, em função da concentração e densidade da população.

A composição das equipes de saúde é definida pelo tamanho das populações assistidas com participação de pessoal da localidade. Utilizaria pessoal auxiliar, em caráter permanente, uma visitadora e um auxiliar de conservação e saneamento nas localidades com menos de 2500 habitantes.

Este pessoal seria recrutado na própria área, uma vez que “a seleção dos recursos humanos (pessoal auxiliar), no próprio local, é um fator importante para a implantação e continuidade do empreendimento, além de contribuir para a fixação do rurícola ao seu meio e para atenuar o problema das migrações internas”, o qual “convenientemente preparado, executa todas as ações de saúde compatíveis com sua formação e supervisionado por médico e outros profissionais localizados nas Unidades de Apoio”. (p. 238 e 239) Assim, um plano regular de supervisão e avaliação garante “a correção dos defeitos funcionais, permite conhecer atitudes, retreinar e estimular o pessoal auxiliar no desempenho de suas responsabilidades”.

Para garantir a integração e unicidade do programa, propõe que o sistema seja “coordenado por equipes técnicas e multiprofissionais, a partir de dois níveis: o central ou nacional e o regional ou intermediário. A supervisão, imprescindível por envolver inclusive atividades delegadas, é realizada com regularidade, conforme estabelecido em programação específica, e têm presentes, continuamente, os valores a serem alcançados a curto e médio prazos.” (p. 238 e 238)

Além da supervisão, as equipes que atuam nas estruturas regionais têm a função de capacitar o pessoal das unidades menores o mais próximo possível do local onde o auxiliar atua. Esta capacitação deve levar em consideração as características sócio-culturais e os diagnósticos de saúde regional nos objetivos do ensino e nos

planos de estudo, e dar ênfase às ações de **promoção** e de prevenção da saúde. O material didático, cuidadosamente preparado, é distribuído aos participantes, e o aproveitamento é medido pelos meios habituais de avaliação.

As atribuições do pessoal auxiliar ficam assim definidas: apoio ao médico, representado pela triagem e convocação de pacientes para as consultas periódicas; aplicação de vacinas; administração de medicamentos que obedecem a esquemas padronizados; tratamentos prescritos; curativos; assistência a partos normais; visitas domiciliares de rotina; remoção para a unidade de apoio de enfermos e parturientes que exigem atendimento de emergência; e coleta e registro de dados bioestatísticos. Quanto às ações de saneamento: identificar as melhorias a serem introduzidas nos domicílios; orientar a sua construção e dela participar; demonstrar sua utilidade e ensinar como conservá-las. No domicílio deveria também complementar as medidas iniciadas na unidade, quanto ao atendimento de casos de doenças de origem hídrica e outras condicionadas pelo meio ambiente, informar à comunidade sobre os trabalhos executados, predispondo-a de maneira favorável para as ações subseqüentes.

As ações de saúde seriam oferecidas após o diagnóstico de necessidades (diagnóstico epidemiológico da situação destas populações). Nota-se, nesta conferência, uma preocupação em fazer diagnósticos epidemiológicos das condições de saúde das populações, definindo assim um sistema de informação e as ações correspondentes.

Na **dimensão das práticas**, além dos conteúdos acima mencionados e que estão interligados aos aspectos organizacionais, o PIASS ainda refere que há

capacidade de estas unidades superarem o modelo campanhista e vertical permanente e obter resultados semelhantes aos obtidos pelas unidades monovalentes dos grandes centros no controle de doenças, tais como tuberculose e as imunopreveníveis. Embora estas unidades periféricas sejam desprovidas de laboratório e de médicos em caráter permanente cumprem satisfatoriamente as metas estabelecidas comparáveis com as alcançadas pelas unidades especializadas (monovalentes dos grandes centros urbanos do País). Aqui, mais uma vez, a concepção de serviços monovalentes fica rechaçada. Estas unidades realizariam o saneamento, a educação, a habitação, a nutrição e as comunicações, pois são fatores que exerceriam considerável influência na melhoria da qualidade de vida.

Assim, as ações de saúde estendidas às populações rurais não diferiam substancialmente das prestadas nos centros urbanos, quer as institucionalizadas ou as domiciliares, pois estas ações deveriam atender efetivamente às necessidades e aos problemas prioritários.

Eram consideradas essenciais as seguintes atividades: saúde materno-infantil; assistência médico-sanitária ao adolescente e ao adulto; controle das doenças transmissíveis, como tuberculose, lepra, evitáveis por imunização; odontologia sanitária; alimentação e nutrição; enfermagem; saneamento; educação em saúde; coleta e registro de estatísticas de saúde, e as ações de saneamento.

Nesta conferência, o tema da **vigilância epidemiológica (VE)** foi abordado na dimensão organizacional, como estratégia para superar a fase campanhista, propondo a vigilância das doenças transmissíveis, com ações permanentes necessárias para a fase de consolidação, manutenção e controle dessas doenças.

Define, assim, as funções da VE e as funções de cada nível de governo, além das estratégias de atuação e dos procedimentos para informação e decisão. Esta iniciativa demonstra a decisão de integrar as ações, mas ao tratar o tema de controle das grandes endemias, como tema separado, demonstra que há dificuldade em conceber a organização do sistema como uma estrutura única, delegando, assim, o controle das grandes endemias a uma outra estrutura, a SUCAM*, para cuidar de agravos específicos (malária, doença de chagas, esquistossomose, peste e a febre amarela).

A VI CNS realizou-se em 1977 e seus temas foram: situação atual do controle das grandes endemias/operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde/interiorização dos serviços de saúde/Política Nacional de Saúde; Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN); Previdência Social e a nova instituição de assistência médica, o INAMPS, separando-se da Previdência Social.

Nesta conferência, o governo assume publicamente a crise da Previdência. Assim, a **dimensão política** ganha destaque, pois atribui a crise à extensão da assistência médica para toda população e seu custo. O ministro da Previdência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, propõe a criação do INAMPS e um

* A SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), criada pelo decreto nº. 66623 de 22/05/1970, foi resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária. Coube à SUCAM as atividades de execução direta de ações de erradicação e controle de endemias.

(<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/linha.htm>; acessado em outubro, 2006)

sistema de cobrança pelo serviço prestado de acordo com a renda do assistido, e o planejamento da oferta de ações, como recurso para viabilizar os serviços de saúde para toda a população do País. Esta nova entidade a ser criada não atuaria somente na compra de serviços médicos, mas teria de interferir na produção, planejando a oferta em função da distribuição da população e de suas necessidades.

Desta forma, o ministro propõe o planejamento, a regionalização, a hierarquização, a coordenação, a integração programática, o desenvolvimento de tecnologias apropriadas, além de deixar claro que a alternativa para a crise da assistência médica seria a captação de recursos, sem interferir nos problemas que levaram à crise, além de manter a dicotomia preventivo/curativo.

Nesta conferência, o Estado passa a reconhecer a saúde como direito e que a saúde da população é um bem de interesse público e deveria ser tutelado pelo Estado. Define ainda que é função do Estado zelar pela saúde da população, cabendo ao poder executivo as seguintes atribuições: definição da Política Geral de Saúde, normatização, planificação e coordenação geral de todas as atividades nacionais, estaduais e particulares relativas à saúde, assim como a execução que lhe compete conforme a Lei 6229.

No **plano organizacional**, esta Conferência dá uma continuidade à V CNS. Ao tratar do tema do Sistema Nacional de Saúde o define como uma formulação complexa e sobre três dimensões: nível técnico-político, nível técnico-administrativo e nível técnico-operacional, e destaca que o processo político no âmbito da saúde deve buscar um equilíbrio na satisfação das demandas do corpo social, e, ao mesmo tempo, o equacionamento dos problemas identificados à luz de necessidades não

sentidas (demanda técnica) pela população. Define demanda como o conjunto de indivíduos que buscam as instituições prestadoras de serviços de saúde, aliada a pressões relacionadas a tal busca exercida sobre o sistema de saúde, por parte de todo corpo social”. E explicita que o conteúdo da política envolve caracterizações conceituais: “definição de fundamentos para a operação do sistema de produção de serviços, atribuições dos diversos níveis do governo e do setor privado, diretrizes genéricas para a atuação do sistema em área específica, delineamento dos mecanismos de administração do sistema, financiamento das atividades e articulação intersetorial” (p. 162), mas não aborda a dimensão das práticas.

Assim, os temas abordados tiveram como função definir normas e regulamentos para viabilizar as condições operacionais para as instituições que compõem o SNS, fica notório a preocupação dos governos em disciplinar através de normas jurídicas próprias, com embasamento e conhecimentos científicos atuais, as ações de saúde, tal como orientava o Plano Decenal de Saúde das Américas:

Para avançar em tal proposição, o governo emite no período uma série de decretos regulamentadores e disciplinadores do sistema, referentes às ações de vigilância sanitária e epidemiológica, sobre o exercício das profissões e ações voltadas para a saúde materno-infantil, alimentação, combate às grandes endemias, adequação da rede de laboratórios de Saúde Pública.

No campo da atenção à saúde, o PIASS promove a expansão dos serviços, pois se coloca como alternativa ao modelo vigente da Previdência Social, tidos como sofisticados, custosos e voltados principalmente à resolução de quadros mórbidos graves e raros, quando confrontados com as enfermidades de maior expressão social.

Nota-se a grande preocupação em regulamentar e “disciplinar” a parte de assistência médica individual, já que o PIASS não oferece de imediato um modelo para tal. Este fica restrito às áreas rurais e de periferia dos grandes centros. Assim, o PIASS estaria direcionado para atender prioritariamente às necessidades básicas e para propiciar expansão de cobertura como instrumento de mudança nas referidas situações.

Esta Conferência deixa claro que o PIASS era uma programa de interiorização de uma rede básica de serviços de saúde e saneamento e não um programa de interiorização de médicos, nem poderia ser confundido com programa de interiorização da medicina ou programa de medicina simplificada.

Já no plano das cidades, a proposta organizacional do PIASS definia diretrizes para uma proposição metodológica de trabalho que desse conta da implantação de uma estrutura permanente de Saúde Pública, para a população que necessita de serviços básicos de saúde e saneamento. Seu objetivo era criar uma infra-estrutura de Saúde Pública, e, no “**plano teórico**”, desenvolver uma nova mentalidade técnico-operacional de prestação de serviços de saúde às populações. Não se propõe a disseminar agências de saúdes simplificadas nas áreas rurais, mas uma ampla rede de unidades de Saúde Pública, estruturada dentro de um complexo: posto de saúde e centro de saúde (ou unidade mista) que corresponde a um módulo básico do Sistema Nacional de Saúde. Estes módulos seriam territorializados e integradas por complexidade crescente. O plano também incluía aspectos gerenciais como avaliação e supervisão. Assim, a princípio o PIASS seria o modelo referente ao nível básico de todo o sistema em elaboração.

Para viabilizar esta proposição, define que as unidades seriam de três tipos: **posto de saúde** ou unidade estritamente integrada a uma comunidade rural ou suburbana; **centro de saúde** ou nível intermediário, mais complexo com presença de médico e aparelhado para programar e supervisionar as atividades dos postos de saúde; e **unidade mista** ou unidade de terceiro nível que se constituía de um centro de saúde, acoplado a um hospital com pequeno número de leitos para internação nas quatro clínicas básicas (pediatria, clínica médica, cirurgia e gineco-obstetrícia). Os centros de saúde, além das atividades desenvolvidas pelos postos, desenvolveriam ações de vigilância sanitária, avaliação dos níveis de saúde da comunidade, atendimento das endemias prevalentes e do grupo materno-infantil. Encaminharia, quando necessário, à rede médico-hospitalar os agravos que exigissem atenção de maior complexidade tecnológica.

Propõe assim que esta rede médico-hospitalar desenvolvesse ações básicas e ações especializadas, devendo atuar segundo princípio de medicina preventiva, com ações de promoção de saúde, proteção específica, diagnóstico precoce, tratamento imediato, limitação da incapacidade temporária e readaptação face à incapacidade definitiva.

Quanto à **dimensão das práticas**, estas unidades desenvolveriam ações individuais e coletivas nas seguintes áreas programáticas: meio ambiente (saneamento básico); ecologia humana; saúde ocupacional; vigilância sanitária dos alimentos e bebidas e de portos e fronteiras; e prestação de serviços médicos a pessoas. A assistência às necessidades individuais deveria envolver assistência médica integral (preventiva, curativa e de reabilitação). Caberia aos postos e centros

de saúde a assistência médico-sanitária com ações que visassem primordialmente a atender às **necessidades não sentidas**, identificadas a partir do conhecimento dos níveis de saúde das comunidades, e operar segundo medidas de alcance coletivo, executar ações para elevar os níveis de saúde com ampla cobertura. O acesso deveria ser prioridade para as comunidades de baixa renda, na zona rural em geral, nas regiões pioneiras e nas periferias dos grandes centros. (p.175)

Estas ações corresponderiam a: saneamento básico do meio, vigilância epidemiológica, imunização e busca de portadores e comunicantes de certas doenças infectocontagiosas, seu instrumental seria basicamente a visita domiciliar, atingindo o domicílio, a escola, incluindo o saneamento básico do meio. A presença do médico visaria atender os casos selecionados pelo pessoal permanente e para supervisão. Este tipo de unidade não poderia sobreviver isoladamente e somente subsistirá eficazmente se vinculada à unidade mais complexa, aparelhada para programação e supervisão e as atividades curativas executadas a este nível serão previamente delimitadas, envolvendo decisão programada, não devendo absorver senão uma pequena proporção do tempo do agente local” (p. 176)

Assim, a rede de assistência médico-hospitalar desenvolve serviços disponíveis ao “atendimento de uma demanda que se busca reger, ao passo que a da rede de assistência médico-sanitária desenvolve, através principalmente da motivação comunitária e atividades extra-murais, um estímulo ativo a uma demanda que se busca captar e estimular”. (p.175)

Deste modo, a VI CNS parece definir ao final do período histórico estudado um sistema de saúde com todas as potencialidades delimitadas.

3.1.2. O Período pelas Fontes Secundárias

As fontes secundárias de interesse para a questão do presente trabalho representam textos acadêmicos e críticos, escritos nos fins dos 1970 e início dos 1990. Neste sentido, ajudam em uma recuperação histórica, mas já vêm marcados pelas questões vigentes desde a década de 1980. Por isso, faz-se a seguir breve referência a essas questões, que também vão nortear o exame dos antecedentes históricos da APS.

Constroem-se, então, dois eixos de percursos de exame destas fontes:

Eixo 1 – A extensão de cobertura da assistência à saúde, e a origem de um sistema de saúde com a constituição de uma rede de atenção básica;

Eixo 2 – Os antecedentes de uma reforma de modelo tecnológico através da integração médico-sanitária e das reformas da educação médica (dos atos médicos)

Sobre este último eixo, deve-se deixar bem claro que o período em exame sequer se aproxima da questão de modelo de assistência da perspectiva de suas práticas técnicas, ou modelo tecno-assistencial, conforme Merhy (1992, p.29) ou modelo tecnológico, conforme Mendes-Gonçalves (1994), ainda que faça crítica às especialidades e à separação prevenção-cura. Assim, historicamente, o período prepara um sistema de saúde, mais do ponto de vista das instituições que irão participar e não de seu modelo assistencial. Constitui-se, portanto, o período da superação do campanhismo, enquanto projeto técnico principal e mais geral de

intervenção em saúde.* Assim, no período não houve maior detalhamento e definição das ações técnicas.

Nesse sentido prefere-se a nomeação de modelo tecnológico, pois, explicita a questão: quais processo técnicos estarão locados na produção dos trabalhos de assistência.

3.1.2.1. Eixo 1 - A extensão de cobertura da assistência à saúde e a origem de um sistema de saúde com a constituição de uma rede de atenção básica

A rede básica ou rede de unidades básicas, tal como foi denominada na década de 1970, é uma rede de serviços ambulatoriais, localizada próxima à população assistida, desenvolvendo ações denominadas de “atenção básica”. Estas ações estão ligadas à idéia de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de assistência médica como componente das ações de prevenção ou ainda para assistir agravos que não necessitam de aporte tecnológico complexo. Atenção básica é a terminologia mais usual, no caso brasileiro, para denominar as ações que se aproximam da noção de atenção primária.

* Neste período, Mendes-Gonçalves (1994) identifica três modelos tecnológicos na Saúde Pública: campanhista, médico-sanitário e programação em saúde. Já Mendes (1993) identifica o campanhista e o assistencial privatista, este último referindo-se à assistência médica realizada pela Previdência social.

As unidades que constituem a rede de atenção básica tiveram diferentes terminologias de acordo com o período histórico que representam, sendo que centro de saúde (CS) foi o termo mais comum, pois a APS encontrou no centro de saúde, ou centros comunitários de saúde, os serviços em que esta modalidade de atenção se instala até os dias atuais. Assim, os CS são as “primeiras designações dos serviços que viriam a constituir a rede básica de saúde com sua configuração atual”. (Nemes Filho, 1996, p. 227)

Além dos CS, encontram-se na evolução da rede básica outros serviços que tiveram origem e denominações diferentes, vindo a constituir esta rede, tais como as unidades monovalentes do campanhismo, os dispensários; a rede ambulatorial da Previdência Social, os postos de assistência médica (PAM); e os consultórios de especialidades. Dessas diversas origens, constrói-se uma rede que será permanente e horizontal, conforme tipologia de Merhy (1992, p. 29)*. Nessa rede há tanto serviços básicos quanto especializados.

Note-se que nesta época este conjunto de serviços compõe duas redes, a primeira, da Saúde Pública, composta de centros de saúde e dispensários convivendo em paralelo com o conjunto de serviços da Previdência Social, para, somente com a Reforma da Secretária de Saúde de São Paulo, em 1967, na primeira gestão do Secretário Water Leser, o qual se consolida apenas em sua segunda gestão

* Para uma melhor visualização da tipologia de Merhy (1992), ver anexo II, e também as diferentes denominações desta rede de serviços, ver anexo III, trabalho realizado por Yunes e Bromberg (1971) descrevendo a rede de serviços da Saúde Pública da Região Metropolitana de SP.

já nos anos de 1970, uma rede de caráter permanente-horizontal e tipicamente na saúde pública se instala, integrando em uma unidade de saúde tanto ações de clínica médica, voltadas para problemas de saúde mais gerais e mais freqüentes na população, seja infantil, seja adulta, quanto ações educativas e preventivas, em conexão com as tradicionais ações de Saúde Pública, como o saneamento do meio e vacinação.

A própria rede da Previdência Social, nos anos 1970, mantém-se à parte, vindo a compor com a rede da Saúde Pública um mesmo sistema de atendimento somente no final dos anos 1980, com a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), então, já de âmbito nacional.

Para Nemes Filho (1996) “a constituição dessa rede obedece a uma perspectiva histórica, na qual se consubstanciam **‘modelos de assistência à saúde’**, articulados a políticas governamentais”. Estes, por sua vez, refletem a dinâmica das relações estado/sociedade civil e a presença de diversos atores políticos e diferentes propostas atuando na definição e no direcionamento das questões de saúde que devem ser objeto de intervenção. O autor, ao falar de modelo de assistência à saúde, está se referindo nitidamente ao que se chama de modelo tecnológico, isto é, das práticas operadas nestes serviços. Na progressiva constituição desta rede várias mudanças são introduzidas nas práticas. Sobre elas nos deteremos, neste capítulo, no segundo eixo de análise quando abordaremos: “os antecedentes de uma reforma de modelo tecnológico através da integração médico-sanitária e das reformas da educação médica (dos atos médicos)”.

Assim, neste presente eixo de análise, dedica-se ao exame da rede de serviços e busca-se, nas ações de Saúde pública desenvolvidas no Brasil, os serviços que se poderem associar à **noção de unidade básica** de saúde. Faz-se uma incursão na história das instituições de saúde do início da década de 1920 até 1978, localizando as origens destas três concepções de unidades ambulatoriais: os dispensários; os centros de saúde e os postos de assistência médica e dos consultórios da medicina previdenciária, além de outras iniciativas que, já no final do período, organizaram o conjunto destas unidades de saúde para estender a assistência médica ao conjunto da população. Faz-se referência, ainda, às iniciativas que buscaram organizar o conjunto de serviços para constituição de um sistema e a crise da assistência médico previdenciária.

Os Dispensários: unidades monovalentes e verticais do período campanhista

Até o final do século XIX, não se encontrava a relação explícita entre saúde e sociedade que a constituição da “rede básica” apresenta a partir da década de 20. Nessa época, as práticas sanitárias implementadas pelos serviços públicos de saúde eram de responsabilidade das autoridades locais e limitadas. Estas intervenções voltavam-se para o meio ambiente, como: aterrar águas estagnadas, limpar ruas e casas, construir canteiros, purificar o ar, enquanto a atenção individual era prestada para pobres e indigentes pelas instituições beneficentes, e o restante da população recorria a profissionais liberais médicos, parteiras, barbeiros, sangradores, curandeiros (Braga e Paula, 1986; Costa, 1985; Machado, 1978).

Mas, a partir das últimas décadas do século XIX, as cidades e zonas rurais vinculadas à produção, transporte e comercialização do café se vêem assoladas por epidemias de febre amarela, cólera, febre tifóide, varíola e malária, e passam a exigir do Estado “uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação”, o que leva à institucionalização de uma Saúde Pública. (Mendes, 1994,1996).

Esta institucionalização determinou um novo padrão de interferência do Estado na sociedade, mudanças estas muito associadas ao desenvolvimento científico propiciado pelo advento da bacteriologia, que possibilitou elucidar a natureza, a etiologia, o tratamento e a profilaxia das doenças transmissíveis. O processo deu origem às campanhas sanitárias.

Essas campanhas eram desencadeadas por instituições centralizadas de polícia sanitária, que executava ações de desinfecção, engenharia sanitária, vacinação, como medidas coercitivas para quebrar a relação agente/hospedeiro. Efetivamente, as ações desenvolvidas “tomavam a si o conjunto dos problemas coletivos, que poderiam impedir a exportação e a constituição de um novo espaço urbano-comercial, de interesse da oligarquia cafeeira”. (Merhy, 1985, 1992, p 70; Mendes, 1994, 1996)

A fase de consolidação do período campanhista se caracterizou pela implantação de “**serviços verticais permanentes especializados**”, serviços autônomos, também denominados de **dispensários**. Estes serviços eram constituídos à medida que uma “determinada questão era socialmente eleita como problema de

Saúde Pública”. Os adeptos desta linha de atuação na Saúde Pública encaravam esses serviços especializados como a própria finalidade das ações sanitárias; para eles representavam a “modernização” das ações campanhistas. (Merhy, 1992, p. 75)

Segundo este autor, significava que a “natureza do processo saúde/doença é a mesma para qualquer fenômeno coletivo de saúde”, e, assim, desenvolviam-se, ações voltadas para as patologias que deveriam ser epidemiologicamente controladas. Essas ações eram de assistência médica, visita domiciliar e medidas profiláticas, que representavam um conjunto de ações para “saneamento do meio, vacinações em massa, isolamento dos doentes com ação de polícia sanitária e, no plano curativo, ações emergenciais com soros ou equivalentes”.

As ações desenvolvidas nestes serviços atendiam ao conhecimento existente na época da doença objeto de sua atuação. Por exemplo, os dispensários de tuberculose realizavam procura dos focos de contágio, realização do diagnóstico, difusão de noções de higiene e prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos. A visita domiciliar era realizada por enfermeiras visitadoras com objetivo de instruir as famílias e buscar a adesão dos doentes para o tratamento. O desenvolvimento de novas técnicas de intervenção ia sendo agregado ao conjunto de ações desenvolvidas; citam-se, como exemplos a introdução do pneumotórax e a vacina BCG (Bacilo de Calmette Guérin), em 1926. (Antunes, et al., 2000)

Nos dispensários, a consulta médica somente era admitida quando estritamente necessária ao controle epidemiológico do agravo em questão. Assim, “sem abandonar a base do pensamento bacteriológico”, a assistência médica era apenas parte das ações sanitárias, uma vez que era “entendida como muito limitada e

pouco eficaz, pois só interferia no nível curativo do indivíduo doente” o que foi uma tendência dominante na Saúde Pública Brasileira até a década de 1970. (Merhy, 1992, p. 79, 1997, p. 203)

Além dos serviços verticais permanentes, em 1910 a Fundação Rockefeller implantou no interior do País serviços ambulatoriais que desenvolviam ações para equacionar agravos bem específicos, como a ancilostomíase e o tracoma. Estes serviços tinham a mesma concepção de atuação dos serviços verticalizados e também iriam constituir a rede básica de serviços. (Ramos, 1972; Mascarenhas, 1946; Merhy, 1992 p. 78).

Os Centros de Saúde

Na década de 1920, ainda que em caráter embrionário, um movimento começa a se formar no Brasil em prol da instalação de ambulatórios permanentes desenvolvendo ações polivalentes e com orientação basicamente preventiva, denominados de centros de saúde (CS).

Os centros de saúde eram uma nova concepção de Saúde Pública, inspirados no modelo americano dos *Health Centers*, difundidos no Brasil pela Fundação Rockefeller e pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, introduzidos por Paula Souza, médico sanitaria que integrou a primeira turma do curso de especialização em Saúde Pública daquela escola americana. Em 1922, Paula Souza, ao assumir a coordenação do Serviço Sanitário

do Estado de São Paulo, propõe uma reforma administrativa que tinha como eixo prioritário e inovador os centros de saúde. Isto significa duas mudanças: a nova influência estrangeira no Brasil, antes de origem francesa e alemã, agora americana, como parte da estratégia dos países economicamente dominantes sobre os dependentes após a primeira guerra; e a proposição de unidades ambulatoriais relacionadas a uma assistência de caráter higiênico e basicamente voltadas para a higiene materno-infantil. A origem dessa última pode ser localizada nos serviços de amas de leite, instituídos em São Paulo em 1905.

Os serviços de amas de leite tinham importância estratégica e eram considerados a primeira forma de serviços de assistência à criança no Estado de São Paulo. Realizavam inspeção nas amas de leite e dispunham de um consultório para assistir a lactentes, filhos de indigentes. Posteriormente este serviço deu lugar aos de proteção infância. (Merhy 1992, p. 74)

Isto marca o início de mudanças no perfil das instituições de Saúde Pública, antes voltadas para ações de caráter coletivo, agora para ações de caráter individual, elegendo a criança através da puericultura. Pode-se, assim, situar nas orientações higiênicas das amas de leite e na puericultura os primórdios de mudanças nas práticas técnicas de saúde das unidades ambulatoriais, e de sua progressiva institucionalização até 1926, o que é mais bem definido “enquanto projeto técnico-operacional nos centros de saúde”. (Merhy, 1992)

A concepção desta unidade sanitária, os centros de saúde, foi defendida por Paula Souza no Iº Congresso Brasileiro de Higiene em 1923. Embora a maioria dos temas deste congresso estivessem voltados para a organização e fiscalização de

espaço físico, temas relacionados à saúde individual já se faziam presentes. Assim, as idéias difundidas no campo científico iriam paulatinamente impactar a organização dos serviços de saúde.

O modelo de atuação introduzido por Paula Souza foi denominado de médico-sanitário e tinha como eixo de intervenção técnica a **educação sanitária**, opunha-se ao modelo vigente na época, o modelo campanhista. Deste modo, a reforma introduzida por Paula Souza coloca São Paulo à frente de muitas das propostas que surgem no nível federal.

Enquanto o modelo campanhista desenvolvia ações para controle de agravos específicos que atingiam a coletividade, e, para isto organizava os dispensários, os centros de saúde seriam uma unidade sanitária que integraria os dispensários e serviriam a uma população delimitada, agrupando os serviços e as ações desenvolvidas tudo num único serviço. (Souza e Vieira, 1944; Souza, 1926).

A proposta inicial previa a implantação de sete centros de saúde atendendo uma população de aproximadamente 150.000 pessoas. Estes centros de saúde reuniriam 14 dispensários distribuídos em 7 distritos, cada um com o seu centro de saúde. Na prática, apenas um centro de saúde foi implantado junto ao Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública USP/SP, mas o Departamento Nacional de Saúde considerava este tipo de unidade favorável para as grandes cidades, e a partir de 1927, difunde a proposta, instalando o primeiro CS em Inhaúma/RJ e em outros centros urbanos, como: Recife, Belo Horizonte e outros. Estas unidades desenvolvia ações de higiene pré-natal, infantil, higiene pré-escolar, doenças venéreas, tuberculose e lepra. (Costa, 1985; Ramos, 1972).

Embora inovador, não é o CS que predomina, nem se torna a principal forma de atuação da Saúde Pública na época, mas convive por décadas com a corrente que defendia a manutenção dos dispensários, unidades especializadas, isoladas e verticalizadas, formando uma densa rede de unidades dos mais variados tipos e subordinadas a diferentes órgãos centrais. Estes serviços são preponderante nas políticas de saúde pública, situação que só na década de 1960 e mais acentuadamente na de 1970 passa a ser revertida. (Merhy, 1985, 1992, Mendes, 1994)

Os CS não se consolidaram, mas introduziram novas abordagens nas práticas de Saúde Pública vigentes na época; mas os dispensários especializados agregaram às ações tradicionalmente executadas as ações relativas à educação sanitária, ainda que restritas às questões específicas associadas às ações médicas, além das ações de caráter mais campanhista e coercitivas, de polícia sanitária.

Já os CS “vão assumir características diferenciadas com relação àquelas formalmente realizadas no início de sua constituição”; na década seguinte, há expansão destes novos serviços que passam a constituir estruturas verticais organizadas, com relativa autonomia para controle de problemas sanitários específicos em grupos populacionais determinados; estes grupos populacionais não eram os grupos de risco (doenças infecciosas), mas grupos privilegiados para a educação sanitária, como puericultura e pré-natal. Estes serviços realizavam ações de vigilância e educação sanitária, medidas profiláticas e assistência higiênica, inspeção, fiscalização, isolamento de doentes e comunicantes e assistência social (Merhy, 1992; Cyrino, 1993, p 42; Mendes-Gonçalves, 1994, p 116)

Para Mendes-Gonçalves (1994) a educação sanitária introduzida pelo modelo médico-sanitário tornava-se mais adequada para responder à dinâmica das relações de classes decorrentes das mudanças na economia que levaram a um processo de industrialização e urbanização, sendo portanto necessário buscar a construção de uma hegemonia. Neste caso, tornavam obsoletas as técnicas coercitivas do modelo campanhista, que foram substituídas na Saúde Pública por assistências médicas individuais “como capazes de dar conta das dimensões sociais da saúde e doença”. (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 116) As práticas sanitárias deveriam responder a esta nova dinâmica; e o CS era a grande inovação do período. (Merhy, 1992; Braga e Paula, 1986, p. 44; Mascarenhas, 1949; Ribeiro, 1993; Merhy, 1985)

Nesta época, o campo da Saúde Pública ainda convive com a luta do saneamento que foi uma corrente de pensamento “no campo da formulação das políticas governamentais”, que defendia “um saneamento voltado para a zona rural”, combatendo o excessivo urbanismo e regionalismo nas políticas de saúde. (Merhy, 1993, 1992, p.77) Para este autor, a década de 20 foi “uma das mais ricas no que se refere ao embate entre as várias correntes e movimentos presentes” na definição de uma política de Saúde Pública e “poucas foram as vezes em que o movimento sanitário se expôs tanto ao conjunto da sociedade”. (Merhy, 1992, p. 81)

Durante todo o período assiste-se a um verdadeiro jogo de mobilização e adequação das práticas sanitárias, pois a cada novo problema coletivo de saúde que assumisse característica de questão sanitária um novo serviço era criado. Estes serviços não guardavam entre si nenhuma relação. (Merhy, 1985 p. 80) A criação do

Departamento Nacional de Saúde (DNS) foi a primeira iniciativa com o objetivo de unificar e normalizar as ações desenvolvidas pelas diversas instituições de saúde (federal, estadual e municipal) e promover a extensão dos serviços sanitários para o País. (Singer, 1988, p 126; Costa, 1983; Luz, 1979)

A criação do DNS fez parte de uma reforma administrativa, a Reforma Carlos Chagas (Decreto nº. 3.987 – 02/01/1920), que elaborou um código sanitário para orientar as ações de saúde. O decreto atribui ao governo central o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária; os serviços de higiene infantil, higiene industrial e profissional; a supervisão dos hospitais públicos federais; e o combate às endemias e epidemias. Tamanho empreendimento político de organização do conjunto de serviços de saúde, voltados para alguma integração institucional, somente é retomado na década de 70 com a proposição do Sistema Nacional de Saúde.

Note-se que até aqui trata-se dos serviços de Saúde Pública, para os quais a assistência médica individual não é ainda uma questão, mas encontra-se em paralelo, fornecida por diversos organismos independentes: pelo setor público, restrita a servidores públicos e militares, e pela Previdência Social e privada, como os consultórios, as santas casas ou as sociedades mutualistas. Estas últimas organizadas principalmente por associações de bairros, ou ainda em algumas empresas, mas de forma limitada. (Schraiber, 1995, p. 136; 1997, pp. 58 e 59)

No entanto, como as tradicionais formas de atenção realizadas pela saúde pública não atendiam as transformações sociais decorrentes da industrialização, o Estado busca uma política complementar por meio da Previdência Social, através da

qual se dá a expansão da assistência médica individual, e a Saúde Pública vai ocupando um novo tipo de lugar, isto é, “uma política social complementar”. (Merhy, 1992; Mendes-Gonçalves, 1994, p 157)

Assim, a assistência médica individual fica relegada a segundo plano na Saúde Pública e, somente na década de 40, passa a integrar os serviços de alguns Estados com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), e a assistência médica somente é incluída nas ações de Saúde Pública, em 1967, no Estado de São Paulo, dada a reforma administrativa comandada pelo secretário Walter Leser. (Cyrino, 1993, p. 44; Merhy, 1992, p. 147)

Ambas as propostas, a SESP e a Reforma Walter Leser, são avaliadas no eixo 2 quando se aborda a questão da integração sanitária, porém antecedentes desta noção já foram anunciados na constituição dos CS (rede local permanente), pois a proposta de Paula Souza antecipa esta questão, ao propor a integração de diferentes serviços, atividades e ações sob um mesmo espaço físico. (Cyrino, 1993, p. 40)

Note-se que a proposta de Paula Souza tem um sentido relativo a aspecto organizacional e de racionalização de recursos, mas também pode-se inferir que a noção de integração é anunciada nos serviços verticalizados quando estes passam a ser influenciados pela educação sanitária. Nos dispensários, a educação sanitária, enquanto “prática assistencial” comum às ações propostas para controle de agravos (tuberculose, hanseníase), assume o sentido mais de integração das práticas.

Previdência Social: rede de serviços e crise financeira e os antecedentes de um Sistema de Saúde

Nos anos 1920 têm início “formas precursoras de uma medicina pública”, para atender pressão por consumo de bens e serviços decorrentes de uma urbanização e da formação de uma classe de trabalhadores assalariados. Neste momento, o Estado assume o papel de regulador, pois sua presença deu-se no plano da legislação através da Lei Eloi Chaves (nº. 4682 de 24 de janeiro de 1923) que regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Esta lei tornou obrigatória a presença de serviços de assistência social ao trabalhador urbano, inicialmente para ferroviários, marítimos e estivadores, incluindo serviços de assistência médica extensivos às suas famílias. (Schraiber, 1993b)

As CAPs marcam o início na Previdência Social Brasileira, a participação do Estado no controle da produção de serviços de assistência médica. Dá-se origem ao complexo previdenciário de assistência médica que, até a década de 70, foi a forma mais preponderante de prestação deste serviço no Brasil. (Luz, 1979)

Com isso, o sanitarismo campanhista deixa de ser a forma principal de prestação de serviço público de saúde e se observa a “ascensão da assistência médica individual” na saúde, tomada pelo setor público e disponibilizada aos trabalhadores de empresas essenciais ao desenvolvimento econômico. Assim, a Previdência Social começa a “atuar sobre os corpos do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”, estabelecendo mais uma forma de relação com a sociedade. (Mendes, 1994; Donnagelo, 1975). Ao mesmo tempo, consolida-se um sistema dual de prestação de serviços de saúde: o sistema previdenciário de

assistência médica, desenvolvendo ações de consultas médicas e internações voltadas para o indivíduo, e o da Saúde Pública, ligada ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), isto é governos estaduais e municipais desenvolvendo ações de caráter coletivo, preventivo ou cura das doenças transmissíveis. Esta forma de organização perdura por todo primeiro período e, somente na década de 1970, como já foi dito, houve iniciativas que buscaram uma possível **integração**.

Cabe notar que o contexto político em que a assistência médica da Previdência Social se instala, é o da industrialização e urbanização ainda apoiadas na atividade agro-exportadora do café, de tal modo que as oscilações nesta atividade repercutiam na classe operária, deixando-a em situação de grande vulnerabilidade econômica. Além disso, após a primeira guerra, há significativas mudanças nas concepções dos direitos civis e políticos, que redefinem o papel do Estado e influenciam os trabalhadores a reivindicarem acesso aos bens e serviços. Com isso, os trabalhadores urbanos passam a solicitar o acesso à assistência médica. Mas, este acesso é mediante pagamento de contribuições à Previdência Social. (Donnagelo, 1975, p. 7)

Assim, quando a assistência médica passa a ser uma questão pública, ainda se apresenta mais como concessão de benefício através da Previdência Social do que direito universal. Não obstante, conforme esta autora, ainda assim representa o reconhecimento de direitos, isto é, somente dos trabalhadores que recolhem contribuições através da Previdência Social.

Deste modo, a assistência médica individual progressivamente vai tornando-se questão de Saúde Pública, o que leva à sua progressiva

institucionalização, que se inicia no período de 1920 a 1930, com a assistência médica desenvolvida pelas CAPs, ainda abrangendo pequena parcela da população assalariada e sem uniformidade na prestação deste serviço. A assistência médica era assumida como atribuição central permanente e obrigatória, incluindo a distribuição de medicamentos, mas dependia da capacidade financeira dessas CAPs. Cabe lembrar, conforme Schraiber, 1993b, que nesses anos 1920-1930, além da rede dual de assistência à saúde no setor público, há todo um conjunto de consultórios de medicina privada, consultórios de medicina filantrópica e mesmo das sociedades mutualistas que, sem formar nenhuma rede, atuavam na prestação de assistência de caráter básico e generalista.

Na história das instituições e seus arranjos combinatórios, a partir dos anos 1970 e mais notoriamente nos anos 1980, pode-se dizer que uma parte desse conjunto de unidades de serviço de “potencial” atenção primária vai sendo incorporada em uma dada rede, unificando-se progressivamente na constituição do Sistema Nacional de Saúde e, posteriormente, no Sistema Unificado de Saúde e Descentralizado (SUDS) até a constituição do SUS.

Contudo, outra parte desse conjunto (consultórios de medicina privada) mantém-se no setor privado, sofrendo um grande desestímulo com o crescimento dos custos assistenciais do período de 1960-1980, mas se reaquecendo no estabelecimento de um sistema de saúde suplementar nos anos 1990. (Schraiber, 1993, 1997). Cabe destacar que nessas 3 décadas (1960-1990) e até nos dias atuais, tal rede privada, embora constituída de ações assistenciais muito próximas à de APS, não é tomada ou debatida como tal. Somente em anos bem recentes (1998-

2004), quando este seguimento passa a ser regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é que se inicia, ainda que em caráter embrionário, os primeiros movimentos para definir as ações a serem executadas pelo setor (Lei 9656/98) e proposta de inclusão na cobertura de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. (Brasil, 2005)

Assim, pode-se afirmar que a temática da APS foi, no caso brasileiro, marginalmente tocada nos estudos da reforma do setor público, o que difere de outros países. (Starfield, 2003) Segundo esta autora, a APS “oferece suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde”, mas historicamente pode ser definida pelo tipo de médico que a exerce, pois é comum que seja caracterizada como aquele atendimento oferecido por clínicos gerais (ou médicos de família). Autores brasileiros também referem-se à APS nesta perspectiva. (Ducan, Schmidt, Giugliani, 2005)

Retornando-se à Medicina Previdenciária, vê-se, em 1926, em substituição às CAPs muito fragmentadas, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), agrupando trabalhadores por ofício ou atividade. Esta medida está inserida num contexto de mudanças políticas, com a instalação do Estado Novo (1937-1945) que redefine relações Estado/Sociedade agora caracterizado pelo nacionalismo e pelo populismo. Assim, a estatização e desprivatização das CAPs agrupadas nos IAPs, a desmobilização e despolitização através do reconhecimento dos sindicatos e a ampliação das concessões de benefícios sociais (aposentadorias, pensões, atenção médica), ao mesmo tempo em que direitos universais eram negados, representaram um processo de democratização controlada, dado o caráter repressivo do Estado cuja

“fachada progressista fazia-se sentir apenas em alguns aspectos econômicos com o favorecimento da indústria nacional”. Estas estratégias visavam garantir um novo projeto econômico relativamente ao de 1920, a industrialização de caráter nacional, mas com o mínimo de transformações sociais que implicassem distribuição de riquezas e de poder. (Luz, 1979; Mendes, 1994, 1996)

A resposta do Estado a uma questão social da assistência médica deu-se portanto na “qualidade de um seguro social público” (Schraiber, 1993b, pp. 139-141), em que assume o controle geral da produção deste serviço, primeiro expandindo cobertura aos trabalhadores urbanos através da compra de serviços pelos IAPs, e, segundo, “dadas as relações entre o Estado e a sociedade civil do período 1945-1960, no pacto populista, através de sua rede própria de serviços, muito embora o faça de “modo mais intenso na esfera restrita da consulta ambulatorial”.

Deste modo, foi através da consulta ambulatorial que os serviços próprios da Previdência mais se expressam. Até 1970, 85,4% das consultas ambulatoriais são prestadas por esses serviços, enquanto que a assistência privada se dava através da assistência hospitalar dos serviços especializados complementares de diagnóstico e terapêutica, sustentando e ampliando a produção privada dos serviços e “permitindo a sobrevalorização da assistência hospitalar e dos serviços especializados”. (Schraiber, 1993, p. 139-1)

A autora mostra ainda que enquanto mecanismo de extensão de cobertura os IAPs eram importantes reguladores do mercado consumidor de serviços médicos, pois os institutos e caixas somam, em 1923, 24 unidades, já em 1930 passam a 47,

ampliando o número de segurados que representa, em 1964, 22% da população brasileira. É uma presença que, expandindo o acesso aos serviços, permite sobretudo a privatização da assistência hospitalar: em 1967, dos 2800 hospitais do País 2300 estavam contratados pela Previdência pública, tendo no período 50-60 aumentado muito a desproporção já existente entre leitos de propriedade particular e de hospitais públicos, a favor dos primeiros (de 53,9% em 1950 para 62,1% em 1960).

Assim, neste período não havia por parte do Estado qualquer projeto de constituição de uma rede estatal de serviços médico-hospitalares, ou iniciativa para assumir o controle direto desse setor de produção de serviços e nem mesmo ampliar as possibilidades de consumo de assistência médica. As interferências estatais estavam condicionadas à manutenção da força de trabalho em condições de produtividade e principalmente para manutenção do sistema previdenciário. (Donnangelo, 1975, p. 28)

No início da década de 60, os IAPs já não atendiam às necessidades dos trabalhadores; o Estado cria uma solução intermediária ao elaborar a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS, Lei nº 3807 de 26/08/1960) que uniformiza as regras para concessão de benefícios, mas mantém a organização dos institutos segmentados. Mas, a LOPS representou uma possibilidade para viabilizar a unificação da Previdência, pois uniformizou benefícios, contribuições e procedimentos administrativos. Assim, com a LOPS, a assistência médica passa a ser assegurada a todos os beneficiários da Previdência, mas dependendo da disponibilidade financeira. Sua viabilidade parecia estar condicionada à possibilidade de concentração definitiva de todos os recursos, “permitindo sua

manipulação a partir de uma única fonte de controle”, o que foi possível com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (decreto lei de 21/11/1966), que introduziu modificações e medidas racionalizadoras, permitindo que o Estado controlasse 90% de todos os serviços médicos prestados no País e mantivesse a prioridade pela compra de serviços do setor privado. (Mercadante, 2002)

Assim, o período que se inaugura em 1964 vai acrescentar novas diretrizes à política da assistência médica, propiciada pela concentração e centralização de poder político e econômico. A criação do INPS representou uma alteração importante na Previdência Social, pois propiciou a extensão progressiva de direitos sociais a todos os assalariados urbanos, uniformizando os padrões e tipos de direitos assegurados, e representou uma ruptura do vínculo direto entre empregado e respectivo empregador com deslocamento definitivo do controle do sistema previdenciário para a esfera do Estado. (Donnagelo, 1975, p.15; Cordeiro, 1979)

A fusão dos institutos também consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Assistência Social (MTAS), pois fortaleceu a Previdência (administrativa, financeira e politicamente), contribuindo para impedir as tentativas integracionistas comandadas pelo MS. (Mercadante, 2002, p. 141) Ao mesmo tempo garantiu a continuidade da expansão via setor privado, com progressiva incorporação de tecnologia moderna, o que levava na década de 1970 a inviabilidade de manter o padrão de financiamento agravado pela crise do regime autoritário. Nota-se com isto que neste período, além das questões relativas à integração dos

dois sistemas de prestação de serviços conforme já referido, há, ainda, a questão da ênfase dada numa assistência médica especializada de base hospitalar, altamente tecnicizada, colocando-se como um obstáculo a esta expansão.

Segundo Donnangelo (1975, p. 29), a redefinição da importância da assistência médica no interior da Previdência era tanto uma questão de direito social, inspirado em uma ideologia mais ampla de bem-estar-social, como também por uma questão administrativa e financeira. Esta última agrava-se quando, a partir de 1970, a Previdência promove a universalização de benefícios às categorias não incluídas no mercado formal de trabalho, como o trabalhador rural em 1971, e, em 1972, os empregados domésticos. Em 1974, dando continuidade às reformas implementadas, o Estado promove uma série de medidas legais em consonância com o II PND, elevando a Previdência à condição de ministério (Lei nº. 6025 de 25/06/1974), e edita uma série de políticas sociais, tais como: salário maternidade, amparo previdenciário aos maiores de 70 anos, Fundo de Assistência ao trabalhador Rural e outras, numa adoção progressiva do modelo de seguridade social. Assim, a crescente incorporação da população beneficiária coloca novas demanda por assistência médica, com o que o Estado lança mão de reformas sem, no entanto, modificar a essência do padrão de relação com o setor privado possibilitando a continuidade de sua expansão através de convênios estabelecidos com sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais. (Teixeira & Oliveira, 1986, Brutscher, 2000)

Nota-se que esta ampliação da assistência deu-se através de uma diferenciação na modalidade de pagamento via convênios globais e utilização da infra-estrutura já montada nas instituições para absorver a força de trabalho não

incluída no mercado formal, representando também uma possibilidade de reformulação dos padrões na formação de recursos humanos para a área de assistência médica, adaptados à nova realidade médico-assistencial. (Teixeira e Oliveira, 1986) Ainda segundo esta autora, os convênios MEC/MPAS atenderam “a necessidade de expansão de cobertura e de formação de mão-de-obra adaptada às exigências da prática médica predominante, sem que o comprimento deste objetivo se contrapusesse à lógica imperante baseada na privatização e lucratividade”. (Teixeira e Oliveira, 1986) Também ampliaram-se os locais de estágios nos hospitais próprios atendendo à necessidade de expansão gerada pela criação de novas instituições formadoras

Ainda que de formas mais restritas, estes convênios tiveram importância na disseminação do ideário de projetos de reforma médica, principalmente da medicina comunitária; ao possibilitar locais de estágio e internato em serviços locais desenvolvendo projetos pilotos, lançaram-se as bases conceituais dos programas de extensão de cobertura na década de 1970, tal como os que se deterá no próximo eixo de análise.

Somente na segunda metade da década de 1970, iniciam-se tentativas de reorganização das redes federais, aliadas à sempre presente questão da universalização; primeiramente pensada na proposta do Plano Nacional de Saúde (PSN) que “instituiu a privatização total da produção de serviços médico-hospitalares financiados por fundos públicos e, parcialmente, pelo consumidor”. O PNS consistia de uma série de documentos divulgados em 1968, denominado Plano

de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, e o Plano da Ação Simplificado tratava de uma iniciativa para transferir para o âmbito do MS todos serviços médicos sob responsabilidade do MPAS. Este plano implicava sensível redução da participação direta do Estado na produção de serviços, redundando em considerável transferência de recursos para a “medicina de grupo”. (Donnangelo, 1975, p. 40)

Para a autora, se aplicado, traria modificações substanciais ao conjunto de serviços do País: universalização do acesso e integração da assistência médica no MS, com privatização de sua rede. Estas medidas provocaram forte resistência da própria Previdência, já que implicava perda de poder da medicina previdenciária em favor do Ministério da Saúde, o que levou o governo a cancelar o plano. Mesmo após seu cancelamento, o MS forçou o cumprimento de alguns dispositivos, como a prerrogativa de fato e de direito, para implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, implementando os princípios de universalização, regionalização e integração entre serviços preventivos e curativos (decreto lei nº 200 de 25/02/1967). No entanto, prevaleceu a facção pró “privatização”, que levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), impedindo a unificação segura das redes federais. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1968)

Fracassadas as tentativas do MS de universalização da assistência, sob seu comando, a Previdência Social, dentro do quadro de reformas do período 1974-1979, busca alternativa promovendo uma estratégia gradualista de extensão de cobertura através do Plano de Pronta Ação (PPA) em 1974. Também o próprio MS busca também ampliar cobertura através dos Planos de Extensão de Cobertura

(PEC), como o PIASS, além de outros programas assistenciais como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN).

O PPA promoveu a universalização às situações de urgência para a população urbana e reorganizando as relações da Previdência Social com diferentes prestadores através de formas distintas de pagamento. Com o PPA, todos seriam atendidos nos serviços próprios da Previdência ou por ela contratados independentemente de sua condição de beneficiário. (Braga e Paula, 1986; Mercadante; 2002; Teixeira e Oliveira; 1986; Schraiber, 1993b)

Sendo uma universalização dessa condição de urgência, mas sem continuidade de atendimento garantida, ou, como coloca Schraiber (1993, pp. 1 e 2) mais uma porta aberta “do que um atendimento à riscos de vida”, o PPA estimulou uma assistência de caráter episódico (consultas de ocasião de urgência). O PPA era uma modalidade assistencial diversa da consulta médica tradicional realizada pela medicina liberal nos consultórios e aquela dos serviços próprios ambulatoriais do sistema previdenciário. (Schraiber, 1993b, p. 142) Esta foi uma alternativa encontrada pelo Estado para responder às pressões por acesso à assistência médica na década de 1970, favorecendo uma maior rapidez no atendimento de casos que não poderiam aguardar, e também para as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, desviando para o setor de urgência os atendimentos nem sempre com urgência diagnosticada. Assim, o PPA ampliou a população “assistida” e contribuiu para o desenvolvimento de uma “cultura” do atendimento imediato. Deste modo, a rede de atenção básica, a partir do final da década de 1970, e mais acentuadamente nos anos 1980, defronta-se com duas necessidades que pareciam cada vez mais

prioritárias: atender mais gente (doente) e atender logo. A modalidade pronto-atendimento foi-se constituindo na forma de prestação de serviço considerado relativamente mais adequado para responder a esta dupla necessidade. (Dalmaso, 1993, p. 234)

O pronto atendimento passa a ser mais aceito pela população como atenção alternativa ao modelo tradicional de consultas médicas, ao permitir uma forma rápida de obter alívio e retornar a produção satisfazendo o empregador, mas, por outro, lado promove a idéia de um consumo que desvincula o adoecimento de seus determinantes bio-psico-sociais, provocando assim mais uma fragmentação no setor saúde agora na assistência individual, pois neste atendimento episódico não estava garantido o seguimento. Como salientou Schraiber (1994, p. 14), a condição extrema em que se encontrava a medicina brasileira acabou por cindir radicalmente a assistência médica em uma atenção de dois tipos: “uma que oferece a continuidade da assistência especializada; outra que torna um tipo em si mesma, uma atenção a episódios das doenças e não ao doente”.

Nota-se aqui que as implicações desta fragmentação é uma questão para a integração das ações em um mesmo modo de prestação de assistência. Esta problemática é uma questão para a APS, como se verá mais adiante.

As décadas de 1960 e 1970 foram pois marcadas por diversas iniciativas que constroem, nos campos político, jurídico-legal e institucional um conjunto de medidas que promovem extensão e privatização em que o Estado financia o sistema, o setor privado é prestador de serviços de atenção médica e o setor

internacional produtor de insumos, especialmente biomédicos e medicamentos. No entanto, tais medidas não promovem uma unificação das diversas redes.

Em meados de 1970, o MS assume um discurso racionalizador, e “com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, propõe a lei 6229/1975 que cria o SNS, organizando as instituições de saúde de forma sistêmica, definindo as competências das instituições públicas e privadas e os mecanismos de integração e coordenação pelo MS. (Mendes, 1994, 1996; Luz, 1979; Braga & Paula, 1986) Nisto o MS garante para si a coordenação e a responsabilidade política desse processo

A lei 6229 foi a tentativa de criar um sistema generalizado de serviços médicos, pois representava o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições na organização do sistema há muito apontadas por estudiosos do setor e uma possibilidade de organizar serviços em nível municipal, descentralizando-os de sua tradicional tendência para o centralismo federal, tal como foi apresentado por Mario Magalhães quando propôs um plano nacional de saúde na III CNS. (Luz, 1979; Merhy, 1997, p. 211-3; Mercadante, 2002)

Segundo Cordeiro (1979) Mello (1975), a lei 6922 representou uma retomada da política sanitária como instrumento para garantir a manutenção do poder, ampliou o campo de intervenção no sentido de corrigir os desvios advindos da articulação entre medicina e desenvolvimento capitalista, através da racionalização do sistema de prestação de serviços. Define competências entre os diversos órgãos que atuam no setor saúde, mas mantém a hegemonia do setor privado na prestação de serviços e assim, a manutenção do modelo médico-

hospitalar. Dada a amplitude e pontos não esclarecidos, a lei foi objeto de amplo debate pelas instancias governamentais, e nos três anos seguintes, não havia sido efetivada, apenas algumas medidas foram implementadas, a criação do INAMPS, e a reforma das secretarias de saúde do Estado da Bahia e São Paulo. Enquanto proposta de modernização do Estado, sua maior contribuição está na coordenação extra e intra-setorial, regionalização e hierarquização de serviços.

De outro lado, o SNS abriu precedência nacional para mudanças no modo de produção da assistência e nas unidades de saúde, criando oportunidade para a disseminação e aceitação da “idéia de programas”, agora expandindo da Saúde Pública para a assistência médica, iniciando pela atenção aos lactentes e gestantes, além de propor a reorganização das ações de controle das doenças transmissíveis através de um sistema de vigilância epidemiológica, ambos apresentados como tema de debate na V CNS.

Nota-se nesta breve história da constituição da assistência médica previdenciária e de suas instituições, que esta realizou um percurso tal que, do ponto de vista de seu modelo assistencial, esgota sua viabilidade, tendo em vista seu alto custo, o que a impedia de responder às demanda colocadas pela sociedade no sentido da universalização desta assistência.

Desta forma, a medicina previdenciária, já esgotada no seu potencial assistencial e mergulhada numa crise institucional e financeira, faz um movimento em direção à saúde pública, fazendo da questão da integração das ações uma problemática posta para o sistema de saúde, isto é, como **constituir seu modelo tecnológico de assistência.**

Em parte, a tensão de modelo de assistência já esteve presente enquanto questão quer no PPA, tensionando a assistência médica, quer no PIASS, tensionando a atenção mais coletiva. É nesse sentido que se lembram dois outros fatos históricos que inovam em termos dos modelos de assistência. São eles: a criação do Serviço de Atendimento Domiciliar, em 1949, e o Convênio CIAM (Centro Integrado de Atividades Médicas), em São Paulo, no início dos anos 1970. O convênio CIAM (1971) alocou consultas médicas da Previdência Social nas unidades ou centros de saúde da rede estadual de Serviços Públicos, muito antes da proposta SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). (Mercadante, 2002; Lyda, 1994)

No campo da assistência médica, uma relevante inovação foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgências (SAMDU) criado durante o governo Vargas. Este serviço inovava, pois prestava atendimento médico domiciliar, antes inexistente no setor público, financiado por todos os IAPS, e prestava assistência universal, mas limitada a casos de urgência. (Mercadante, 2002, p. 237) Segundo este autor, a importância histórica desta medida é representada pelas inovações que ela antecipa, quais sejam: atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público.

Relembre-se que uma modalidade de assistência domiciliar já era uma prática na Saúde Pública que mantinha as visitadoras domiciliares desde a criação da rede vertical dos dispensários primeiramente e depois também na forma da educação sanitária no CS.

Quanto ao Convênio CIAM, conforme já referido, este antecipa, no início

da década de 1970, medida de caráter nacional, a ser realizada na década de 1980 pela Previdência, quando estabelece convênios com outras instituições que não o setor privado. Em 1971, São Paulo implantou o CIAM (decreto nº 52.790/1971) um convênio estabelecido entre o MPAS e a Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de integrar os serviços de ambos os órgãos e prevendo o desenvolvimento de programas básicos e assistência aos beneficiários do INPS, na rede de serviços públicos (centros de saúde). Em 1974 estes centros somavam 240 unidades distribuídas na Grande São Paulo e nos municípios de maior porte onde concentrava a população segurada da Previdência. (Lyda, 1994) É fato que tal “antecipação” de integração da Medicina Previdenciária com a Saúde Pública foi possível em São Paulo pela forma precursora com que também este Estado assumiu a assistência médica individual no interior das ações de Saúde Pública, fato confirmado nas duas propostas de reforma da Secretaria de Estado de Saúde (SES) pelo então secretário Walter Leser: a primeira, em 1967, e a segunda em 1976, criando a Programação em Saúde com sua centralização normativa e descentralização executiva de programas de controle de doenças, no interior dos quais se criou o atendimento ao paciente “eventual”.

As contribuições do planejamento em saúde e dos programas de extensão de cobertura na constituição da rede básica e de uma política de saúde

Os programas de extensão de cobertura da década de 1970 inserem-se num quadro de políticas sociais desencadeadas pelo Estado no período de 1974-1979,

para implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico, integrado à nova ordem capitalista industrial, em face da conjuntura da crise que se sucedeu ao milagre econômico. Neste período, uma política de saúde, enquanto atividade planejada, começa a existir no País, influenciada pelas teorias do planejamento econômico e social, enquanto ideologia de racionalização da produção de serviços e como instrumento de modernização administrativa do Estado. (Luz, 1979; Cordeiro, 1979)

Segundo Paim (1999b), “Políticas de Saúde são formas historicamente determinadas de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde de indivíduos e comunidades”. Neste sentido, o planejamento se coloca como um instrumento de “gestão” de práticas no interior de organizações determinadas da produção de serviços de saúde, **“projetando modelos tecnológicos alternativos”** para intervenção nas condições de saúde. (Schraiber et al, 1999)

É neste contexto que emergem novas abordagens no setor saúde associadas à disseminação de práticas de planejamento, tais como: a Programação Local em Saúde (Método CENDES-OPAS), os Programas Setoriais e uma corrente de pensamento, que foi a “programação em saúde”, em torno da proposta de Programação Local e que, aplicada em São Paulo em particular, revela-se mais como um modelo de assistência ou modelo tecnológico, conforme Mendes-Gonçalves (1994), ou “modelo operatório de estruturação das práticas em saúde” conforme Schraiber (1993a). Sobre este último nos concentra-se no próximo eixo de análise, ao abordar a questão dos modelos tecnológicos ou tecno-assistenciais. Aqui,

faz-se uma breve referência aos programas de extensão de cobertura e a constituição do Sistema Nacional de Saúde oficialmente divulgados na V CNS.

O planejamento tem sua origem, na Saúde Pública, enquanto conjunto de produção tecno-científica que serve de eixo aglutinador para objetos de investigação e propostas de intervenção social diversas, tais como: “gerência de unidades assistenciais, recursos humanos, programas assistenciais, avaliação das atividades e ações dos serviços, financiamento das ações, orçamento dos setores de produção e dos serviços, entre outros”. (Schraiber et al, 1999)

Enquanto conjunto doutrinário, o planejamento foi divulgado na América Latina pela Comissão de Estudos Econômicos e Políticos para a América Latina (CEPAL). As doutrinas divulgadas pela CEPAL estavam baseadas em estudos teóricos que revelaram que as relações de troca entre o centro e a periferia condenavam os países latinos à especialização da produção primária (agroindustrial) e a importação de produtos semi ou completamente manufaturados, de base tecnológica mais elaborada e mais cara, o que levava a uma balança comercial negativa, impedindo que estes países formassem uma reserva de capital industrial, o que possibilitaria mudanças na economia. Sem condições internas favoráveis para programar uma política econômica, a alternativa foi a substituição de importações ou a industrialização nacional deliberada através do protecionismo econômico. (Rivera, 1989; Braga e Paula, 1986)

A CEPAL definiu técnicas para elaboração do diagnóstico do atraso do crescimento econômico latino-americano e medidas para eliminá-lo. Assim, o planejamento seria a forma de identificar os fatores e a inter-relação entre eles que

estariam causando os atrasos de desenvolvimento, bem como os resultados advindos de uma política destinada a provocar mudanças na estrutura social, através de uma ação deliberada do Estado (o planejamento). Com isto, o Estado passaria a exercer uma função reguladora intervindo em todas as variáveis relacionadas ao investimento em setores básicos e consumo. (Rivera, 1989; Braga e Paula, 1986, pp. 28-29)

Na década de 1950, a CEPAL preconizava que o crescimento econômico determinaria o desenvolvimento social, excluindo de sua visão de reforma os determinantes sociais e políticos. Já na década de 60, o desenvolvimento é visto como um processo, global, e o planejamento passa a incluir questões políticas e sociais, sinalizando para a necessidade de reforma das instituições de saúde, da educação e administração pública e da propriedade da terra. Estes pressupostos, associados às diretrizes políticas da Aliança Para o Progresso * foram discutidos em 1963 na reunião dos Ministros de Estados, o que resultou na carta de Punta Del Este (Uruguai), marco no trabalho da CEPAL e na história da planificação da América Latina. Nesta reunião, os ministros decidiram que, para receber assistência

* Na década de 1960, a administração Kennedy formula a proposta da Aliança para o Progresso, incorpora a questão dos “obstáculos internos” ao desenvolvimento e patrocina projetos visando principalmente a modernização da sociedade agrícola, a melhora da mão-de-obra, uma maior agilidade administrativa e a tranquilidade social. Com isto, o planejamento deveria contemplar os setores social e econômico para obtenção de empréstimos do recém-criado Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD). Esta orientação marca uma nova relação internacional para a periferia, característica da década de 1960, com aplicação direta de capital na formação de um determinado parque industrial, ligado à produção de bem de consumo (automóveis, eletrodomésticos), indicando que as reformas respondiam à criação de um mercado interno capaz de sustentar este fenômeno de exportação direta de capital. Entretanto, esta nova orientação não produziu os efeitos desejados intensificando a já crônica crise fiscal, e abrindo espaço para a retomada de políticas de estabilização e privatização, superando o período do desenvolvimentismo. (Braga e Paula; 1986; Rivera, 1989)

da Aliança Para o Progresso, cada Estado deveria preparar um plano geral de desenvolvimento econômico e social integrando as áreas rurais no desenvolvimento. Assumiram o compromisso de criar uma unidade de planificação nos ministérios e de colaborar na formulação de procedimentos de planejamento em saúde. Pela primeira vez, a questão da saúde passa a fazer parte da agenda dos governantes, inicialmente dirigido para a população rural. As metas mais importantes eram o fornecimento de água potável, controle das doenças infecciosas e redução da mortalidade infantil, pois a “interferência na área da saúde parecia promissora como meio de transformação social e econômica”. (Braga e Paula, 1986, p.30; Rivera, p. 24; Colister, 2001)

Tendo em vista a inexistência de um modelo de planejamento específico para a saúde, a OPAS solicita o apoio de Centro Nacional de Desarrollo (CENDES) da Universidade Central da Venezuela. Este cria o método CENDES/OPAS, baseado na transposição de princípios econômicos, como eficiência (custo-benefício), e no uso de recursos escassos, para o setor saúde, e que resulta no documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación Local de la Salud” (OPAS-OMS, 1965). Este modelo orienta-se para o planejamento local, de modo que os planos regionais ou nacionais são obtidos pela consolidação dos planos locais subsidiados por um diagnóstico de saúde, o que possibilita definir prioridades (entre danos e grupos populacionais) e a escolha das técnicas programáticas (combinação de recursos), apoiada numa análise de custos concomitantes. (Cantilano, 1983; Rivera, 1989; Cyrino, 1993; Teixeira, 2001) Deve-se destacar aqui que o termo programação, neste caso, significa uma análise de custos com base na combinação de recursos.

Todavia, o planejamento não alavancou o crescimento econômico, ficando evidenciadas suas limitações, pois consistia em uma abordagem teórica e técnica, não levando em consideração os fatores históricos de cada nação, imaginando que poderia agir de forma neutra sobre os determinantes sociais e econômicos. Sua contribuição consistiu em propor métodos que possibilitavam alocar melhor os recursos e formular um discurso adequado à “nova forma de gestão do Estado, coincidente com a instalação de estados autoritários no continente”. (Braga e Paula, 1986, p. 33; Cantilano, 1983)

Por outro lado, para o setor saúde, o método CENDES/OPAS representava uma inovação para desencadear o processo de planificação, dando importância ao nível local, mas também era limitado pelo enfoque basicamente descritivo e normativo, fundamentado no levantamento de informações que permitiam a construção de indicadores de saúde, com baixa capacidade para descrever a situação epidemiológica e de dar conta de aspectos políticos de seu processo. Também não apontava a necessidade de desenvolvimento de uma infra-estrutura para prestação de serviços e da adequação da administração do setor, pois seu maior objetivo era aumentar a alocação e utilização dos recursos. (Braga e Paula, 1986, p. 33; Paim, 1983, Teixeira, 2001). Sua contribuição estava na capacidade em discriminar estas condições.

Sem abandonar partes do método CENDES/OPAS, procedeu-se a uma revisão de seus marcos conceituais, com ênfase nos aspectos organizacionais (sistêmicos) e políticos, e, assim, o planejamento passa a envolver a macro adequação organizacional (e não apenas a programação de serviços) e incorpora a

necessidade da coordenação e a expansão de cobertura de serviços. Revela-se, pois, como estratégia para aliviar tensões no campo e áreas marginais urbanas. (Rivera, 1989; Paim, 1983; Teixeira, 2001) Segundo Paim (1983), assume-se o sistema como sujeito do planejamento, marco inicial do **planejamento estratégico** na América Latina.

Com estes pressupostos, o Centro Pan-americano de Planificación de Salud (CPPS/1975) divulga o documento “Formulacion de las políticas de Salud”, orientando o planejamento, não de uma unidade programática de produção de serviços, mas de todo o “sistema de saúde”, como uma unidade complexa formada em três níveis: o técnico-operacional, o político-administrativo e o nível técnico-normativo. A planificação de saúde não se restringiria à programação de serviços, mas se amplia para a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e a adequação de vários componentes do sistema, quais sejam, gestão, financiamento, organização dos serviços e infra-estrutura de recursos (físicos, humanos e materiais). A OPAS absorveu muito dessas concepções por ocasião dos seminários realizados no início dos anos 80 com o objetivo de sistematizar métodos, técnicas e instrumentos de gestão que facilitassem a implementação da estratégia Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000), meta definida na Conferência de Alma Ata. (Teixeira, 2001; Rivera, 1989)

Note-se que as práticas de saúde não eram, ainda, alvos diretos das estratégias de planejamento, mas se supunha que a **mudança organizacional** seria capaz de alterar o **modelo de assistência ou tecnológico** conforme Mendes-Gonçalves (1994).

É neste contexto que, em 1973, a III reunião dos Ministros de Estado da Saúde, sob o patrocínio da OPAS, em Santiago/Chile, reconhece que 37% dos habitantes das Américas não recebiam atenção médica, e atribui os problemas de saúde aos problemas sócio-econômicos decorrentes da explosão demográfica, do baixo grau de instrução do homem do campo e do baixo poder aquisitivo, impedindo que a população rural tivesse acesso aos métodos anticoncepcionais. Estes argumentos mascaravam o real problema do desemprego devido à concentração da terra e de renda, “que apesar de mencionado é evitado como essencial”. (Cantilano,1983)

Tendo em vista os constantes movimentos pela incorporação dos direitos sociais e as deliberações da III Reunião de Ministros de Estado, aprova-se o direito universal à saúde e o segundo Plano Decenal de Saúde das Américas, ambos constituindo-se num marco para a consolidação de uma tendência para macro planificação. Os ministros recomendam a regionalização e integração dos serviços, enfatizando o papel do Estado na formulação da política setorial. Recomendam também a extensão de cobertura sanitária ao campo e periferia urbana e a racionalização no uso dos serviços e apontam ainda, o fato de que há concentração de formação apenas no ensino médico, e esta, associada à dificuldade de alocar este profissional em regiões distantes é impasse para garantir o acesso da população rural aos centros especializados. Para superar estas dificuldades foram feitas propostas incentivando a formação de profissionais de nível médio para trabalharem em áreas distantes, e também para reduzir custos, assegurando cobertura populacional. Para subsidiar estas estratégias foram elaborados guias metodológicos de organização dos serviços de saúde para áreas rurais. Estas diretrizes deram origem aos Programas de

Extensão de Cobertura com pessoal auxiliar (PECs). (Rivera, 1989, p 33; Cantillano, 1983)

Note-se que há nesta proposta uma questão de **modelo tecnológico** ou assistencial, pois a expansão de coberturas à base de pessoal auxiliar implicaria uma simplificação tecnológica nas práticas dos serviços e na assistência a ser prestada. Contudo, este aspecto da questão é objeto do segundo eixo de análise, qual seja, os modelos tecnológico e assistenciais.

Cantillano (1983) analisa as condições e os determinantes que levaram o desenvolvimento dos programas de extensão de cobertura na década de 1960 na América Latina. Neste período, o setor agrícola tem importância econômica, e a população rural representava cerca da metade de toda a população, assim, sobre ela recaía o peso básico do processo produtivo. Mas, o uso de tecnologias, a monocultura explorada pelo capital internacional, alijava das terras contingentes populacionais levando ao desemprego e reduzindo o poder de compra sem que alternativas fossem colocadas à sua disposição. Neste sentido, o apoio a estas populações era fundamental para que as áreas rurais se incorporassem plenamente no desenvolvimento sócio-econômico.

Para esta autora, ao atribuir a solução destas condições ao setor saúde, fica mascarada a necessidade de transformar estruturas vigentes da propriedade da terra, através da reforma agrária. As alternativas sugeridas atendiam os interesses e possibilidades do sistema vigente em cada país. É neste sentido que a **participação da comunidade** nos programas de saúde passa a ser reconhecida, não somente como direito, mas como responsabilidade transcendente da população, e esta passa a ser

incorporada como um recurso a mais para a saúde, solucionando assim a escassez de recursos humanos do setor. (Cantilano, 1983)

É nesta conjuntura que a medicina comunitária se difunde no início da década de 1970 para a América Latina, com apoio das agências internacionais, e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que promovem o desenvolvimento de “modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde das populações pobres urbanas e rurais e como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica”. (Donanngelo 1983; Cyrino, 1993, p. 54).

Note-se que, neste aspecto, um novo cruzamento com a questão dos modelos tecnológicos e assistenciais é verificado, historicamente. A medicina comunitária, se é uma proposta de extensão de cobertura a populações de baixa renda, o é através de uma outra forma de praticar a assistência médica, daí a referência feita pelos autores mencionados ao fato de ter sido uma alternativa à organização dominante de assistência médica, qual seja, a modalidade hospitalar. Além disso, também é resposta à insuficiência da medicina previdenciária para cobrir os direitos do trabalhador rural, também oferecendo uma diminuição das tensões sociais para os regimes militares vigentes na América Latina.

No Brasil, a crise que se sucedeu ao milagre econômico, aprofunda as desigualdades sociais e dá origem a um conjunto de políticas de cobertura sem precedentes, com reflexo altamente positivo nas condições gerais de vida daqueles segmentos sociais mais afetados pelo modelo econômico e que foram definidas no Plano Nacional de Desenvolvimento, de 1977. Na saúde este conjunto de políticas

deram origem à Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229), ao Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM), ao Plano Nacional de Saneamento e ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), divulgados no temário da V CNS. (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 118; Oliveira e Teixeira, 1986)

Nota-se que este conjunto de medidas na área de saúde estavam articulado às estratégias da Previdência Social para viabilizar a extensão de benefícios, e já se apresentam numa perspectiva da Seguridade Social, contudo sem alterar o modelo tecnológico.

Para Mendes-Gonçalves (1994, p.118), este conjunto medidas pode ser caracterizado como uma “Reforma Sanitária”, e o que a caracteriza “é a inviabilidade de ulteriores investimentos apenas na assistência médica individual privada como solução para a política social na área da saúde”. Neste conjunto de propostas coloca-se a possibilidade da participação das instituições de saúde pública para ampliar a oferta de serviços, inclusive de assistência individual dirigida “prioritariamente às populações rurais e às populações marginalizadas dos centros urbanos”.

A lei do SNS “organizou todas as atividades voltadas precipuamente para a saúde, integrando num conjunto harmônico, definiu as competências de modo a conciliar as diferentes atividades e componentes, com ênfase em programas regionais integrados, instituiu projetos para preencher lacunas de recursos médicos, racionalizando recursos evitando antagonismos e promovendo integração dos serviços”. (Oliveira e Teixeira, 1996)

A Lei 6229, que redefinia as atribuições dos Estados e Municípios, criou condições para iniciativas de caráter mais amplo que reorganizavam o conjunto dos serviços de saúde, tais como o modelo de programação em saúde implantado nos Estados de São Paulo e Bahia. A programação em saúde implantada no Estado de São Paulo, no período de 1975-1978, caracterizou-se pela tentativa de efetivar uma rede de **atenção básica** com uma junção dos dispensários e dos antigos centros de saúde da proposta Paula Souza, promovendo uma ampliação notável da rede básica (atenção primária). Ao mesmo tempo, tenta um modelo de assistência que, com base na programação, promovesse a integração das ações médicas e sanitárias desenvolvidas por estas unidades. Essa mesma reformulação já fora tentada na reforma de 1968, mas sem êxito. Esta última apenas dissolveu os dispensários, incluindo as ações destes em uma única rede de centros de saúde e introduzindo a noção programática de centralização normativa e descentralização executiva. Assim, todas as unidades da rede deveriam atuar de mesma forma, uniformizando a assistência a ser prestada. Mas, embora na proposta inicial estivesse prevista, essa uniformização pretendida, a integração das ações, a reforma de 1968 não avançou para a integração e as ações continuaram a ser desenvolvidas num mesmo espaço físico, mas mantendo as equipes segundo agravos específicos. Segundo Nemes (1993), a programação em saúde foi a forma como o ESP respondeu às necessidades de extensão de cobertura, e, para tal, sua característica principal está na incorporação da assistência médica como atividade de Saúde pública ainda que restrita a segmentos específicos, como a criança e a gestante.

Já na Bahia, a reforma do governo do Estado em 1966 (Lei nº 2321 11/04/1966) previa a descentralização executiva das ações através de um sistema de

administração regionalizado com centralização normativa, não apenas para a saúde, mas para todas as funções do governo. Na saúde, esta lei foi regulamentada e reorganizou o conjunto dos serviços na perspectiva da regionalização e descentralização. Segundo Araújo et al (1993) a Bahia foi “o primeiro órgão do Estado a preocupar-se com a regionalização dos seus serviços e a levar a cabo as primeiras experiências, nem sempre bem sucedidas no campo da descentralização executiva”. Para estes autores, o modelo implantado pela secretaria teve nítidas vantagens como “a regionalização dos serviços de saúde não só para uma mais efetiva prestação de serviços, como também para o processo de planejamento de saúde.

Nota-se que a experiência da Bahia, conforme relato dos autores, foi uma experiência que focou aspectos principalmente organizacionais e do orçamento, mas suas conclusões demonstram que permitiu avanços também na dimensão das práticas ao elucidar questões do gerenciamento das práticas de saúde em nível local, pois “possibilitou um maior conhecimento das unidades locais e facilitou a elaboração de programas regionais.”

Dada a amplitude da lei 6229, esta enfrentou fortes resistências em relação à sua regulamentação pelo setor privado e da burocracia estatal. Optou-se, assim, pela implantação apenas de programas especiais (materno-infantil, controle da esquistossomose o PRONAN e o PIASS.

Já o PIASS, concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Decreto nº 76.307 de 24/08/76), enquanto uma proposta que organizava os subsistemas de saúde em nível local, foi o primeiro programa de medicina

simplificada que se institucionalizou como política governamental em nível federal. Tinha como objetivo dotar as comunidades de até 20.000 habitantes de estrutura básica e permanente de Saúde Pública, composta de uma rede regionalizada de serviços em três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio. Os dois primeiros eram constituídos por unidades operadas por pessoal de nível elementar, e as unidades de apoio, estrategicamente localizadas, dispunham de recursos humanos de nível superior e tinham facilidades para internações. Deste modo, define uma porta de entrada para o sistema; com a utilização de técnicas simplificadas e participação comunitária amplia os recursos existentes para garantir a extensão de cobertura. (Mercadante, 2002; Silva, J.A., 1983, 2001)

O PIASS foi implantado por meio de convênios estabelecidos entre o INPS e secretarias de saúde dos governos estaduais e municipais, marcando, assim, uma inflexão na forma de atuação da previdência até então atuando de forma indireta, por intermédio de sua rede própria ou contratada na rede privada. O PIASS absorve outros programas importantes, tais como o Programa de Integração de Serviços do Norte de Minas e do Nordeste. A partir de 1979 foi expandido para outras áreas rurais do território nacional com o objetivo de operação e manutenção da rede básica já instalada ou sua ampliação a fim de cobrir a totalidade dos municípios, fortalecendo as secretarias estaduais de saúde, implantando estruturas descentralizadas num modelo de regionalização administrativa e promovendo a integração dos serviços, o que resultou numa **grande expansão da rede ambulatorial** pública, um crescimento de 1225%. Para suporte do PIASS, o governo criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS, convênio MS/MEC/OPAS, em 1977), para preparar em larga escala pessoal de

saúde de nível médio e elementar. (Mendes, 1994; Finkelman, 2002 p. 246; Rosas, 1981; Silva, J.A. 2001, p. 13)

O PIASS foi inspirado no chamado modelo SESP (Fundação Serviço Especial de Saúde Pública), cuja atuação no Brasil foi circunscrita a uma região e a uma dada problemática de adoecimento: a malária. No entanto, a SESP instalou uma rede de serviços assistenciais que seriam entregues à autoridade local assim que funcionassem, o que não ocorreu, pois o custos de operação eram incompatíveis com a situação econômica e financeira dos Estados e Municípios. Assim, embora a SESP tenha sido um modelo inspirador para diversos programas e propostas de planejamento ou política, não se constitui em medida de grande vulto para a extensão de cobertura ou conformação de redes assistenciais. Sobre o modelo assistencial da SESP detém-se no próximo eixo de análise.

Para Mendes (1994), o PIASS representava o começo do desenvolvimento no Brasil de uma proposta de Atenção Primária, contudo de caráter ainda seletivo. Nesta proposta, a atenção primária era uma “concepção estreita de um programa, executado com recursos escassos dirigidos a populações de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidade de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária”. Esta modalidade de atenção para os pobres foi divulgada pela OMS em sua assembléia, em 1975, ainda denominada de **assistência primária** e não **atenção primária**. Recebeu apoio de correntes significativas de formadores de opinião no Brasil, no setor saúde, como a única possibilidade de levar assistência médico-sanitária e de

baixo custo a todos que dela precisavam. (Paim, 1983)

Mendes (1994) salienta que o fato de a atenção primária ter sido inicialmente interpretada como uma atenção seletiva, impediu que esta fosse aplicada como uma concepção ampliada de “estratégia destinada a apropriar, recombina, reorganizar e reorientar todos os recursos de todo o setor saúde para toda a sociedade”. Segundo este autor, estudos comparativos de sistemas nacionais de saúde, publicados recentemente, demonstram “uma correlação entre a existência de uma boa organização da atenção primária com maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre os níveis de saúde”. Mas o que prevaleceu no Brasil, nesse período, foi entendimento reducionista da atenção primária seletiva e de poucos recursos, “especialmente através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco.”

A expansão do PIASS, em 1979, indicava os caminhos percorridos pelo Brasil para a extensão de cobertura com ênfase na **atenção primária** de saúde e para a descentralização. Estas medidas foram consideradas válidas pela OMS/OPAS, permitindo ao governo brasileiro ratificar a Declaração de Alma-Ata durante a Assembléia Mundial da Saúde em 1979.

3.1.2.2. EIXO 2: Os antecedentes de uma reforma de modelo tecnológico através da integração médico-sanitária e das reformas da educação médica (dos atos médicos)

Neste segundo eixo de análise, os modelos tecnológicos e assistenciais, a temática de maior relevância é dada pela integralidade em Saúde. Esta temática será recorrente neste período e no subsequente, e tem sua maior evidência ao ser inserida como princípio finalístico do SUS. (Brasil,1990)

Para Mattos (2001, p. 41), “a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta que parte de uma imagem objetivo, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas [...] desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”. Para este autor, uma imagem objetivo tem como propósito principal, a partir de diversas leituras realizadas, distinguir e indicar a direção que se quer imprimir na transformação de uma realidade que se deseja modificar. Pode, assim, aglutinar diferentes conotações e atores em torno de um projeto específico.

Perseguida pela reforma sanitária brasileira desde os anos de 1970, a integralidade foi constituída em oposição às práticas e à organização das instituições de saúde vigentes. Segundo Mattos (2001), deve ser devidamente compreendida para não perder a sua centralidade, esvaziando-se de seu significado pela banalização de seu uso. As noções, quando indevidamente compreendidas, “deixam de ser capazes de diferenciar aspectos e valores presentes em diferentes configurações do sistema,

das instituições ou das práticas nos serviços de saúde, perdendo, assim, sua utilidade na luta política”. (Mattos, 2001, p.41) Deste modo, esta temática vai assumir diversas conotações, abrangendo as dimensões política, organizacional e das práticas de saúde. Esta temática, na década de 1920, já havia sido objeto de discussão por Winslow que definiu a Saúde Pública como uma ciência que deveria integrar as ações preventivas e curativas. Sua produção influenciou o sanitarismo norte-americano (Ayres, 1997, p. 182; Nemes, 1996; Kehrig, 2001) num momento em que se delineava, para o continente latino americano, a conformação de um setor público de assistência médica fragmentado em especialidades e paralelo ao setor de Saúde Pública.

A temática da integralidade tem sido abordada por diferentes autores (Ramos, 1972; Nemes, 1995; Schraiber, 1993^a; Kehrig, 2001; Mattos, 2001). O trabalho de Ramos com o título de “Integração sanitária: doutrina e prática” é um marco histórico, publicado no início dos anos 1970, no qual o autor apresentou uma constituição histórica das práticas sanitárias em diversos países, situando o caso brasileiro. Suas observações permitiram, à época, apresentar esta temática com um processo que vai se construindo, e, deste modo, uma experiência inicial permite um “amadurecimento e o desdobramento mais moderno de postulados já presentes em outras proposições que a antecederam”. (Cyrino, 1993, p. 10) Assim, Ramos (1972, pp. 8-9) apresenta este processo como constituído de 3 fases sequenciais: “ fase I – definida pela integração dos serviços preventivos especializados, dando origem ao centro de saúde, na sua acepção mais ortodoxa; fase II – identificada para incorporação de atividades preventivas aos serviços curativos e de atividades curativas aos serviços preventivos, cada um deles conservando sua autonomia

administrativa, e a III fase caracterizada pela completa fusão técnica e administrativa, sob chefia única, dos serviços preventivos e curativos – representados respectivamente pelo centro de saúde e pelo hospital, ou unidade mista, ou unidade integrada de saúde”.

O autor destaca as vantagens do processo de integração, pelos aspectos organizacionais, para melhorar a utilização dos recursos existentes, aumentando a produtividade dos recursos humanos e financeiros e reduzindo os custos. Associa este movimento à necessidade de o setor saúde participar nos esforços para o desenvolvimento econômico e social do País. Contudo, sua análise pouco avança para os processos de trabalho, elaborando mais a dimensão organizacional dos serviços.

No sentido específico de tratar a integração das ações como integração dos processos de trabalho, podem-se dizer que ao menos 4 movimentos diversos de progressiva tomada da questão da integração são verificados no campo das práticas em saúde, com propostas de mudanças dos processos de trabalho dentro dos serviços. Uma primeira, que dá origem histórica a esta questão, está na formulação inicial de prevenção em saúde, criando os Centros de Saúde e a educação sanitária. Uma segunda, que trata das redes de assistência, que produz a expansão dos CSs, e questiona a integração dos centros de saúde com os hospitais. A terceira trajetória de integração é a dos movimentos de reforma do ensino médico e interna aos centros de saúde. Esta terceira trajetória passa a postular o cuidado em saúde como prática voltada ao todo bio-psico-social dos pacientes no conjunto das ações, obrigando a prevenção e a cura se articularem. A quarta, que se identifica como a proposta de

uma programação, expande essa apreensão da totalidade do indivíduo, para o território ou a comunidade, já com base em ações domiciliares e comunitárias, integradas às ações assistenciais internas ao CS. Faz aqui, então, uma reconstituição histórica destes movimentos e dos sentidos implementados pelas suas práticas e que foram constituindo a temática da integralidade.

A Prevenção em Saúde e a Proposta Médico-sanitária de Geraldo de Paula Souza

A criação dos CS introduz um novo modelo tecnológico de intervenção na Saúde Pública, o “modelo médico-sanitário” de Paula Souza (Mendes-Gonçalves, 1994). Segundo este autor, o propósito era superar o modelo vigente na época, o campanhista, pois nas primeiras décadas do século XX mudanças sociais e econômicas caracterizadas pela urbanização e industrialização vão determinar a necessidade de novas práticas em saúde: “a mudança nas relações entre as classes sociais [...] durante as décadas seguintes, das quais a principal seria o papel gradativamente mais importante desempenhado pelo proletariado industrial, acabaria por inviabilizar politicamente a persistência do primeiro modelo tecnológico, excessivamente autoritário e cada vez mais desatualizado mais necessário se fazia um novo estilo de relação Estado/classes sociais em que à coerção se fossem associando ponderáveis esforços no sentido de constituição de um hegemonia burguesa baseada no consenso”.(Mendes-Gonçalves, 1994, p.113)

Nessa proposta médico-sanitária, os principais conceitos criados são os de Centro de Saúde e de sua assistência polivalente, com subsequente integração de ações antes pertencentes a diversas instituições em uma só unidade de serviço. Assim, uma certa abordagem da noção de integração é criada. Para sua atuação, define a educação sanitária como instrumento de trabalho e estratégia de intervenção técnica

No modelo tecnológico campanhista, a epidemiologia foi o saber que presidiu o processo de trabalho ao apreender como seu objeto a saúde na dimensão coletiva, para compreensão do processo saúde-doença e suas causas e para definição de seus recursos parcelares de trabalho, as campanhas sanitárias e a polícia sanitária, além de um aparato institucional para sua sustentação. As campanhas sanitárias eram desencadeadas por instituições centralizadas organizadas numa visão militarista e com estilo de atuação repressivo como objetivo de combater as epidemias urbanas e rurais identificadas como problemas de Saúde Pública. As ações desencadeadas, isolamento, desinfecção, saneamento (engenharia sanitária) e vacinação obtiveram efeitos notáveis no controle das epidemias, com exceção da febre amarela. (Mendes Gonçalves, 1994, p.110; Mendes, 1994, 1996; Merhy, 1985, 1992, p. 70)

Essa epidemiologia, enquanto saber que definia o modo de atuação do modelo campanhista, tinha como base científica o conhecimento bacteriológico que permitia elucidar a causa das doenças, uma relação unicausal entre agentes microbianos e hospedeiro (homem) na relação com o meio ambiente. Deste modo, as ações deveriam interpor barreiras que impedissem esta relação linear, separando os sadios dos doentes. Ao reconhecer o modo de transmissão das doenças infecciosas foi possível deslocar todas as ações destinadas a contê-las sobre os elos mais frágeis da

cadeia epidemiológica situados no meio ambiente, cortando, assim, os nexos entre as formas de organização social e a doença. (Mendes-Gonçalves, 1994, pp. 111,147; Mendes, 1996; Merhy, 1992 , p. 69)

Nemes (1989, p. 42), demonstrou este modelo de atuação para a hanseníase e apontou a notificação compulsória como um dos recursos de trabalho mais expressivo deste modelo tecnológico, pois “é através dessa medida que o Estado desencadeia sua ação saneadora” já que isolamento passa agora a ser uma medida para proteger a “sociedade sã” do contágio, através da ação de base legal e coercitiva exercida da polícia sanitária.

Neste modelo tecnológico, a “natureza do processo saúde/doença é a mesma para qualquer fenômeno coletivo de saúde”, isto é, uma natureza bacteriológica. Esta é detectada pelas referências clínicas, com o diagnóstico do caso e a partir dela todo um conjunto de ações para o indivíduo ou a população são desencadeados. As ações abrangem todas as dimensões do objeto de trabalho para controlá-lo no âmbito individual e coletivo com a finalidade de promover e proteger a saúde do conjunto da população, e não a cura individual. Neste modelo, não há preocupação com a atenção individual, e a consulta médica somente era aceita como parte das ações de controle das doenças transmissíveis, pois “entendia a clínica como elemento chave para a organização do conjunto das ações sanitárias”. Na sua evolução deu origem a um complexo de órgãos públicos, com unidades permanentes, especializadas e verticalizadas, denominadas de dispensários. (Merhy, 1992)

Os dispensários desenvolviam ações utilizando o “instrumental da polícia sanitária, das ações médicas e de educação sanitária, não faziam um radical corte entre

ações sanitárias e ações médicas, considerando que estas eram um forte instrumento de intervenção dos serviços especializados para o combate dos problemas de Saúde Pública”. Deste modo, “buscavam adaptar o seu estilo de atuação para uma linha de intervenção nos problemas que consideravam como permanentes, preservando vários [...]instrumentos” das campanhas sanitárias e “consideravam que um serviço médico mais efetivo poderia funcionar como fator de ação sanitária, desde que dentro de um programa específico de Saúde Pública e sem abandonar a base do pensamento bacteriológico”. (Merhy, 1992, pp. 76-79)

Enquanto o modelo campanhista desenvolvia ações para controle de agravos específicos que atingiam a coletividade e para isto organizava os dispensários específicos, o modelo médico-sanitário, introduzido com os centros de saúde, propunha um “agrupamento de serviços médicos, de enfermagem e de assistência sanitária, funcionando tudo num só edifício,” onde “os problemas higiênico-sociais podiam ser encarados em seu conjunto e não mais em seus aspectos isolados”, possibilitando assim, uma maior racionalidade na organização das ações. Paula Souza demonstra, desta forma, que os dispensários especializados deveriam evoluir para “organizações de natureza polivalente”, reunindo-se as atividades para atuar em conjunto e melhor prover a saúde das populações. (Souza e Vieira, 1944, p.14)

O modelo médico-sanitário tinha como referencial a associação entre o comportamento humano e o desenvolvimento de doenças ligadas a idéia de pobreza e da assistencial social. Nesta concepção, a prevenção da doença e a promoção da saúde se faziam sob o indivíduo através de exames médicos preventivos e instrumentalizados pela educação sanitária. Esta tem a função de coerção e

convencimento (normalização do indivíduo) para apaziguar conflitos e garantir hegemonia da burguesia, mascarando assim uma situação de exclusão social, pois atribuía as doenças aos “desvios de normas higiênicas por parte das mães ignorantes”. O modelo atribuía à educação sanitária a capacidade de reverter o quadro sanitário do País; “com as massas educadas, teremos alcançado o estágio que hoje se usufrui, por exemplo, na Dinamarca, onde certos aparelhamentos de aplicação sanitária [...] são quase inexistentes”. Deste modo, fica patente a associação entre comportamento humano e o desenvolvimento de doenças ligadas às idéias de pobreza e de assistência social. As práticas sanitárias começam a se transformar em práticas médico-sanitárias elegendo grupos populacionais prioritários como alvo de suas ações. Por sua vez, os serviços verticalizados passam a incorporar também a educação sanitária sem abandonar as práticas da polícia sanitária. (Mendes-Gonçalves, 1994; Nemes, 1998, pp. 44-45)

Para Merhy (1992, p. 113), no modelo médico-sanitário, a concepção da causa das doenças avança da idéia de unicausalidade para uma concepção de que a natureza do processo saúde-doença é a mesma para qualquer fenômeno coletivo de saúde, por isto propõe ações sobre grupos populacionais e não controle de agravos. Neste modelo, as doenças têm causas externas comuns, e a educação sanitária seria meio de prevenção, pois a ausência de uma consciência sanitária seria condição para o desencadeamento do processo patológico. A educação higiênica se constituiria em aconselhamento em higiene pessoal e doméstica; fiscalização da higiene escolar, do ponto de vista de suas instalações e da salubridade, além do processo de ensino. Deste modo, os serviços sanitários incorporavam ações de natureza explicitamente

educativas na profilaxia de doenças. Inicia na década de 1920 pela Saúde Pública paulista e se dissemina para o País.(Telarolli Jr, 1996, p. 231; Merhy, 1992, p.113)

Quanto à assistência médica, Paula Souza apontava a ambivalência das unidades de saúde que desenvolviam apenas orientação preventiva para a promoção e/ou proteção da saúde, demonstrando a impossibilidade de separar as ações curativas e preventivas como em dispensários preventivos e os ambulatórios curativos numa total desarticulação funcional. Cita, como exemplo, as ações desenvolvidas pelos ambulatórios de pediatria e os dispensários de higiene infantil. Deste modo, a assistência médica era considerada ação de projeto específico da Saúde Pública, e a assistência médica curativa era considerada incompatível com o exercício da Saúde Pública, pois sobreporia as ações preventivas, vindo mesmo a suprimi-la, se fosse utilizada seria para situações muito restritas como parte da ação para controle de agravos ou para detecção precoce, como, por exemplo, no ambiente escolar, “através dos exames periódicos que visam a conservação da saúde, permitindo que se surpreendam processos mórbidos ainda no seu início, a tempo, portanto, de correção mais segura e fácil” (Souza, 1926, Souza e Vieira, 1944)

Paula Souza defendia assim a formação de uma rede única de ações sanitárias, claramente distintas das ações médicas para que não se confrontassem com a prática liberal, pois “estas iniciativas redundam mesmo em benefício da profissão médica, inclusive o médico clínico, até mais procurado do que antes, graças à melhor educação, ou orientação, dada por aqueles serviços de inspeção médica escolar, cuja parte clínica é trabalho em grande parte do especialista que atende as crianças” . (Souza, 1926, p. 18; Merhy, 1992 p. 126; Ramos, 1972)

O modelo médico-sanitário é caracterizado pela introdução de substanciais modificações na concepção do objeto de trabalho, que se configuraria na adição da educação sanitária como instrumento privilegiado”, “seu objeto não é consciência sanitária do conjunto indistinto da população, mas apenas a de uma fração da população – aquela que se supõe incapaz de adquirir por seus próprios meios essa consciência. Nesta afirmação estão implícitos os propósitos do discurso da educação sanitária”. (Mendes-Gonçalves, 1994)

Deve-se lembrar que a introdução do modelo médico-sanitário é contemporâneo ao início da introdução da medicina previdenciária, ainda que de maneira incipiente uma rede de atenção médica curativa de caráter público começa a se formar considerada mais compatível às necessidades sociais.

Na concepção médico-sanitária do próprio Paula Souza, os centros de saúde seriam uma estratégia para ampliar o acesso da população aos serviços, pois seriam “serviços mais propriamente sanitários e preventivos em sua natureza, agiriam pela educação, pelo saneamento, pela profilaxia específica ou medidas outras de caráter epidemiológico, a fim de diminuir as necessidades hospitalares”. Nesta afirmação referia-se ao estudo que demonstrava a escassez de serviços hospitalares e o baixo acesso principalmente da população mais carente, pois a “educação sanitária que desenvolve, e os cuidados que ministra, supre, pelo menos em parte, as falhas apontadas”. (Souza e Vieira, 1944, p. 17) Deste modo, os centros de saúde associaram-se de uma maneira mais efetiva a outros projetos verticais, cumprindo um particular papel na missão de responder às necessidades de extensão de cobertura por cuidados médicos e sanitários. (Merhy, 1992) e constituíram-se numa proposta de

extensão de cobertura, pois substituíam os serviços hospitalares, mesmo que, neste momento, ainda não faz crítica ao hospitalocentrismo do modelo de assistência médica.

Para o propósito deste eixo, recuperar a temática da integralidade, a concepção médico-sanitária definiu “um modelo assistencial” baseada em “uma racionalização burocrático-administrativa” e um modelo tecnológico baseada na educação sanitária. Este deveria superar as “duplicidades funcionais”, pois agregava estruturas semelhantes no mesmo setor, como os órgãos de apoio técnico, [além de prever] a descentralização executiva através de ampla rede de serviços locais, baseada nos centros de saúde”. (Merhy, 1992 p. 89). Buscava, assim, uma racionalidade na utilização dos recursos existentes em “repartições isoladas”, como escriturários, serventes, auxiliares de laboratórios realizando serviços de assistência médica ou sanitária. Para Paula Souza, estes serviços em grandes comunidades, “se não forem coordenados, trazem, geralmente dificuldades, tais como despesas desnecessárias, esforços duplicados, que confundem muitas vezes em seus campos de atuação”. (Souza, 1926; Souza e Vieira, 1994) Assim, os CS representavam uma estratégia organizacional, para ordenar as atividades médicas e sanitárias em uma única instituição e num território delimitado. Nota-se aqui que o termo sistema ainda não é utilizado, mas há a idéia de uma futura regionalização e territorialização.

Quanto à integração das ações antecipadas pela proposta médico-sanitária, é relativa a função da consulta médica, admitida como atividade de Saúde Pública ainda que subordinada a ações coletivas: “esta separação não deve ser absoluta quanto aos métodos, pois a medicina clínica e as obras de prevenção não são antagônicas

nem diferentes entre si, mas devem colaborar mutuamente em tudo que tenha por finalidade a melhoria da saúde da coletividade humana”. Também possibilitava a integração de profissionais, pois nos CSs trabalhariam em conjunto e não mais dispersivamente como atualmente acontece nos “dispensários isolados”. (Paula Souza, 1944)

Na dimensão das práticas (processos de trabalho), o modelo médico-sanitário propõe a integração das ações dos clínicos e ações higiênico-sociais, isto é, de prevenção e cura, e portanto a integração dos profissionais que desenvolveriam ações de educação sanitária e popular, imunização contra doenças transmissíveis, orientação sobre puericultura, tratamento dos indivíduos disseminadores de infecção, pesquisa dos focos na comunidade etc. A “ educação sanitária visava de modo especial, a higiene individual, a pré-escolar, aproveitando a oportunidade apresentada pela infância e a da idade para a implantação de hábitos sadios” (Souza e Vieira, 1944; Souza, 1926)

A substituição dos dispensários pelos centros de saúde possibilitava a visão de conjunto dos problemas médicos e sanitários, uma vez que “os problemas higiênico-sociais podem ser encarados em seu conjunto, e não mais em seus aspectos isolados”. A atuação sobre o território no sentido de estimular as demandas era privilegiada, pois “em vez de cuidar apenas dos que procuram o serviçosua ação se estenderia ativamente por toda uma determinada área.” Assim, “cada vez mais importante se tornou o serviço externo, a domicílio, o qual se deve projetar sobre toda região que lhe cumpre servir”. No território, o foco da atuação seria o indivíduo e seu núcleo familiar. (Souza e Vieira, 1944, p.7)

Para atuação sobre as famílias, foi necessário definir um tipo de perfil de profissional que fosse adequado à função, as visitadoras sanitárias, pois, sendo mulheres, eram mais aceitas para adentrarem os lares, uma vez que “a visitadora polivalente encara a família em seu conjunto, o que assegura um serviço contínuo de visitas, facilitando-se a verificação de todos os problemas sanitários e sociais da família”, e faria a ligação necessária entre escolas, famílias, fábricas, quartéis e, principalmente, os lares”. As visitadoras eram também “disseminadoras da boa semente” para elevar a consciência sanitária e preparar para o futuro condições como as que eram verificadas em nações mais adiantadas. Para os autores nas nações mais adiantadas a administração sanitária “[...] passa quase despercebida, por ser admiravelmente suprida pela educação sanitária, perfeitamente generalizada”. (Souza e Vieira, 1944, p. 10)

Com o modelo médico-sanitário, Paula Souza também introduziu outras inovações na Saúde Pública como instrumentos para o gerenciamento das informações em saúde no nível local e a carreira em tempo integral, “com o fim de colocar determinados cargos nas mãos de profissionais que pudessem dedicar a totalidade de seus esforços”, pois com a dedicação integral desempenhariam melhor as funções a eles delegadas, “sem que pela necessidade de assegurar a existência de forma condizente com a sua posição social, tivessem que se distrair em atividade de outros misteres.”. (Souza e Vieira, 1944)

Para escolher as situações que serão objeto de intervenção, o modelo médico sanitário utiliza do conhecimento da bacteriologia e da epidemiologia, apreende o processo saúde/doença na dimensão coletiva; “as doenças infecto-contagiosas [...] são

eleitas privilegiadamente como problema de saúde coletiva, por estarem associadas etiologicamente à presença de causas externas evitáveis”. Nesta idéia central estava um princípio de organização de serviços e definição das ações que seriam realizadas. (Merhy, 1992) Deste modo, os centros de saúde deveriam colher informações relevantes, propiciando o conhecimento da realidade local, através de levantamento de inquéritos, de estudos e várias pesquisas de ordem estatística e social. (Souza e Vieira, 1944, p. 14)

Enquanto no modelo campanhista predominava as medidas coercitivas através de polícia sanitária, a proposta médico-sanitária busca o consenso através da educação: “É pela educação que modernamente se orienta a resolução dos problemas não só de Saúde Pública como todos os demais que interessam às coletividades, a fim de se obter a cooperação popular consciente, sem a qual são mínimos os resultados, e geralmente contraproducentes as medidas coercitivas”. A educação sanitária é executada com “toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar, a convencer os educandos, facilitando-lhes a aquisição de hábitos de higiene”, e tem como objetivo corrigir condutas desviantes dos responsáveis pela mortalidade infantil. Assim, não era apontada a baixa escolaridade, a falta de informação e a situação sócio-econômica, pois a educação sanitária “corre por conta de desvios de normas higiênicas por parte de mães ignorantes”. Estes desvios poderiam ser resolvidos pela puericultura e pela higiene infantil, com os centros de saúde cada vez mais praticando exames periódicos em crianças sãs, educando mães em regras de preservação da saúde de seus filhos, e no preparo de alimentos adequados etc”. (Souza e Vieira, 1944, p.23)

Esta concepção de trabalho tinha por base “a noção do processo saúde-doença enquanto processo coletivo, mas determinado em última instância pelas questões relativas à pessoa. Ou seja, acreditava-se que pela modificação dos hábitos inadequados dos indivíduos seria possível modificar a evolução das doenças, reduzindo-se as determinações sociais a seus efeitos aparentes sobre o indivíduo”. (Cyrino, 1993; Mendes-Gonçalves, 1994)

Deste modo, a “a Saúde Pública” neste período, é caracterizada por mudanças na concepção de seu objeto de trabalho, tomado agora não só na sua dimensão coletiva singular, mas destacando o indivíduo de seu meio e passando a tomá-lo também de modo individualizado, enquanto alvo das ações educativas (o coletivo a atingir, através de cada um). (Cyrino, 1993)

Assim, no modelo médico-sanitário há uma “radical distinção entre as ações de saúde coletiva e as objeto da clínica. Ao clínico “cabe falar e atuar na doença, com o auxílio da clínica, da patologia e da terapêutica, sem a pretensão de interferir na dimensão coletiva de determinados processos patológicos, já que é incapaz de atuar na causa externa básica que determina a existência de um problema coletivo de saúde”. Entretanto, há doenças que não podem se constituir em objeto das ações sanitárias, mas apenas das ações médicas, pois a elas não é possível associar nenhuma causa externa palpável que possa ser controlada. (Souza, 1926; Merhy, 1992)

Neste momento ainda não se vê a atenção a demandas de saúde ao nível individual, que seriam resolvidas por consulta. Este campo de atuação, na mesma época, teve início através da presença de uma medicina exercida pela Previdência Social, situação em que a atenção médica curativa era considerada um benefício a

mais capaz de dar conta da dimensão social da saúde e da doença. Assim, a Assistência Médica Individual substitui as práticas de Saúde Pública, enquanto núcleo das políticas de saúde, tornando-se o sub-setor mais importante da política de saúde brasileira. (Nemes, 1993, p. 72; 1989, p. 51).

Ayres (1994) refere que sob o paradigma da bacteriologia surgem diversas frentes em que o cidadão, em associação ao isolamento, vai construindo a sua vida asséptica, através das práticas de puericultura, assistência pré-natal, educação sanitária, saúde escolar, ações comunitárias, cuidados nutricionais, saúde ocupacional e assistência médica previdenciária. Nota-se aqui o início de deslocamento das práticas de saúde agora não mais dirigidas para o meio, no sentido de interromper a cadeia epidemiológica, mas o próprio indivíduo como objeto de intervenção. Trata-se precisamente da população pobre das cidades, necessária para o processo de industrialização, apaziguando conflitos entre as classes sociais. Assim, as práticas de saúde, além do meio ambiente, passa a interferir nos comportamentos e nos hábitos dos indivíduos. Do ponto de vista de seus serviços, a Saúde Pública passa a lidar com a assistência aos indivíduos e ações coletivas sobre a cidade.

O modelo tecnológico inaugurado por Paula Souza “constitui-se, em primeiro lugar, em uma retomada instrumental da relação entre a saúde e a doença e a sociedade. Essa relação está já conceitualizada, porém, dentro do quadro de referência oferecido pelas idéias de pobreza e da assistência social, e é instrumentalizada pela educação sanitária. ”Era preciso que se desenvolvessem nexos entre características do hospedeiro e o desenvolvimento da doença, capazes de sustentar a concepção de que através do comportamento modificado se pudesse obter como efeito o seu controle.

Trata-se de uma redução das determinações sociais aos seus efeitos aparentes sobre os indivíduos, “a idéia de prevenção da doença, e a idéia correlata de promoção da saúde desenvolver-se-ao como conceitos capazes de nortear a prática”. (Mendes-Gonçalves, 1994) Para este autor:

[...] em todo o período parece ter havido um progressivo declínio da Saúde Pública, enquanto instrumento de política de estado para a área da Saúde Pública, o que também explica que não ocorresse o desenvolvimento do campo de práticas e de seus aparelhos institucionais com a mesma velocidade que no período inicial, quando a assistência médica individual era incapaz de oferecer soluções alternativas socialmente eficientes – mesmo que não medicamente eficazes.”

Uma característica deste período é a substituição das práticas de Saúde Pública pelas de assistência médica individual como capazes de dar conta das dimensões sociais da saúde e doença. Coincide com a transição da fase das campanhas e da polícia sanitária o início da institucionalização da assistência médica individual ligada à Previdência. (Mendes-Gonçalves, 1994)

Embora denominada de proposta médico-sanitária não tinha a intenção de integrar a assistência médica às questões de Saúde Pública, pois isto somente é questão a partir da década de 1970. Muito embora a denominação médico-sanitária possa dar esta impressão, havia uma rejeição à integração das questões de Saúde Pública com a assistência médica no CS, alegando-se que a Saúde Pública poderia

absorver a clientela da clínica privada, uma vez que esta era a forma predominante de atenção, pois o sistema público não oferecia esta modalidade de assistência.

A essência da proposta médico-sanitária era a necessidade de valorizar a dimensão higienista pelos sanitaristas da época, pois neste momento a Saúde Pública estava mais voltada para as questões do meio ambiente, e estas duas áreas eram exercidas por médicos e engenheiros sanitaristas; propunha também a valorização da perspectiva higienista pelos médicos, preocupação dos sanitaristas, explicitada na afirmação do próprio Paula Souza: “o médico deve revestir-se de consciência de higienista, tendo em mira a preservação da saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na coletividade ou descendência, pois, de outra forma, prejudicaria a função primordial da organização”. (Souza, 1926)

Esta última questão é retomada nos projetos de reforma médica, para isto adentra para a questão na formação dos médicos com a constituição da cátedra de higiene e também da formação dos sanitaristas com a criação do Instituto de Higiene de SP, posteriormente Faculdade de Saúde Pública.

Estas iniciativas tinham como objetivo modificar as práticas dos médicos sanitaristas, pois suas ações voltavam-se para o controle do meio ambiente, vacinas, saneamento devido à alta prevalência das doenças transmissíveis. Os médicos da Saúde Pública estavam pouco interessados nas questões higienistas individuais, isto é, na educação dos indivíduos e cuidados higiênicos. A proposta médico-sanitária também introduz a questão de que os médicos deveriam se interessar no cuidado de si, mas não necessariamente feito por médicos. O próprio Paula Souza criou um novo profissional na equipe para se ocupar desta função, as educadoras sanitárias. A

escolha de Paula Souza recaiu sobre as mulheres com formação pedagógica, pois já estavam preparadas para fazer a educação dos indivíduos, faltando-lhes conhecimentos higiênicos sanitários. Assim, foi criado um curso de formação para estes profissionais. Deve-se lembrar que não foi sem conflito que este profissional veio a ser incorporado na equipe, principalmente entre os médicos e pela população, uma vez que este era socialmente responsável pelo cuidado da doença e, para os críticos da proposta, delegavam-se atribuições exclusivamente médicas para este novo profissional.

Embora já prenunciasse o trabalho em equipe com educadoras sanitárias, visitadoras sanitárias, médicos sanitaristas e engenheiro sanitários, a equipe não comportava o médico generalista, pois a este fica delegada a atenção curativa. Esta questão é retomada pelos movimentos da reforma médica na década de 70 e com o PSF na década de 1990.

O papel deste profissional é retomado na década de 60 e mais precisamente na de 1970, na figura do visitador sanitário, na reforma Leser, e, posteriormente, com as iniciativas que vieram a incorporar o auxiliar de saúde e agente comunitário de saúde na década de 1970 e 1980, com os PEC, e na década de 1980 e 1990, com o PACS e o PSF, respectivamente.

O controle do meio, que era executado pelas campanhas sanitárias e polícia médica, passa a ser executado pela educação sanitária. Ao antecipar os cuidados de si através da promoção e prevenção em nível do indivíduo e não do meio ambiente, promove a dicotomia prevenção versus cura.

Mesmo que a assistência médica não fosse uma questão colocada, esta ação sempre foi objeto de discussão no sentido de definir sua utilidade na proposta médico-sanitária, isto é, qual era sua utilidade para as ações desenvolvidas, sendo definida que seria para rastrear doenças e desta forma não se sobrepõe à medicina liberal, ao contrário, detectava casos que seriam posteriormente tratados neste nível. Aqui se vê já um antecedente da preservação deste campo de atuação como uma defesa da prática médica liberal, pois, com a introdução da medicina previdenciária, a atenção médica curativa colocou-se como um mercado de trabalho promissor. Na proposta de Paula Souza, a introdução desta atribuição para a consulta médica não era conflitante, ao contrário, a Saúde Pública potencializava a médica liberal, definindo assim uma relação entre assistência pública e privada, que se acentua nas décadas de 1960 e 1970.

Assim, Paula Souza antecipa várias questões para a temática integralidade da atenção com sua proposta de integração médico-sanitária, mas ainda na perspectiva higienista. Na década de 1990, esta é retomada pela integração de ações de prevenção (vacina, controle das moléstias infecciosas) e o pronto atendimento e demandas por atenção curativa. O modelo médico-sanitário antecipa diversas questões que é um problema para a constituição da noção de APS.

A Integração Prevenção Cura e a Proposta da SESP

O período que se inicia em 1923 e vai até 1968, conforme assinalado anteriormente, foi marcado pela emergência do modelo médico-sanitário na Saúde

Pública e pela emergência da medicina previdenciária. Esta paulatinamente assumira papel preponderante enquanto atenção mais compatível com as necessidades sociais da época, o que leva a uma relativa estagnação da Saúde Pública.

Enquanto a assistência médica da Previdência Social evoluía restrita aos seus contribuintes urbanos, em 1942, no âmbito da Saúde Pública, surgia a proposta de um Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), uma mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal. A criação do SESP foi resultado de acordo entre os governos dos EUA e Brasil em obediência à III Reunião dos Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas (Rio de Janeiro, 1942), com objetivo de proporcionar apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos e que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil no desenrolar da II guerra mundial. O SESP atuou inicialmente em áreas de extração da borracha e de minério. Construíram-se postos permanentes de saúde e postos rurais regionalizados e hierarquizados formando uma rede de serviços de Saúde Pública, compondo com os serviços estaduais e municipais uma rede de atenção básica, em que atuava uma equipe de saúde multiprofissional com sanitaristas em tempo integral e uma equipe auxiliar com laboratoristas, médicos consultantes, visitantes domiciliares. Seu modelo de atuação era inovador, pois articulavam ações de âmbito preventivo e curativo, como: saneamento rural e urbano (água, dejetos, construção de fossas, higiene da habitação); fiscalização de gêneros alimentícios; assistência médica ao adulto à mulher e à criança; exames laboratoriais (urina, sangue, fezes, escarro e muco nasal); educação sanitária, principalmente voltada para controle de doenças infecciosas, como profilaxia e

estudo da malária; construção de postos de saúde e hospitais; e treinamento de pessoal.

Na década de 1960, o acordo com o governo americano foi renovado e as atividades do SESP foram ampliadas para outros Estados, bem como o leque de ações no campo da Saúde Pública, quando foi transformado em fundação e vinculado ao MS (lei nº 3760, 11/04/1960).^{*} Em 1969, suas funções foram redefinidas e voltadas para saneamento, treinamento de recursos humanos e estudos científicos, e, em 1990, incorporada à SUCAM, na constituição da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. (Ramos, 1972; Merhy, 1992, 1997; Mercadante, 2002, pp. 235-314; Nemes Filho, 1993, p 227; Silva, J.A. 2001; Fausto, 2005, p.99)

Nos primeiros anos de atuação do SESP, a assistência médica e socorros cirúrgicos de urgência eram a sua principal atividade. Além destas atividades assistenciais, procurou melhorar as condições de saneamento nas áreas que ocupava. Ao final da guerra, seu esforço dirigiu-se para transformar as unidades instaladas em unidades permanentes, voltadas para equacionamento dos problemas locais de saúde, dando um cunho essencialmente preventivo. A assistência médica passa a ser realizada quando necessária, pois na maioria das vezes era o único serviço de saúde em grandes territórios. Assim, a assistência médica curativa era desenvolvida sob controle: “o desenvolvimento de atividades de assistência médica por parte das unidades sanitárias era encarado como uma grave inflação às boas normas de trabalho deste órgão, ou reflexo do baixo nível educacional da população, incapaz de compreender o alcance e o real sentido das medidas preventivas”. (Ramos, 1972)

^{*} Com a transferência da SESP para o MS esta passa a ser denominada Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP)

O SESP destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, tais como “técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em Saúde Pública. Foi pioneiro em atendimento médico-domiciliar, com o uso de pessoal auxiliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos inclusive internação em especialidades básicas em suas Unidades Mistas. A atuação bem sucedida deve-se em grande medida à gestão profissional viabilizada pela adoção de regime de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva de seus quadros.” (Mercadante, 2002, p. 240)

O modelo de unidades implantado pelo SESP inova ao introduzir a assistência médica curativa e emergencial, ampliando a corrente médico sanitária iniciada na década de 1920 com Paula Souza. Assim, durante os primeiros vinte anos de sua atuação, foi motivo de divergência entre os sanitaristas brasileiros defensores da manutenção dos serviços permanentes verticalizados. A oposição ao modelo de trabalho da FESP era de ordem técnica, administrativa, política e financeira. Debatiam-se: sua independência relativamente ao Departamento Nacional de Saúde; a inadequação do modelo empregado para qualquer das condições sociais e sanitárias; a quantidade de recursos investidos, tendo em vista o custo desta atividade, pois a consulta e medicamentos consumiam a maioria dos recursos despendidos, e isto era subsidiado pelo SESP. Para estes sanitaristas do DNS, a FESP reduzia a situação da saúde a uma questão técnica, mas seu modelo parecia impossível para todo País.

Nota-se que para o objetivo deste eixo de análise recuperam os antecedentes da temática da integralidade. O modelo tecno-assistencial desenvolvido pela SESP integrava as ações do modelo tecnológico do campanhismo e médico-sanitário, além de assistenciais, num esforço de integração da prevenção e cura, mantinha estes campos de atuação convivendo pacificamente, mas “assistencialmente dicotomizados”. Avançava nos aspectos organizacionais através de “atividades programadas, associando: controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividades de higiene em geral e organização ‘científica’, em termos administrativos, dos serviços públicos”. (Merhy, 1997, p. 209)

Segundo Fausto (2005, p. 97), no contexto do País em que as instituições de saúde se organizavam em dois pólos distintos, caracterizando um “sistema” dual, a SESP “apontava para um modelo de atenção diferenciado, oferecendo ações de caráter coletivo e preventivo associadas à assistência curativa. Do ponto de vista institucional, suas ações eram autônomas e desarticuladas em relação às outras instituições de saúde.

Destaca ainda a autora que, desde os anos 40, suas atividades estavam “baseadas em um cuidado compreensivo, que conciliava o trabalho de médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, além de técnicos da área de saneamento, cuja ação desses profissionais se pretendia integrada, conectando a assistência médica curativa com ações preventivas e de promoção da saúde.” Deste modo, antecipou um modelo de organização de ações que seria reeditado na atenção primária dos anos 1970, pois o enfoque institucional “não

estava na utilização de pessoal altamente especializado. A qualificação de seus profissionais era mais no sentido do preparo para realizar ações de cunho social e comunitário”. .(Fausto, 2005, pp.99-100)

Nota-se aqui que o modelo assistencial da SESP representou, naquele momento, uma ampliação dos ideais médicos sanitários, com a implantação de serviços para atenção individual e coletiva, associados à idéia de organização e programação dos serviços. Do ponto de vista deste estudo, representou uma aproximação quanto à necessidade de articular as dimensões política, organizacional e dos processos de trabalho. Embora tenha sido desenvolvido em áreas restritas, suas concepções teóricas conceituais e vários elementos de sua matriz organizacional foram retomados no final da década de 1960 e na década de 1970. Neste período, a discussão da assistência médica pelo setor de Saúde Pública era incipiente, uma vez que as concepções dominantes eram a dicotomia entre medicina previdenciária e Saúde Pública. Mas, frente à pressão por assistência médica e à crise da Previdência, assim como frente às novas propostas de serviços de saúde originários dos movimentos da medicina comunitária, assiste-se a propostas institucionais para a superação da crise, bastante novas, tal qual a primeira reforma dos serviços de Saúde Pública de SP, comandada pelo secretário Leser. Estas propostas, em 1967-1969, antecipam os PEC (Programas de Extensão de Cobertura), como o PIASS, projetados pelo nível federal, nos anos 1970. A primeira Reforma Leser é uma política de extensão de cobertura que utilizando a estrutura já existente da Saúde Pública da SES-SP, a qual será analisada no próximo item. (Nemes, 1993).

Em termos federais, os avanços conceituais e programáticos desenvolvidos pela SESP foram também reelaborados em 1980 e em 1990 com a criação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde de Família, respectivamente. Segundo Silva J.A, (2001), a SESP “teve uma grande importância na concepção de diretrizes que, hoje, orientam as práticas de trabalho na proposição dos PACS de do PSF”. A autora demonstrou que a SESP foi um “laboratório”, pioneiro na criação de modelos de práticas, de diretrizes e princípios: entre estes aspectos destacam-se:

- a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade;-
- o planejamento, a programação e a avaliação, realizados em nível central;
- a informação como base para a responsabilização sobre a população da área de abrangência;
- a abordagem integral da família;
- a unidade de saúde dinâmica, não estática: a unidade de saúde vai à população e vice- versa;
- adscrição de clientela;
- utilização de pessoal auxiliar para ampliar a cobertura para populações específicas e para atendimento a grupos prioritários, gestantes e crianças, e para controlar doenças transmissíveis;

- o monitoramento do trabalho e o treinamento de parteiras leigas, as ‘curiosas’;
- a incorporação das atividades de assistência médica ao trabalho das unidades de saúde;
- a visita domiciliar realizada por visitador sanitário, e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária;
- o tratamento supervisionado para o controle de doenças prevalentes, como a tuberculose;
- a organização de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado: postos de saúde, unidades sanitárias, unidades mistas e hospitais;
- o enfoque inter-setorial; a incorporação das atividades de saneamento básico ao trabalho das unidades, através da atuação do inspetor de saneamento e do engenheiro;
- capacitação, em serviço, de profissionais e a preparação de pessoal de nível médio: laboratorista, auxiliar hospitalar, visitadora sanitária, guarda sanitário, auxiliar de saneamento, higienista;
- a educação continuada para os profissionais;
- a educação em saúde;
- a integração docente-assistencial;

- o apoio às escolas de nível superior, em especial as de enfermagem, em quase todo o Brasil, para garantir formação dos profissionais necessários às ações de saúde. Silva J. A. (2001, pp.10-11)

Dos programas de cobertura, o PIASS foi o que teve maior projeção, suas diretrizes básicas eram:

I – ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;

II – ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento de nosologias mais freqüentes e na detecção dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;

III – desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia;

IV – integração dos diversos organismos públicos do SNS;

V – ampla participação comunitária;

VI – desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente. (Bastos, 1981; Silva, 2001, p. 13). Portanto, é claro o grande aproveitamento do modelo SESP na reorganização das ações de Saúde Pública no Brasil.

A Integração Bio-psico-social na Assistência Médica Individual e as Propostas de Reforma Médica

Os movimentos da reforma médica expressaram possibilidades de respostas à crise da assistência médica, num contexto do crescente reconhecimento da saúde como direito social. Esta crise era resultado de várias condições: a necessidade de recomposição do ato médico individual ultra-especializado, o aumento do custo da assistência devido à crescente incorporação tecnológica, a elitização da assistência com baixa capacidade resolutiva, à necessidade de racionalização dos serviços de saúde e a extensão dos cuidados resultantes das condições econômicas e políticas. (Donangelo, 1979, p.77; Cyrino, 1993) E, além disso, toda a formação médica e a prática médica centram-se em modelo científico biológico da assistência (modelo flexneriano), que resultava, entre outras, a ultra-especialização na formação e na prática da medicina.

A formação dos profissionais de saúde nos Estados Unidos, no início do século XX, foi definida tendo como referência o Relatório de A. Flexner. Este educador, formado pela Universidade Johns Hopkins, ao analisar as escolas de Medicina dos Estados Unidos e Canadá, observou um desnível na qualificação dos profissionais entre as diversas escolas, tendo suas conclusões profundo impacto na formação dos médicos. Assim, ele estruturou o ensino médico, adaptou as escolas de medicina aos requisitos da medicina científica e tecnológica. O ensino passa a ser desenvolvido preferencialmente dentro do hospital e nos laboratórios; como consequência, a formação médica caracterizava-se pelo adestramento e pela utilização de alta tecnologia, cuidado individual e fragmentação em especialidades.

Influenciou ainda a criação das escolas de Saúde Pública, cuja função era trabalhar com a higiene e que fosse voltada para aspectos mais práticos e administrativos da saúde e pela procura dos fatores determinantes da saúde/doença, e no estudo das doenças mais frequentes. O relatório Flexner influenciou o ensino médico em diversos países.

Segundo Donangelo (1979, p.78) e Arouca (1975), estes movimentos, na primeira metade do século XX, corresponderam à possibilidade de “penetração do Estado na área de assistência médica, como principal produtor de serviços” com o objetivo de efetivar o acesso aos serviços médicos para população que não podia pagar, sobretudo nos Estados Unidos pela crise gerada na grande depressão de 1929.

No entanto, na típica leitura liberal das questões sociais nos Estados Unidos, a crise também foi atribuída à prática profissional e ao ensino médico. Neste contexto, a qualidade do ato médico passa a ser considerado como um dos obstáculos à efetivação do consumo de serviços de saúde, incapaz de responder às necessidades menos especializadas e mais gerais da população, consequência da formação médica, pois havia um desajuste do conteúdo técnico das ações dos médicos em relação às necessidades colocadas pela sociedade.

Diante desta leitura, os movimentos da reforma médica vão estabelecer articulações com projetos menos radicais de reforma de saúde, localizando nos projetos de reforma da escola médica, tais como a medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária, que surgem como propostas de ensino e não reformas da rede de serviços. Estes projetos buscavam responder a demandas por assistência médica através da manipulação de aspectos parciais da prática médica e,

no caso da proposta da medicina comunitária, também parciais na estrutura de produção de serviços. Implicavam uma tentativa de **integração do social à prática**, dentro dos limites da leitura liberal que realizavam. Esses projetos adquirem maior impulso nas décadas de 1940 e 1950. No Brasil, apresentam-se nos anos 1960, com os mesmos determinantes das políticas estatais para ampliação do consumo de assistência médica, e têm como eixo o questionamento do modelo hegemônico da medicina na busca por uma **atenção integral**. (Donnangelo, 1979, p. 9; Arouca, 1975, p.107)

O foco principal de interferência destes movimentos está na recomposição dos elementos internos da prática médica, o ato médico individual que, ao incorporar uma visão do todo bio-psico-social, superaria o caráter fragmentário da prática, resolveria a “questão da eficiência técnica”, reduziria os custos médicos e adequaria o desempenho da medicina frente às necessidades sociais. (Donangelo, 1979, p.79)

A crítica ao caráter fragmentário da prática comportava duas dimensões: a fragmentação do objeto individual, alvo das interferências parciais dos especialistas, e a fragmentação do processo saúde-doença, consubstanciada no corte entre ações curativas e preventivas, pelo qual “o processo saúde-doença aparece despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição”. Para sua reconstituição, deveria a prática médica descentrar-se do enfoque biológico e reorientar o ato médico “no sentido de aprender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental”, considerando o conjunto de fatores e suas inter-relações que concorrem para a emergência da enfermidade. Deste modo, a

interferência no objeto se orientaria para momentos mais precoces do processo saúde-doença, desencadeando ações preventivas, antecipando-se, assim, sempre que possível a necessidade de recursos a ações curativas. Estes movimentos centravam seu foco operacional no próprio profissional, agente por excelência da reforma, o que leva a uma “ reforma educacional como parte integrante dessa estratégia, dado que as práticas predominantes da escola médica contribuem para reforçar o caráter fragmentário da medicina”. (Donangelo 1979, pp.79-80)

A sistematização destes princípios e o desenvolvimento de estratégias operacionais voltaram-se para a superposição dos campos da medicina integral com a medicina preventiva.

As concepções que nortearam a emergência da medicina preventiva representavam um ruptura com a higiene, seu campo precursor, e seu instrumento de trabalho, a educação sanitária, que elaborava uma dada normatividade sobre o indivíduo. A medicina preventiva passa agora a elaborar uma normatividade sobre o profissional para desenvolver uma nova atitude no estudante pela introdução de aspectos preventivos no ensino médico. A higiene, ao ser reelaborada na década de 1950 com as concepções da medicina preventiva, constituiu uma nova disciplina do ensino médico.

A medicina preventiva encontrou seu referencial teórico no modelo explicativo da história natural da doença (HND), desenvolvido por Level e Clark (1976). Este modelo define que a visibilidade clínica da doença é expressão de condições não visíveis (lesões em curso assintomáticas) e riscos de natureza ambiental (meio ambiente e modo de vida) que poderiam levar a lesões futuras;

assim o modelo da HND supera o conceito da unicausalidade, e a doença passa a ser considerada como decorrente de múltiplas causas, resultado da interação entre o hospedeiro, o agente e o meio ambiente, seguindo um “curso mais ou menos natural” e que deve ser “interrompido [...] o mais cedo possível”. Este curso natural foi delimitado em períodos com a construção de um sistema teórico que reorganiza o conhecimento e propõe conceitos básicos de medicina preventiva, interagindo com a proposta de ações assistenciais de prevenção, delimitadas nos períodos, e denominadas de prevenção primária, secundária e terciária, configurando assim um “sistema articulado de cuidados [preventivos e curativos] em níveis progressivos de atuação”. (Level e Clark, 1976; Cyrino, 1993, p. 50; Schraiber, 1996, p. 42)

A operacionalização dos conceitos da medicina preventiva deu-se através da criação de cátedras de Medicina Preventiva nas escolas médicas inicialmente na Inglaterra e posteriormente no Canadá e nos Estados Unidos. (Cyrino, 1993) Ao buscar a adequação da escola médica às necessidades de saúde, tendo como eixo a recomposição do ato médico, reparava, ainda que parcialmente, os efeitos radicais da separação entre Saúde Pública e Atenção Médica a cargo do Estado e da iniciativa privada, respectivamente. (Donangelo, 1979, p. 79)

A autora também salienta que, ao reduzir a problemática à área da educação médica, os movimentos de reforma médica tinham capacidade limitada de produzir reformas no modo de produção de serviços médicos e no modelo assistencial vigente, pois não interferiam em todos os elementos que determinavam a crise. (Donangelo, 1979)

Faz-se aqui referência aos sentidos que este movimento de reforma médica representa para a temática da integralidade, através dos projetos da medicina integral e da medicina preventiva, pois estes acrescentam conteúdos à noção de integralidade. Ao reconhecer a dimensão social do processo saúde-doença, recupera-se um objeto de trabalho que deve ser aprendido na sua totalidade, isto é, o ser humano na sua expressão bio-psico-social, produzindo atos médicos capazes de apreender este objeto na sua dimensão individual e social. Também ao introduzir um sistema articulado de cuidado, pelo modelo da HND introduz a necessidade de mudanças em aspectos organizacionais do sistema no sentido de maior integração de ações e dos modelos assistenciais vigentes (sanitarismo e a clínica).

Já no continente latino-americano, dadas as condições estruturais de desigualdades sociais historicamente construídas, a “Medicina Preventiva vai mostrar constante tensão e contradição, expondo um discurso crítico de um lado, e de outro, de defesa desta forma de pensar ‘transformadora’ de atitudes e ‘adequada’ tecnologicamente ao ensino e à Saúde Pública”. Assim, o movimento preventivista não vai se articular à sociedade civil, como ocorre nos Estados Unidos, mas ao Estado que, no Brasil, já participa do controle das ações de saúde. (Cyrino, 1993, p. 53)

Assim, a medicina integral e a medicina preventiva “são incorporadas pelo Estado, dirigiram-se no sentido de projetos racionalizadores da atenção médica, abrindo espaço progressivamente para se tratar da questão dos custos, por via da racionalização permitida a partir do planejamento e da avaliação da atenção médica”. Com esta nova concepção, cada vez mais presente, os Departamentos de Medicina

Preventiva vão substituir a estratégia de integração intra-escolar por uma integração com a comunidade, através da equipe de saúde. (Cyrino, 1993, p. 53).

A viabilidade desta atuação e sua operacionalização deveriam então ser então construídas pela definição de novos modelos de atuação que “dêem conta da estrutura inadequada da prática médica e promovam a sua extensão segundo padrões que respondam às necessidades de saúde das populações”. Estas necessidades seriam aprendidas pela aproximação da realidade, enquanto doença no coletivo e, portanto, pelo instrumental da epidemiologia. A introdução da Medicina Preventiva corresponde à introdução mais definitiva da epidemiologia como saber, ao lado de todo o instrumental clínico, na operação dos serviços experimentais de saúde. Estes serviços experimentais são implantados vinculados às escolas médicas, que, além de prestar serviços à comunidade, vai trabalhar no desenvolvimento e experimentação dessa nova “estrutura assistencial”. (Cyrino, 1993, p.55)

Nesta conjuntura, em termos práticos, prevalece a proposta da medicina comunitária difundida para a América Latina, no início da década de 70, com apoio das agências internacionais. Assim, os movimentos da Medicina Integral e Preventiva tornam-se programas de medicina comunitária nas Escolas Médicas, apresenta-se como política social voltada para atender os grupos sociais de baixa renda que se encontram excluídos do acesso à assistência médica. Note-se que tais parcelas da sociedade não representavam potenciais de consumidores diretos dos serviços privados de saúde. (Cyrino, 1993, p.54).

Embora a proposta de medicina comunitária mantivesse em seu conteúdo preparar o profissional para atuar nas necessidades de população, “o teor dessas

medidas já não se esgota em tentativas de recomposição interna do ato médico”. Tem como eixo principal de atuação proporcionar um consumo de cuidados médicos. Para sua efetivação, utiliza a interferência na esfera do consumo, e o faz mobilizando elementos externos ao ato médico, configurando assim uma reforma limitada da estrutura de assistência médica, agregando aos projetos anteriores (medicina integral e medicina preventiva) uma dimensão de prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico. (Donangelo, 1979).

A estratégia operacional da medicina comunitária se caracterizou pela implantação de um programa de ação comunitária responsável pela mobilização de recursos da comunidade e do planejamento das ações.

Este projeto de reforma, enquanto extensão dos princípios da Medicina Preventiva e Medicina Integral, também aponta para a incapacidade da educação médica na formação de profissionais com uma concepção global (bio-psico-social) do ato médico individual, de maneira que fosse capaz de resolver os problemas de saúde da comunidade. Esta inadequação é atribuída à formação que desenvolve suas atividades práticas centradas no hospital-escola, onde há um privilegiamento de conhecimentos especializados e o uso de tecnologias complexas, em oposição, portanto, àquela medicina simplificada. Uma das bases, da educação médica ‘flexneriana’, o hospital-escola, é ainda criticado, enquanto espaço privilegiado do ensino, por concentrar-se sobre problemas de saúde decorrentes de patologias pouco frequentes e complexas, do ponto de vista terapêutico e diagnóstico, representando, assim, uma “prática pouco significativa da realidade dos serviços médicos”. Com base nesses pressupostos, a educação médica vai assumir novas propostas de

mudança, norteadas pelo desenvolvimento do ensino nos chamados serviços básicos de saúde, devendo o hospital-escola assumir um novo papel ao integrar-se ao sistema de saúde. (Cyrino, 1993, p.56).

A medicina comunitária objetiva compatibilizar a necessidade de extensão de serviços com o problema dos custos crescentes vinculados à assistência médica dominante, o que se faria necessariamente através de uma **simplificação tecnológica**. Esta simplificação proposta organiza-se articulada à noção de hierarquia do cuidado, com o qual seria possível dispor de serviço de saúde de menor complexidade e mais adequado às características das necessidades de saúde da população. Estas necessidades, assim expressas, representam um conjunto de agravos à saúde distribuídos de forma relativamente homogênea, segundo um padrão no qual dois terços dos problemas que exigem cuidado médico referem-se a doenças frequentes e tecnicamente simples, que podem ser resolvidas no primeiro nível de assistência. (Cyrino 1993, p.56; Schraiber, 1989)

Com a utilização de uma medicina simplificada, esta proposta viabilizaria a participação comunitária, e eventual emprego de mão-de-obra local para realização de ações auxiliares, além de representar uma forma de superação da pobreza. Na prática, ela se caracterizou pela criação de unidades de saúde, destinadas à assistência de pequenas localidades, sem integração efetiva com o sistema público de saúde e sem grande influência no currículo das faculdades. (Marsiglia, 1995, p. 23). Ao colocar-se como estrutura paralela à estrutura existente, ela incorpora uma concepção do processo saúde-doença na sua dimensão ecológica e psico-social,

como possibilidades de recomposição dos meios de trabalho e de novos usos para esses meios, para obter maior eficiência técnica e redução de custos.

Através da noção de comunidade, cria-se um espaço de atuação da prática (externa ao hospital), ampliando seu objeto de intervenção, “além daquele restrito ao paciente”. De outro lado, busca-se uma correspondência entre a população e os serviços na qual a “população participa dos ajustes que visam adequar os serviços às suas necessidades, introduzindo-se uma dada concepção de participação popular correspondente daqueles ajustes.” (Cyrino, 1993)

Esta atuação na comunidade correspondeu ao conceito de regionalização; este não se desenvolveu a partir da medicina comunitária, mas difunde-se com a estratégia de otimizar a distribuição dos serviços de saúde. Esta noção decorre do modelo epidemiológico e se expressa na noção de que o objeto de trabalho (problemas de saúde) obedece a “determinações variáveis conforme as populações e os espaços sócio-geográficos que se considerem, havendo uma escala ótima de distribuição de serviços”. (Cyrino, 1993, p. 58)

A regionalização assumiu diferentes características nas sociedades onde foi praticada, como método de organização dos recursos de saúde. Uma base conceitual comum, no entanto, pode ser identificada, “a de que os serviços devem ser dispostos em uma região delimitada, de acordo com o nível de complexidade de atenção de cada unidade – hierarquização – (do centro de saúde e do hospital), de forma a substituir um sistema integrado com relativa autonomia”. (Cyrino, 1993, p. 59)

Para a constituição da atenção primária, as propostas de reforma médica contribuíram com diversas idéias e conceitos, além de projetos institucionais. Primeiro, deve-se considerar que o projeto da medicina comunitária redonda em esforços das agências internacionais para sua difusão que termina produzindo, em 1978, o termo APS. Em segundo lugar, havia sido elaborado todo um conjunto doutrinário relativo à recomposição do ato médico pela visão do todo bio-psico-social (integralidade), simplificação tecnológica e níveis de atenção; este último, ao se articular à teoria de sistema, introduz a noção de sistema de saúde organizado por complexidade crescente. (Schraiber, 1989)

A noção de simplificação tecnológica é o recurso para a extensão de cobertura de serviços de saúde, pois diminui custos na produção de cuidados médicos para atender às necessidades de saúde, uma vez que estas seriam compostas de patologias simples.

Essa atenção é possível pela organização de um primeiro nível de assistência que integre ações de medicina preventiva e curativa de baixa complexidade tecnológica, adequadas aos problemas de cada comunidade.

Deste modo, a medicina comunitária foi concebida muito mais como prática de saúde do que um conjunto sistematizado de princípios organizadores de um sistema de saúde, ficando localizada no primeiro nível de complexidade desse sistema, no entanto, define-se, enquanto projeto alternativo para consumo, paralela ao sistema vigente, de cuidados médicos para grupos excluídos em uma região específica. Consolida a noção de mobilização da comunidade, ao propor a utilização de pessoal auxiliar da comunidade na estrutura de serviços, mantém a noção de

integralidade, ao propor a integração das ações curativas e preventivas, e introduz a idéia de regionalização, ao definir como locus de atuação um determinado espaço geográfico. Enquanto conteúdo das práticas, propõe ainda programas alternativos de autocuidado de saúde, realizados por pessoal não profissional, revitaliza a medicina tradicional e a discussão de tecnologias apropriadas etc. (Garcia, 1983; Cyrino, 1993, p. 54). Ao incorporar as diversas concepções da Medicina Preventiva e Medicina Integral, fica subordinada a esta herança, isto é (Cyrino, 1993, p 54).

“[...]a subordinação da prática à dimensão social da saúde-doença, não tocante à integralidade entre: biológico e psico-social, medidas de caráter preventivo e curativo e práticas de saúde a nível individual e coletivo. Contudo vai deslocar seu objeto além daqueles aspectos internos do ato médico individual, da Medicina Integral, para interferir naqueles relativos a organização dos serviços de saúde”.

A medicina comunitária mantém em seu discurso o propósito de uma medicina para os pobres, mas suas idéias mais gerais lançam base para uma atenção primária para todos.

A Integração Médico-Sanitária através dos Programas Setoriais e da Programação em Saúde

Na década de 1970, o sistema previdenciário no Brasil buscava alternativas para uma solução da crise financeira. Parte dela era a incorporação de outros grupos populacionais para usufruírem de seus benefícios, principalmente a assistência médica individual. Esta era uma estratégia para sustentação do regime autoritário, face à conjuntura da crise econômica que se sucede ao milagre econômico, e que levou ao aprofundamento das desigualdades sociais no País, dando origem a projetos de intervenção diretamente sociais. (Mendes, 2004; Luz, 1979; Teixeira e Oliveira, 1986)

No setor saúde, o governo acena com um quadro de reformas, entre elas: a criação do Sistema Nacional de Saúde, os programas especiais de saúde e os programas de extensão de cobertura (PECs). Estas propostas foram amplamente discutidas no âmbito da V e VI CNS, em 1975 e 1977, conforme já visto. Atendiam às recomendações expressas no II plano Nacional de Desenvolvimento. Os PECs, como também já considerados, estenderam atenção às emergências nos centros urbanos e a atenção nas regiões rurais e periferias das grandes cidades.

Cabe um particular destaque nesse contexto histórico ao ESP, pois a política de extensão de cobertura recebeu uma interpretação diferenciada ao realizar duas subseqüentes reformas administrativas que, na realidade, constituíram uma mesma proposição, implantada em dois diferentes períodos. Essa proposição reorganizou toda estrutura assistencial dos serviços de saúde pública, primeira reforma de 1968-1969 e a segunda de 1974-1979, criou condições para implantação

de um novo modelo tecnológico, **a programação em saúde**. (Mendes-Gonçalves, 1994; Nemes, 1989,1993; e Merhy, 1992).

Para se ter uma idéia da dificuldade que tal reorganização enfrentava, o próprio modelo paulista demandou duas administrações do governo de São Paulo para sua implantação. A programação em saúde introduzida no período de 1974-1979 representava a continuidade da reforma ampla da rede dos serviços de Saúde Pública comandada em 1968-1969, ambas pelo secretário Walter Leser. Assim, no ESP, primeiro houve uma reforma da rede de distribuição dos serviços e, só no segundo mandato, um reforma de modelo tecnológico que representou significativos avanços no sentido organizacional, ao promover uma desconcentração tecno-administrativa, reorganizando todos os equipamentos da Secretaria de Saúde em uma unidade local, o Centro de Saúde, responsável pelos problemas de Saúde Pública de um dado território. Assim, os CS passaram a realizar todas as ações executadas anteriormente por 25 serviços especializados “verticais” e pelas unidades polivalentes do modelo médico-sanitário (puericultura e centros de saúde), constituindo-se em um “notável esforço de modernização e racionalização da Secretaria”. (Mendes-Gonçalves, 1994)

Os princípios que nortearam esta **primeira reforma** foram:

- Eleição do Centro de Saúde, enquanto unidade, sob comando único responsável por uma comunidade;
- Gerência única dos centros de saúde ocupada por médico sanitarista;
- Centralização normativa que correspondia à idéia de padronização das atividades;

- Existência de um sistema de informação;

Estes princípios não representaram um redirecionamento tecnológico de modelo importante, em relação aos modelos anteriores da Saúde Pública no ESP, o campanhista e o médico-sanitário de Paula Souza, uma vez que nestes modelos o objeto de trabalho “já era apreendido e manipulado na sua dimensão coletiva”, também manteve a hegemonia do controle das doenças transmissíveis. Assim, a reforma administrativa correspondeu mais a uma mudança nos aspectos organizacionais e administrativos do que nos processos de trabalho. (Nemes, 1993, p.74)

Mas, esta reforma* constituiu um grande esforço de modernização administrativa, pois implantou um novo formato organizacional para os equipamentos e criou mecanismos legais de gerência. A integração de serviços portanto, não ocorreu, limitando-se à justaposição de atividades com regras e

* A reforma, “decreto-lei nº 50.192 de 13 de agosto de 1968, instituiu quatro coordenadorias: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental, Serviços Técnicos Especializados. Nessa reforma administrativa houve um descongestionamento da cúpula da pasta e estruturação de um sistema técnico-normativo, e à organização de uma unidade regional de atuação integrada. Dispunha de diretrizes referentes à estruturação adequada das unidades de prestação de serviços, à regionalização de atividades, à adequada supervisão das unidades regionais e locais, à distribuição adequada de trabalho e de competências e à utilização plena de recursos. O decreto estabeleceu atividades de Saúde Pública excetuando a assistência hospitalar, englobadas em programas desenvolvidos pela Divisão de Saúde (unidades regionais), Distritos Sanitários (unidades sub-regionais) e Unidades Locais. Grande parte das atividades já eram desenvolvidas pela Secretaria, sendo agora incorporada a técnica de programação, foram criados órgãos de administração e planejamento nas Divisões Regionais de Saúde, para a integração em nível local; foram incorporados aos Distritos Sanitários – unidades básicas da organização – os diferentes tipos de órgãos de prestação de serviços (postos, centros, postos de puericultura, dispensários de lepra, de tuberculose ou de tracoma e higiene visual), passando a ser classificados, de acordo com o número de população abrangida, em postos de atendimento, postos de saúde e centros de saúde. Assim ficou a estruturação da rede básica (Lyda, M. Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada. São Paulo: Editora Estadual Paulista, 1994; Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Reforma Administrativa: textos Legais e regulamentares 1967-1970. São Paulo. 1971).

pessoal próprio, gerando inúmeros conflitos e desencadeando movimentos de protesto (dos médicos) contra a reforma.

Pode-se considerar que essa primeira reforma Leser antecipa, na década de 1960, proposições da APS no sentido de torná-la predominante no debate político e ideológico, ao menos pelos aspectos de uma rede permanente de assistência e também pela horizontalização de todos os programas, e antecipa aspectos das propostas formuladas pelo nível central para a política de extensão de cobertura.

Já o que caracterizou a especificidade da 2ª reforma foi o **modelo tecnológico da programação**, com a introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde, enquanto assistência subordinada à idéia de ação programática. Com isso, a assistência médica individual aparece como meio de realização de objetivos “definidos epidemiologicamente sobre o coletivo”. Esta assistência, ao contrário do modelo vertical, seria para controle das doenças em geral delimitas agora por grupos populacionais e não mais para o tratamento de certas doenças infecciosas específicas”. (Nemes, 1993, pp.73-79)

Além disso, a reforma introduz o atendimento por consultas médicas para situação de demandas espontâneas da população, conhecidas como atendimento não agendado ou de paciente “fora de dia” antes inexistente. (Schraiber, 1993c; Dalmaso, 1993,1994). Assim, a introdução da assistência médica individual nos serviços de saúde emerge de um “esforço de implantação de uma política social frente à inviabilidade de manter os investimentos apenas na assistência médica individual privada como solução para a política social na área da saúde. (Mendes-Gonçalves, 1994)

Segundo diversos estudos, o modelo da programação possui características tecnológicas que viabilizaram questões já delineadas, nas décadas anteriores, para o conjunto de serviços de saúde do País, quais sejam: a “**integração** dos serviços públicos de saúde e sua descentralização, e o papel da Secretaria Estadual na reorganização desses serviços, e, mais amplamente, a implantação do direito à saúde”.(Lyda, 1994, p.135; Braga e Paula, 1986, p. 212; Mendes-Gonçalves, 1994; Nemes, 1989,1993) Assim, a proposta buscava viabilizar a integração das práticas de saúde - integração médico-sanitária - num novo arranjo tecnológico, que propôs uma certa articulação entre agentes, instrumentos e objeto de trabalho, associado à idéia de regionalização e hierarquização dos serviços. A programação articulou, conforme, Nemes (1995) atividades e instrumentos tradicionais da medicina previdenciária com os da Saúde Pública, compondo um plano de intervenção dirigido a coletivos, com as seguintes características:

- Operação a partir de atividade eventuais (para a demanda espontânea que procurasse o serviço por qualquer motivo) e atividades de rotina (para a demanda triada para os programas);

- Programas definidos por grupos populacionais (crianças, adultos) e subprogramas em doenças de especial importância sanitária (tuberculose, hipertensão);

- Finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas;

- Hierarquização interna de atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar);

- Padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais;
- Sistema de informação que permita avaliações na própria unidade;
- Gerência de unidades por médicos sanitaristas;
- Regionalização e hierarquização das unidades.

Com a programação, surge nos centros de saúde a atenção à demanda eventual dos “indivíduos manifestadamente doentes, ou em estados de doença manifesta”, e com a qualidade de atividades integradas a ações de caráter coletivo, como vacinação, visita domiciliar, convocação de faltosos, exames laboratoriais rotineiros e educação em saúde. Todas essas atividades tinham cronograma e conteúdos normatizados, além de instrumentos a serem utilizados e rendimento previsto. As ações coletivas, como a educação em saúde, foram reordenadas tecnologicamente, com sentido global diferente dos modelos anteriores, não mais para controle do indivíduo, mas da doença no coletivo, ao lado de outras medidas que incidem imediatamente sobre o coletivo, tais como imunização e saneamento.

O modelo da programação previa, ainda, atendimento de enfermagem para clientes sadios ou não inscritos nos programas e subprogramas, destinados a captar demandas para futuros ingressos nos programas. Estavam, ainda, previstas a pré e a pós-consulta, que absorviam parte da consulta médica habitual, ligadas a outro propósito da programação: a extensão de cobertura, pois propiciavam maior rendimento do trabalho médico.

Deste modo, a “Programação pretendeu afastar a arraigada concepção do atendimento como ‘controle de sadios’”, característica do modelo de Paula Souza, que a antecedeu. Assim, a atenção médica individual passa a integrar um plano geral de intervenção articulado pela concepção da HND, organizando as ações sob a idéia da assistência integral e demonstrando que a assistência médica individual seria capaz de produzir modificações também na dimensão coletiva dos processos de saúde/doença quando subordinada a uma “gerência epidemiológica”, exercida pelo médico sanitaria. (Nemes, 1993, p. 81). Para Nemes (1995, p.22; Kehrig, 2001, p.61), a questão da integração permeou a proposta da programação que autorizou seu entendimento enquanto uma organização de trabalho, no contexto da Saúde Pública.

Pode-se já destacar a grande intervenção que essa proposta de reforma ocasiona, tanto na esfera organizativa e gerencial dos centros de saúde, quanto no conteúdo propriamente técnico (grande normatização das ações clínicas) e a hierarquização do fluxograma assistencial proposto das atividades de assistência. Com isto, pode-se afirmar ser esta reforma uma proposição não apenas de mudanças na rede de distribuição de serviço, mas sobretudo no modelo tecnológico.

Assim, a programação possibilitou dinamizar as instituições públicas para ofertar serviços de assistência médica individual, principalmente para populações rurais e da periferia urbana, construindo condições necessárias para o desenvolvimento, a partir de 1976, de uma nova fase das práticas sanitárias no ESP.

Já aqueles programas tradicionais verticais da Saúde Pública ou da assistência materno-infantil foram reorganizados em programas especiais pelo MS na segunda metade dos anos 1970. Não por acaso que o tema da programação em saúde

(planejamento) surge como tema relevante na exposição do professor José Carlos Seixas, médico sanitaria de São Paulo, na V Conferência Nacional de Saúde. O MS passa a propor atenção a grupos populacionais recortados por e com vista ao controle de riscos comuns em diferentes faixas etárias, tais como gestante, criança e pré-escolar.

Estes programas procuravam instituir algumas formas de execução simultânea (integração) de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, utilizando a educação sanitária, agora subordinada à idéia de conjunto e não mais como idéia tão central ou estruturada para agravos específicos tal qual se reduzira os programas verticais. No entanto, esses programas especiais não avançaram no sentido da implantação concreta nos serviços, pois não estavam tão articulados a outras ações já desenvolvidas na rede assistencial, ao contrário do que sucedera no modelo paulista da programação. (Kehrig, 2001, p 5; Mendes Gonçalves. 1994, p 119).

Cabe ainda ressaltar que estes programas, em nível nacional, seriam implantados num contexto de grande desarticulação da rede de serviços, o que limitava o poder público sobre as instituições, sem que houvesse uma real modificação no sistema de atenção médica. (Novaes, 1979, pp.127-128) São exemplos destes programas especiais do MS o I Programa de Atenção Materno-Infantil, proposto em 1974, e logo após, em 1977, o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco. (Lyda, 1994, p.134; D'Oliveira e Senna, 1996, p.86; Novaes, 1979, p. 125)

Do ponto de vista histórico, a programação tem sua origem em duas

vertentes de pensamento sobre os serviços de saúde: a Medicina Comunitária e o Planejamento em Saúde, embora muitas dessas idéias já estivessem presentes na primeira reforma Leser. Da medicina comunitária, utilizou elementos estruturais, tais como: a integração das atividades de promoção, prevenção e cura num mesmo serviço de saúde; a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde e a ampla utilização de agentes não médicos nos serviços. (Nemes, 1993, p. 1986)

Já do planejamento, a programação utilizou a idéia do uso racional dos recursos existentes, pois o contexto político de 1975 ampliou a viabilidade de projetos de serviços de saúde onde ações individuais e sanitárias deveriam ser “racionalizadas e integradas” para redução de custos com extensão de cobertura. Esta racionalização fica caracterizada na utilização de pré e pós-consulta que responde por procedimentos antes próprios da consulta médica, tais como: medir pressão arterial e altura e dar orientação, ações que são realizadas pela equipe de enfermagem. Essa racionalização também se apresenta nas consultas de enfermagem intercaladas à consulta médica nos programas, substituindo o uso mais intenso do trabalho médico.

Outro elemento apropriado pelo planejamento foi o diagnóstico de saúde de uma dada comunidade; ao propor a regionalização com um CS responsável pela população que assiste, a programação incorpora uma característica tecnológica importante que é a idéia de “correspondência entre o instrumento das ações de saúde e os problemas de Saúde Pública” de um coletivo tomado como conjunto populacional/espacial delimitado. (Nemes, 1993, p. 73; Mendes-Gonçalves, 1994) Deste modo, os instrumentos utilizados permitiriam apreender os casos clínicos individuais como representando um processo dinâmico de expressão da saúde e da

doença na população, e a partir disso adequar a organização dos CS, como serviços provedores de cuidados. (Nemes, 1993; Mendes-Gonçalves, 1994)

Também foram necessários novos formatos organizacionais, por exemplo implantação do fichário central antes inexistente. Isto implicava alterar de forma total todas as rotinas de atendimento existentes, e, ao mesmo tempo, instituir no CS uma padronização de triagem, matrícula, inscrição e agendamento para todos os clientes, desfazendo definitivamente a existência de ações paralelas desenvolvidas em um mesmo espaço físico, organização herdada dos programas verticais, e que a primeira reforma Leser não conseguira desfazer.

O modelo da programação também realizou algumas inovações na equipe de saúde, rearticulando o pessoal ligado à administração e às atividades de infraestrutura, médicos consultantes, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, visitador sanitário e médico sanitário, que assumiria a gerência da unidade de saúde. Muitas dessas ocupações que se apresentam na programação são recriações de antigas funções e postos de trabalho, como as educadoras sanitárias, os agentes de saneamento, as visitadoras domiciliares. Já a introdução do médico sanitário na gerência do CS representava uma estratégia nova que permitiria integrar as atividades próprias da Saúde Pública às de caráter mais assistencial. Esta seria a função principal do médico sanitário, pois, ao dispor de conhecimento da clínica e da epidemiologia, este novo ator tecnológico seria capaz de integrar estas duas concepções de objeto de trabalho, como explicita Mendes-Gonçalves (1994), “do ponto de vista epidemiológico a integração sanitária não é apenas razoável e racional, mas quase impositiva, ela certamente implica a subordinação da assistência médica

individual a uma gerência epidemiológica”; e este profissional ocupa o “vértice de um sistema hierarquizado de controle sobre o trabalho que, em tese, corresponde à sua competência em compatibilizar meios e fins na execução da atividade global do Centro de Saúde”

Há pelo menos três outros elementos da programação inspirados não completamente no planejamento, mas ganham desenvolvimentos muito maior a partir da programação. Estes elementos são futuramente efetivamente incorporados à proposta do PSF, no sentido de reorganizar um modelo de assistência de APS; são eles: a criação de um **sistema de informação** que serviria ao gerenciamento como da qualidade do trabalho, a **supervisão** através da qual se monitoraria permanentemente o trabalho realizado e também a noção idéia da **prática de avaliação**, como um elemento absolutamente necessário para as práticas de saúde dentro de uma unidade de saúde. Estes três elementos vão se cristalizar como práticas da atenção primária.

Quanto ao gerenciamento dos serviços, a primeira reforma Lezer ao introduzir os princípios básicos da centralização normativa, descentralização executiva e a existência de um de sistemas de informação, também criou condições para importantes características tecnológicas do modelo, pois implantou um novo formato organizacional para os equipamentos existentes, novos mecanismos legais de gerência e um órgão de planejamento, responsável pela normatização, e de epidemiologia, responsável pelo sistema de informação, possibilitando a supervisão e a gerência única para os centros de saúde.

Com o sistema de informação, criavam-se meios para avaliação de resultados e condições para comparação de dados de produção, ao mesmo tempo que

se estabelecia uma disciplina que permitia uma efetiva supervisão técnica. Isto era possível graças à uniformização das ações concebendo o aparelho da Saúde Pública como um corpo homogêneo cujas ações seriam auto-racionalizadas pelos mecanismos de avaliação e, por comparabilidade, a supervisão. (Mendes-Gonçalves, 1994; Nemes, 1993)

No sistema de informação estavam previstos fluxos ascendente e descendente de dados através da emissão de boletins de produção para conduzir ao planejamento das ações com base na epidemiologia e possibilitar a definição de indicadores que demonstrasse as relações “estabelecidas entre a natureza dos problemas e a natureza do trabalho.” A “criação de sistemas de informação correspondia à idéia de avaliação/planejamento global, sobre o conjunto das ações. Tais idéias somente podem ser operacionalizadas por uma organização administrativa cujas ações sejam homogêneas o que aqui, “equivale a dizer que à qualidade dos problemas (apreendidos no coletivo corresponde a qualidade do trabalho (organizado coletivamente)”. (Nemes, 1993, p. 74)

Para Schraiber (1993c), o modelo tecnológico da programação teve a pretensão de ampliar a cobertura assistencial da rede institucional da Saúde Pública, sem que esta rede perdesse o caráter de prática de Saúde Pública. Assim, embora por várias razões não tenha obtido êxito na ampliação da cobertura assistencial, como se ansiava politicamente no período, isto “não lhe anula os pressupostos metodológicos de tentar combinar extensão de cobertura com proposta de modelo tecnológico que mantinha a égide da Saúde Pública e das questões coletivas”. Em termos nacionais, isto facilitou a resolução de conflitos entre os programas especiais e a medicina

previdenciária, já referidos. Com o agravamento da crise da medicina previdenciária, a programação foi substituída por um modelo que a ela se opôs, com o CS passando a ser caracterizado por um serviço de assistência médica individual. (Nemes, 93, pp.102-103)

No entanto, a partir de 1978, ocorre uma reorientação política nacional, com base na tensão medicina previdenciária x Saúde Pública, enquanto proposta mais “ágil e tática” de entender a cobertura da AMI, readequando os interesses dos prestadores de serviços que, desde o setor privado, já se incluíam na medicina previdenciária; com isso, houve um redirecionamento no discurso do modelo tecnológico da Secretaria de Saúde do ESP, e as atividades implantadas foram paulatinamente abandonadas. E a integração é retomada para questões específicas de cobertura populacional, voltadas para as necessidades de saúde da população como exigência de aumento de cobertura da população em termos de serviços médicos, além de instrumento de mudança da prática médica. (Nemes, 1989), inicialmente na dimensão organizacional e não das práticas.

Capítulo 3

Atenção Primária no Sistema de Saúde do Brasil

3.2 Segundo Período – 1979 a 1994: a unificação da rede de atenção básica com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca de um modelo tecnológico para APS

3.2.1 O Período pelas Fontes Primárias

APS na constituição do Sistema Único de Saúde do Brasil, olhando através das Conferências Nacionais de Saúde

No período de 1978 a 1994 foram realizadas as seguintes conferências: VII, VIII e IX. A VII CNS foi convocada em 20/09/1979 (decreto nº 84016) e realizada em 1980 com o tema principal “**Expansão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos**”, aprofundado através de subtemas: Serviços Básicos de Saúde e sua articulação com os demais níveis de atendimento, recursos humanos para os serviços básicos de saúde. A VII CNS constituiu-se num fórum de debate para aprofundamento da proposta da **atenção primária** e dos **cuidados primários**, e foi estratégica na discussão sobre o **reordenamento do sistema de saúde**, abordando questões nas dimensões ético/política, organizacional e das práticas de saúde.

Em documento divulgado para apreciação na Conferência, definiu-se que a saúde é: “resultado da satisfação das necessidades básicas da população e não apenas das condições específicas de saúde, pois esta é resultado do modo de viver e a satisfação destas necessidades é fator fundamental para elevação dos níveis de saúde”. Nesta Conferência propõe-se uma “política social”, destinada à erradicação da miséria e atenuação da pobreza pela satisfação das necessidades básicas da população.

Assim, a saúde passaria a influenciar o processo de desenvolvimento nacional, exercendo uma função social integradora (p. 232). O setor saúde também deveria eliminar qualquer barreira que impedisse a integração das ações preventivas e curativas, pois as ações de proteção, recuperação e promoção são tidas como fases de

um mesmo processo, nos planos individual e coletivo, devendo ser consideradas ainda as ações dirigidas ao ambiente. A eliminação da dicotomia preventiva e curativa seria dada pela integração das atividades e de serviços em termos operacionais, com a progressiva coordenação e integração das instituições responsáveis (p.232). Em discurso, o governo também afirma sua posição ao referir que a saúde é um “direito natural do direito à própria vida” e é função do Estado prover meios adequados à promoção da saúde e à prevenção da doença – antes que à reabilitação, assegurando meios para que a participação da população se efetive e possa empenhar-se em melhorar o espírito solidário e cooperativo entre os membros das aglomerações sociais. Já a população teria a responsabilidade de participar conscientemente nos cuidados dos problemas de saúde.

A presença do diretor da OMS, Dr. Halfdan T. Mahler, na Conferência, reafirma a adesão do Brasil aos princípios da **Conferência de Alma-Ata** e da meta **“Saúde para todos no ano 2000**. Seu discurso foi “um convite à solidariedade entre os povos e ao compromisso do governo, para reduzir as iniquidades sociais”. Aponta a necessidade de profundas mudanças nos valores éticos da sociedade brasileira e que estes deveriam estar implícitos no compromisso do governo em promover o desenvolvimento nacional. As mudanças necessárias ocorreriam em função do amadurecimento político e da consciência social da enorme dívida social, suas causas e as possibilidades de resgatá-la. Dr. Carlyle Guerra de Macedo, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde, aponta a necessidade de diminuir a **dívida social acumulada** e as iniquidades que levavam à “perda de mais de 400 mil vidas brasileiras, pela inexistência, insuficiência ou inadequação de serviços de saúde, com a marginalização de grandes contingentes populacionais de qualquer assistência

ou da assistência necessária” que representa a “imensa dívida historicamente acumulada”. Daí a necessidade de esforço solidário para propiciar serviços essenciais de saúde de cobertura universal para alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000 (p. 19)

Nesta Conferência, o MS divulgou o “Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Este seria um programa interministerial, “axial” e “nuclear” das ações de saúde, prioritariamente implantado nas áreas rurais, pequenos centros urbanos e áreas de maior densidade de pobreza das cidades de médio e grande porte. Teria financiamento prioritário e adotaria tecnologia simplificada realizada por pessoal auxiliar e elementar, sem perda da eficácia e com redução de custo e aumento de produtividade.

No **plano organizacional**, a VII CNS define que os serviços básicos seriam a porta de entrada de um sistema regionalizado, estruturado em níveis de complexidade crescente e com atendimento setorializado através da adscrição de clientela às unidades de saúde. As unidades seriam adaptadas às características regionais de acordo com a complexidade local (na área urbana tem atendimento médico) e integradas a uma rede de serviços secundários e terciários, sob responsabilidade pública do MS, MPAS, dos Estados e das universidades. Estes teriam como atribuição dar apoio técnico, supervisão e ser referência para os serviços básicos. Quanto ao setor privado, a relação a ser estabelecida ainda seria objeto de estudo. A proposta define também como atribuição do nível estadual a coordenação e integração interinstitucional; o apoio, supervisão e capacitação dos recursos humanos. Deveria, ainda, desenvolver instruções normativas e de

planejamento, assegurando assim a unidade funcional.

Já aos municípios caberia administrar as unidades mais simples integrando os serviços básicos e cumprindo uma **programação mínima prioritária** através do controle de endemias, imunização, saúde materno-infantil com ênfase aos cuidados de saúde no período perinatal, primeira infância e idade escolar, alimentação e nutrição, controle do meio ambiente, doenças crônicas e degenerativas, prevenção e diagnóstico precoce das doenças mais comuns, ações para atenção à saúde mental reduzindo o excessivo número de internações psiquiátricas e desestímulo à internação. Deveria ainda desenvolver ações de vigilância epidemiológica para controle de enfermidades, fortalecer os serviços básicos superando as “visões isolacionistas, institucionais de organismos ministeriais” e implantar e desenvolver o sistema nacional de vigilância, sob coordenação do MS. Este deveria ter um sistema de laboratórios de Saúde Pública para apoio às atividades de vigilância. (p.235) Este pacote mínimo correspondia à proposta da Conferência de Alma-Ata.

Na VII CNS também apontou-se a necessidade de um sistema integrado de informação-decisão-controle, instrumento essencial para o planejamento, a coordenação e integração do sistema de saúde e administração, atendendo às necessidades da condução da política do sistema de saúde e de uma política de RH, criando carreiras funcionais para os trabalhadores de saúde, em especial para os serviços básicos. A política de recursos humanos deveria promover mudança na formação, intensificando esforços para articulação entre instituições de educação e de serviços de saúde (integração docente-assistencial), definindo regiões docentes assistenciais, integrando atividade de ensino-aprendizagem, possibilitando uma

formação geral integral (técnica e humanística).

O documento aponta ainda áreas a serem implementadas, tais como: medicamentos, imunobiológicos, hemoterapia, equipamentos, estimulando a produção no País de “tecnologia simplificada a ser utilizada na rede de serviços básicos de saúde.”

Enquanto estratégia operacional, a VII CNS preconiza a integração interinstitucional com o Ministério do Interior atuando na questão ambiental, priorizando o saneamento, a melhoria das condições habitacionais; já ao MEC caberia o desenvolvimento de RH. A Secretaria de Planejamento teria a função de promover a articulação entre os programas existentes (PIASS, PRONAN) e promover a integração entre Estados e municípios. Os serviços básicos seriam responsabilidade dos municípios, pois estes “[...]serão chamados para assumir principalmente as unidades de atendimento primário e de natureza local, utilizar a capacidade instalada existente e integrar outras instituições inclusive associações comunitárias”; para isto seria necessário a descentralização pelos estados desvinculando da prestação de serviços locais.

A coordenação estratégica seria do MS, “inter-relacionando planejamento, operação e avaliação”, desenvolvida sob responsabilidade de uma Secretaria Geral, com a função de “emitir leis/normas/regulamentos, elaborar oportunamente e adequadamente as programações necessárias, gerar tecnologias e normas apropriadas e, sobretudo, por ser abrangente, maximizar a produtividade social dos recursos disponíveis através de uma utilização eficiente”. A relação com os estados seria através de convênios, e o instrumento para desenvolvimento e

acompanhamento seria através de uma programação integrada entre MPAS/INAMPS. Deste modo, a VII CNS lançou a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) e da programação pactuada integrada. A atenção primária através do PREV-SAÚDE constituiria no “núcleo e componente axial dessas relações; integrando as ações dos antigos ‘programas especiais’ e outros realizados pelos estados”. Estes deveriam ser apoiados por um “esforço integrado de desenvolvimento institucional e da infra-estrutura técnico-administrativa das secretarias de saúde”. Caberia ao MS desenvolver “normas e padrões de atuação pelas áreas respectivas, ajustando-as com a ação integrada de todo o Ministério [...] simultaneamente, [desenvolver] esforço para apoiar e cooperar tecnicamente com as Secretarias de Saúde das unidades federadas para seu fortalecimento”. A SUCAM, o INAN e as fundações (FESP, FIOCRUZ E FNS) deveriam orientar suas atividades, nas áreas de suas responsabilidades, de acordo com as diretrizes estabelecidas e especialmente para o desenvolvimento do PREV-SAÚDE.

Para os participantes da Conferência a constituição de um programa de serviços básicos era um “processo social complexo” e teria de enfrentar obstáculos da mais variada natureza: operacionais, comportamentais e políticos, estruturais e conjunturais cuja superação exigiria uma ação estratégica apropriada.

Nota-se aqui que a VII CNS constitui-se num espaço de discussão do “modelo assistencial” para reorganizar a oferta de ações do sistema de saúde. Recupera o movimento iniciado com a criação do DNS (1920); do decreto 200 (1967), que lançou as bases de um sistema; e a lei 6229 (1975), que define suas diretrizes, as quais são marcos ordenadores que antecederam à constituição de um

sistema único. Nesta Conferência, as bases éticas, políticas e organizacionais do sistema ficam definidas, mas a **constituição do sistema passa a ser atribuída à APS**. Esta Conferência também anuncia a necessidade de mudança do “modelo tecnológico”, acenando para as mudanças nas práticas ao apontar necessidade de integrar os setores do ministério, reorganizando-os, o que propiciaria a integração dos programas especiais; esta questão é retomada na década de 1990 com a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Assim, os serviços básicos deveriam constituir-se numa estratégia e um instrumento para a reordenação de todo o sistema, ou se transformaria num **reforço** do que existia, isto é, atuar como triagem de clientela (seletividade econômica para a medicina comercial).

Neste reordenamento, adquiriria importância o processo de regionalização, como organização escalonada de níveis e unidades de atendimento e adscrição de clientela a cada unidade assistencial e proporcionaria cobertura específica, geográfica e populacional. E a adoção dos cuidados primários seria:

[..] condição para extensão de cobertura, pois as necessidades de saúde de nossa população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer apenas recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Essas necessidades correspondem a 90% da demanda total”. Assim, “[] o sistema deve ajustar-se a esses fatos e estar fundado em amplo patamar de serviços primários e básicos de atendimento”. Somente assim poderemos estender as ações de saúde a todos os brasileiros. Este é sentido da mudança necessária no âmbito do setor saúde. (p. 21)

“integração dos recursos existentes com vista a real extensão”. (p.

6), e com ampla participação da comunidade “é evidente que a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada jamais se não se contar com uma ativa, livre e consciente participação popular, em todos os níveis” (p 13)

Vê-se aqui que na VII CNS ficam definidos os sentidos pelos quais a atenção primária está tomando neste período, quais sejam: cuidados primários de saúde para extensão de cobertura, assistência primária realizada no primeiro nível de atenção, porta de entrada do sistema, reordenadora do sistema de saúde.

O aprofundamento do tema principal deu-se através dos subtemas na dimensão organizacional e das práticas de saúde. No plano organizacional pelos subtemas: regionalização e organização dos serviços nas unidades federadas, saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – O PLANASA, saneamento simplificado desenvolvimento de RH, supervisão e educação continuada, responsabilidade e articulação interinstitucional (nível federal, estadual e municipal), desenvolvimento institucional e da infra-estrutura de apoio nos estados, alimentação e nutrição e participação comunitária”; já no plano das práticas, nos subtemas: odontologia, saúde mental, doenças crônico-degenerativas, informação e vigilância epidemiológica, articulação dos serviços básicos com os serviços especializados.

Nos **planos organizacional e operacional** foram apontados os seguintes desafios:

- integrar os ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social;
- ter uma organização geral com planejamento, hierarquização dos

procedimentos;

-estabelecer uma rede de serviços de saúde integral, regionalizada, hierarquizada e dispor de sistema de referência que permita o atendimento da demanda, nos diversos níveis dos serviços, escalonados em conformidade com a complexidade requerida (p.73);

- promover a descentralização criteriosa para “garantir um mínimo de unidade funcional, que impeça o surgimento de novas manifestações de desigualdades e de novas formas de dominação [para a] satisfação das necessidades reais de saúde da população” (p.23);

- garantir a extensão do cuidado primários* principalmente para as populações rurais e nos médios e grandes centros urbanos o acesso aos serviços médicos;

- estabelecer como única porta de entrada os serviços básicos com exceção dos serviços emergências. Fica afastada a idéia que os serviços emergências sejam uma triagem médica acoplada ao serviço de “prevenção primária”;

- prestar serviços com resolutividade em todos os níveis em caráter universal sem distinção de condição sócio-econômica do cidadão, eliminando-se inclusive as clientela cativas ainda remanescentes (rurais, urbanas, e carentes);

- estabelecer a articulação dos serviços especializados com os serviços básicos de saúde, garantindo que os serviços básicos prestem uma assistência médica

* Nota-se aqui que a concepção de APS era aquela realizada por auxiliares de saúde integrados à uma rede hierarquizada.

integral, resolutiva para os problemas de saúde mais comuns;

- definir a relação e função do setor privado;

- definir a política de pessoal e as tecnologias necessárias “para estender a toda população os benefícios da assistência médica, em função dos objetivos gerais do sistema e não em função das peculiaridades de cada instituição envolvida”. (p.193).

Nota-se que o tema gerador da Conferência, a atenção primária, apontou os grandes desafios para reordenamento do sistema. Ao preferir a abordagem da atenção primária como estratégia para extensão de cobertura, não ampliou os debates para definir a relação dos serviços básicos com os emergenciais, tendo em vista que estes eram as maiores portas de entrada do sistema nos centros urbanos. Também a relação com os serviços especializados, embora tenha sido discutida as propostas avançaram pouco nesta direção.

Em relação à política de recursos humanos (**agentes do trabalho**) a VII CNS também apontou outros desafios:

- reorganização da carreira dos profissionais de saúde, com uma formação voltada para o ser integral(p 61);

- capacitação e contínuo aperfeiçoamento de pessoal como condição essencial para desenvolvimento dos serviços básicos de saúde (p 142);

- integração do sistema formador a rede assistência através de projetos de integração docente assistencial;

- utilização de pessoal auxiliar elementar em condições de resolver os problemas que não exigem a direta participação dos profissionais de nível superior, trabalhando integrado às comunidades em que atuam (p. 124);
- formação de médicos generalistas e especialistas nas especialidades básicas (p.124);
- revisão do exercício da profissão de enfermeiro (p.132), delegando ações de nível elementar ao auxiliar e técnico de enfermagem, para que possa exercer a função de capacitação e supervisão;
- democratização do saber, propiciando transferência de conhecimentos, médicos para permitir uma participação produtiva e crescente dos recursos humanos de nível elementar e médio;
- formação de técnicos em saúde bucal;

Também em relação à política de recursos humanos, a VII CNS analisou a possibilidade da implantação de uma rede de serviços básicos, apontando necessidades fundamentais que propiciariam mudanças no modelo tecnológico das práticas de saúde, tais como: redefinição das atribuições da profissão de enfermeiro e ênfase na formação de pessoal elementar. Manteve o foco no trabalho médico, mas redefinindo sua atuação como médico generalista. Já a proposta para reordenamento da assistência odontológica apresentava avanços quanto ao papel deste profissional na atenção primária e a necessidade de formação de técnicos, pois estes seriam “um recurso para redefinir os modelos assistenciais existentes, e [...] aumentar a cobertura, reduzindo os custos operacionais”. Aponta ainda que as ações de

odontologia deveriam adaptar-se à implantação de uma rede hierarquizada em complexidade crescente; cada nível deveria executar um conjunto de atividades. (p. 177).

Nesta conferência, as **práticas de saúde** foram abordadas de diferentes aspectos, cabendo aqui destacar os pontos prioritários:

- integração das ações de saúde de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, pois estavam “definitivamente superadas as proposições de separação política e organizacional entre os planos coletivos e individual do atendimento à saúde” (p 22);

- prioridade na prevenção e diagnóstico precoce através de adoção de tecnologias apropriadas, pois a “adoção de tecnologias mais simplificadas, de menor custo e adequada eficácia, não pode ser entendida como intenção de discriminar os pobres, com uma assistência de menor qualidade, [pois a] simplificação de meios corresponde à simplificação de problemas e não à simplificação das pessoas”. A adoção de tecnologias simplificadas era estratégia para assegurar o acesso a tecnologias mais sofisticadas, “quando os problemas superarem a capacidade de resolução de serviços mais simplificados”. Deste modo, os “serviços básicos e a rede básica integram o SNS e constituem sua porta de entrada normal”;

- redução do foco na medicina tecnológica e sofisticada e sua concentração em centros urbanos, e nos hospitais com aumento de custo, e reduzido acesso, pois com a adoção da atenção primária, o atendimento médico, inclusive diferenciado, e o atendimento de emergência comuns adquirem maior relevância, requerendo

unidades de maior complexidade e de capacidade de resolução dos problemas clínicos correspondentes à capacidade de cada nível de atendimento. Este seria um ponto na operação eficiente da “rede básica”.

Quanto às ações que deveriam ser realizadas, a VII CNS apontou questão para o plano individual e coletivo, com ênfase neste último. Deste modo, um núcleo essencial de atividades mínimas deveria ter presença assegurada em todos os casos através de uma infra-estrutura física proporcionada pelos municípios com apoio dos estados e da união realizando ações no domicílio, pois as “unidades locais são aquelas que prestam serviços diretamente à comunidade” e porque “[...] o interesse na atual causalidade múltipla da doença conferiu ao meio e as condições psicosociais grande importância”. (p.22) Sendo assim “estes fatores só podem ser atingidos por unidades locais de saúde dinâmicas, que atuem extra muros e no interesse das comunidades. Elas constituem hoje, em seu conjunto, a base do sistema de saúde.” Estas unidades locais seriam responsáveis pela difusão de conhecimento de higiene e alimentação, saúde e prevenção de doenças, além de estimular a participação comunitária e a integração entre os serviços, proporcionando a “integralidade do atendimento”. (p. 62) O setor público também deveria exercer funções normativas e controladoras, afim de incorporar todos os serviços de níveis secundários e terciários. O sistema resultante tenderia assim uma unicidade.

O termo modelo assistencial aparece no debate sobre assistência em saúde bucal nos serviços básicos de saúde, apontando a necessidade de mudança no modelo assistencial da odontologia, através do reordenamento da oferta e de mudanças de práticas, apontando ações que deveriam ser realizadas nos diversos

níveis do sistema.

Quanto aos programas verticais nos serviços básicos de saúde, estes teriam suas ações estendidas atingindo níveis ideais de cobertura. Seriam delegadas atividades para estas unidades para o médico generalista.(p.179) Já para doenças crônicas e degenerativas, caberiam aos serviços básicos o desenvolvimento de ações educativas, diagnóstico precoce, tratamento e atendimento dos casos de urgência, orientados por padronização adequada, e com possibilidade de encaminhamento dos casos mais complexos para atendimento especializado.

Ainda em relação às ações, a VII CNS abordou a necessidade da atenção às afecções mais comuns e à saúde mental. Para esta questão específica foi apresentada uma padronização de atividades a serem executadas em todos os níveis, incluindo prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, com ênfase na intersetorialidade, e delegação de atividades para os níveis elementares, o que demonstrava uma necessidade de mudança do modelo tecnológico; em saúde mental, anunciavam-se princípios da reforma psiquiátrica no Brasil que veio a acontecer no final da década de 1980.

Para a VE apontou-se a necessidade de ordenar o sistema, a criação de um sistema de informação e a definição de atribuições das instâncias gerenciais, não avançando portanto nas funções dos serviços básicos de saúde.

Os debates desenvolvidos nesta Conferência foram muito profícuos em apontar questões para as mudanças necessárias das práticas de saúde no sentido da conformação de um modelo tecnológico para a atenção primária.

Quanto ao **gerenciamento** do sistema, a VII CNS preconizava:

-a exclusividade do setor público na atenção primária, pois “a rede de cuidados primários” e significativa parte dos serviços especializados devem estar sob a responsabilidade direta do Estado, de forma que o governo esteja seguro e independente das pressões de interesses criados e alheios aos objetivos gerais do sistema nacional de saúde (p. 23);

- condução estratégica do MS em nível nacional, como fator crucial para articulação com os demais ministérios, propiciando a descentralização decisória e operacional aos níveis estadual e local, cabendo ao MS:

- estabelecer programas prioritários, identificar soluções nacionais para os problemas de caráter nacional, estimular à crescente nacionalização de equipamentos e insumos e “adotar procedimentos simples, apropriados, eficazes e de baixo custo, especificados em normas técnicas mais adequadas às necessidades dos programas (p. 84) e instruções condicionadas às situações locais e aplicadas sob supervisão permanente”. (p 82) Este seria o caminho para a transformação das práticas;

- padronizar condutas (profiláticas, diagnósticas e terapêuticas), de medicamentos e equipamentos, bem como adotar sistemas eficientes de supervisão, informação e avaliação.

Vê-se aqui o caráter centralizador que o ministério mantém característico ainda de sua forma de atuação no modelo campanhista.

As Secretarias Estaduais seriam como instituições nucleares do sistema,

asseguradas por mecanismos representativos multiinstitucionais, com a responsabilidade de coordenar o desenvolvimento do programa no Estado, assegurando apoio técnico e administrativo aos níveis regionais e locais e concentrados em atividades operacionais, em serviços de natureza supra local e nas atividades de apoio a todo o sistema.(p. 224)

Em relação ao **diagnóstico das necessidades** e definição das prioridades deu-se pouca ênfase. Foi mencionado que a implantação da rede de serviços básicos se apoiaria na epidemiologia e no planejamento como ponto de integração. Em relação à **avaliação** faz-se referência aos avanços “significativos nos indicadores que podem ser auferidos pela adoção de cuidados primários” e que são recomendados “modelos diferentes para avaliação”. Esta questão adquire maior relevância nas políticas governamentais somente no início da década de 1990.

A **VII CNS** foi um marco importante na discussão sobre **APS e o sistema de saúde** no Brasil. Ao eleger a APS como único tema, propiciou o aprofundamento de questões que abrangeram aspectos nas três dimensões: política, organizacional e tecnológica (processos de trabalho). Explicitou a estrutura do sistema de saúde existente e os desafios a serem enfrentados nestas três dimensões. Na dimensão organizacional definiu a conformação do sistema e as atribuições das instancias de governo e na dimensão das práticas definiu as ações a serem realizadas e seus agentes.

Já a **VIII CNS** é referendada por suas contribuições históricas para definição de princípios doutrinários para a conformação do atual Sistema Único de Saúde (SUS) e propostas para organização geral do sistema. Sua realização ocorreu

em momento de transição democrática e quando-se desenvolvem condições para realização da Assembléia Nacional Constituinte. Assumiu, assim, um caráter preparatório para definir questões referentes à saúde para a nova Constituição. Deste modo já se deparava com a possibilidade de não encontrar posicionamentos em relação à atenção primária, quanto ao seu modelo tecnológico. Deste modo, a análise realizada procurou identificar aspectos relevantes para sua implementação ou com qual sentido a atenção primária esteve presente nos debates.

Na VIII CNS, realizada em 1986, foram debatidos os seguintes temas: “Democracia é Saúde, Saúde como direito inerente à personalidade e a cidadania, reformulação do SNS e financiamento setorial”. Foi a primeira Conferência realizada com a participação da sociedade civil e mobilizou amplos segmentos da sociedade nas pré-conferências. O conteúdo das discussões versou sobre: condições de saúde da população e a dívida social, situação do sistema de saúde e suas causas, definição de aspectos doutrinários (éticos) para definição de um “novo” sistema, propostas para sua organização geral (políticas e organizacionais).

Em relação às **condições de saúde**, havia um reconhecimento da sua precariedade “traduzidas em indicadores sociais que não condizem com o estágio de crescimento econômico de modernização tecnológica do País”, e que estas condições “atingem a nós [...] nossa consciência e nossa ética profissional”. Estas condições de saúde eram agravadas pela **situação do sistema de saúde**, caracterizado por um “precário quadro institucional de assistência” além de sua inadequação para atender as necessidades assistenciais. Sua oferta de serviços caracterizava-se por: serviços especializados concentrados em regiões mais

desenvolvidas subordinados a “uma racionalidade econômica” com “esvaziamento político, técnico e financeiro dos órgãos gestores da saúde (estados e municípios)” e descoordenação entre instituições públicas, além de duplicidade das instituições. (pp.19-20)

As ineficiências do setor foram atribuídas ao custo da assistência médica e à priorização dos investimentos nesta modalidade de atenção, o que comprometia “os objetivos da universalização e equidade quanto à oferta e acesso aos serviços de saúde”, pois a oferta privilegiou “serviços de nível tecnológico elevado, cujos altos custos não correspondem ao impacto social, em **detrimento das ações básicas**” (p. 21). As deficiências na organização do sistema foram apontadas e atribuídas à ociosidade, duplicidade de instituições, falhas de organização, gerência e administração, prestação de serviços desnecessários e adoção de **tecnologias inadequadas**.(p. 26) Este quadro institucional resultava na dicotomia de medidas preventivas e curativas, pois levava a um “verdadeiro abismo de diferenças entre a gestão de medidas de ordem preventiva e as ações de medicina curativa . (p. 15).

Vê-se, assim, que havia passado 6 anos da **VII CNS**, que apontara a **atenção primária** como uma **estratégia para extensão de cobertura** e reordenamento do sistema de saúde, a questão não apresentava avanços significativos.

Para reverter o atual quadro sanitário do País e a ineficiência do setor, o sistema deveria adotar um conceito de doença em que esta fosse reconhecida como “um bem público” e resultado das condições de vida e dos modos de viver, e não só dos serviços de saúde” (p. 27). Assim, a saúde passa a ter “uma dimensão muito

maior do que simplesmente uma questão de hospitais e medicamentos. Ela se supera e quase que significa, num certo instante, o nível e qualidade de vida, algumas vezes qualidade de vida ainda não conseguida, mas sempre desejada”. (p 36). Ao adotar este conceito de saúde, as propostas deveriam contemplar: a redução dos riscos ambientais, a promoção de modos adequados de viver e de comportamento, a geração e utilização de conhecimentos adequados, de tecnologia pertinente, de fatores produtivos e, particularmente, dos recursos humanos e insumos críticos necessários à realização das atividades de saúde. Desta forma, a Conferência apontava para mudança substantivas no modelo tecnológico do sistema, mas havia questões organizacionais prementes, tal como apontado, na necessária integração funcional, na regionalização, na descentralização e na participação social. (p. 27). Foi nestes últimos aspectos que as iniciativas após Conferência voltaram-se

Na **dimensão ética e política**, esta Conferência definiu princípios que foram referendados pela lei orgânica da saúde em suas diretrizes, tais como a **direito à saúde**, pois “A saúde é hoje em dia cada vez mais considerada um valor por sua vinculação com a própria vida. Além disso, num marco jurídico moderno, [...] a saúde se constitui cada vez mais num bem público. E sendo um bem público, é, evidentemente, um direito [...] de todos e de cada um”. (p.47)

A adoção destes princípios éticos era necessária para resgatar a dívida social, e a **equidade** foi considerada o primeiro e mais nobre, e seu complemento, a **universalização**, “pois a equidade constitui-se num princípio fundamental para formulação de políticas de saúde numa sociedade democrática”. (p. :47). Além da equidade, a **participação** era vista como condição para garantir as mudanças

necessárias sem a qual não seria possível obter saúde, pois esta “além de um direito é um dever do cidadão”. Aqui a participação não era apenas um requisito para aumentar recursos, mas “um mecanismo através do qual o homem, as comunidades e a sociedade como um todo decidem sobre a construção do seu futuro”. A participação poderia dar no “planejamento, no controle da qualidade, na gestão e na fiscalização das atividades que importam fundamentalmente à comunidade”. Para viabilizar esta participação seria necessária a “aproximação, a cooperação e a integração entre pessoas e instituições sob responsabilidades do setor de saúde”. (p. 17)

Para garantia de direitos, as premissas doutrinárias deveriam se transformar em questões legais; diante dessas premissas doutrinárias, “é lícito concluir que, embora o bem juridicamente protegido pelo Estado seja a vida humana, a saúde dos habitantes deveria constituir, também, matéria de tutela estatal como direito subjetivo daqueles que seriam seus legítimos titulares.”. E o Estado não poderia eximir-se desta função, pois na atualidade não podia “negar que a preservação da saúde coletiva constitui objetivo fundamental dos Estados contemporâneos, como um dever, proporcionando serviços públicos aptos àquele fim”. (pp 75-73)

As propostas sugeridas foram unificadas na proposição do “**Sistema Unificado de Saúde**”, que deveria ter como princípio garantir a equidade e a universalidade, e as seguintes características: comando único, com autonomia administrativa e financeira aos estados e municípios, definindo responsabilidades em cada nível de governo, organizado em bases epidemiológicas, com prioridades claramente definidas em função das necessidades regionais, e suporte financeiro

proveniente de um fundo único para cada nível de governo. Quanto à prática, este sistema deveria ser coerente com a integralidade da atenção à saúde, eliminando-se as dicotomias existentes, incluindo no SUS as questões relativas aos agravos à saúde pelas condições do trabalho, do meio ambiente e saneamento básico o sistema deveria se estruturar com base nos conceitos de descentralização, regionalização e hierarquização. Neste contexto ganha destaque a municipalização dos serviços de saúde e saneamento, devendo ser estabelecidos novos mecanismos de relação com o setor privado para que se situe como característica de setor público, definida uma política de RH e mecanismos de participação da população na definição de prioridades e no acompanhamento da execução das ações programadas, e na aplicação dos recursos alocados em todos os níveis. (p.143)

A Conferência ainda apontou estratégias na **dimensão organizacional** que viabilizariam a proposta de reforma do sistema de saúde, como:

- integração dos MS e MPAS com definição das atribuições de cada estância governamental;
- descentralização, regionalização e municipalização;
- utilização da rede pública diminuindo a ociosidade e viabilizando a universalização da assistência com hierarquização dos serviços;
- reconhecimento da AIS (Ações Integradas de Saúde)* como estratégia-ponte para viabilizar a descentralização e a municipalização;

* As AIS e posteriormente o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) será detalhada no eixo1 das fontes secundárias

- financiamento do setor com a constituição de um fundo de saúde em cada instância de governo;

- redefinição da relação com rede contratada

Embora a atenção primária não tivesse sido contemplada nos debates, havia um reconhecimento de que esta representava uma tecnologia adequada e complementar às premissas organizacionais do sistema, pois os cuidados primários eram reconhecidos como alternativa a investimentos prioritários em alta tecnologias, como se nota nos dizeres: “em épocas pregressas, **menosprezamos os cuidados primários** e valorizamos por demais as tecnologias complexas, invertemos recentemente o discurso quando não a prática”, pois a “tecnologia mais complexa tem sua importância para os pacientes que necessitam de cuidados mais especializados” (p. 17), e os **cuidados primários** seriam o caminho para alcançar a assistência integral, uma vez que, com a regionalização e a hierarquização dos serviços estaria assegurado a “utilização correta, socialmente justa e criteriosamente e dosada, das altas tecnologias médicas”. Deste modo, a atenção primária é reconhecida como caminho para reverter as condições em que se encontravam o sistema de saúde. (p.21)

A proposta da **atenção primária** como “**atenção primitiva**” era rechaçada mas via-se na proposta de SPT-2000 uma consonância com os princípios que estavam sendo delineados nesta Conferência, ao afirmar que “Somente no final da década de 1960 e durante os anos de 1970, com o desenvolvimento da proposta da medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde estimulados por organismos internacionais, os estados latino-americanos

passam a conferir alguma atenção à questão do direito à saúde. Não como reconhecimento de um direito inerente à cidadania, mas, fundamentalmente, como forma de contornar certas tensões sociais resultantes do processo de desenvolvimento econômico, através de uma “medicina simplificada” para o “chamado quarto estrato residente nas zonas rurais e nas periferias”.

O Brasil nas constituições anteriores eximiu-se de definir a competência do Estado. Daí a importância de, ao lado da Declaração de Alma-Ata e da proposta de Saúde para todos no Ano 2000, esvaziadas pela OMS/OPAS, ter efetivamente ocorrido no Brasil um conjunto de movimentos sociais em torno da democratização da saúde, que culminou com a bandeira “Saúde, direito do cidadão e dever do Estado”. Nesta perspectiva, até mesmo a proposta “Saúde para todos no Ano 2000, que originalmente poderia ter um sentido de controle social, talvez seja recuperada por uma estratégia política definida pelos trabalhadores e seus aliados históricos e recriada a partir de um novo conteúdo potencialmente transformador”. (p. 49-50)

Em relação às práticas de saúde podem se recuperar alguns aspectos que definiriam as práticas a serem executadas pelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), quais sejam a universalização da assistência e a atenção integral, processo já iniciado com a AIS que estrategicamente vinha viabilizando a integração das ações, pois esta é a “garantia da integralidade do atendimento” que viabilizaria qualquer tentativa de melhoria da qualidade e eficiência dos serviços, e as AIS era o caminho “político e conceitual” e estratégia para consolidação gradual dos sistemas estaduais e municipais de saúde.

As AIS eram consideradas também caminho para promover a integração

programática já iniciada com a lei do SNS (lei 6299), que mantinha os subsistemas paralelos; esta lei pressupunha uma integração programática, que eventualmente poderia inexistir, em detrimento da população assistida, mas o que prevalecia no momento era que “os programas de **cuidados primários** de saúde” ou de atenção médica em níveis de maior complexidade, bem como “aqueles no campo da Saúde Pública, como, por exemplo, de saneamento básico, de construção de habitações em áreas rurais ou de proteção ao meio ambiente, a cargo de pastas diferentes, exigem sempre uma interação de atividades, o que, evidentemente, não pode ser viabilizado com a oportunidade e intensidade desejáveis quando subsistem vários órgãos e entidades incumbidos da coordenação da execução das atividades pertinentes, da formulação de políticas, de planos e programas coordenados em paralelo”.(p.81)

A inadequação das práticas era também atribuída à formação dos profissionais de saúde, realizada preferentemente no hospital, pois havia necessidade de mudanças, e estas poderiam ser implementadas com a integração docente-assistencial, importantíssima para a formação profissional, mas ainda carecia de definição de estratégias adequadas à sua implantação e real eficácia. Este e outros aspectos da formação estavam condicionados pela modernização de currículos que atendessem às “necessidades da política de saúde do País e que propiciassem a fixação dos médicos nas regiões onde se formaram”. Valorizou-se também a formação do médico de família ou médico geral, pois é deste profissional que se “exige um vínculo entre o médico e paciente”.(p. 132)

Quanto à composição das equipes, esta se daria pela necessidade da demanda, quer em quantidade, como na “composição multiprofissional”,

considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial. Deveriam ser incorporados os **agentes populares** de saúde, como pessoal remunerado, sob coordenação do nível local do SUS para trabalhar **educação para a saúde e cuidados primários**.

Quanto ao conteúdo da prática, foram feitas as seguintes propostas: inclusão de práticas alternativas no sistema público, possibilitando ao usuário exercer o direito democrático de escolher a terapêutica preferida; financiamento “redirecionado” para gastos em medidas de caráter coletivo, pois havia uma concentração de recursos na assistência curativa e um “absoluto descaso com o controle de doenças transmissíveis que, a despeito de um propalado consenso entre as autoridades técnicas do setor quanto à sua alta prioridade, vem recebendo um volume baixo e oscilante de recursos”. (p. 192) Os anos de 1981 e 1983 vinham apresentando uma “evolução positiva dos patamares de gasto em alimentação e nutrição e em **serviços básicos de saúde**”.

Em relação ao **diagnóstico de demandas e necessidades** para organização do sistema não se apresentava uma proposta, mas reconhecia-se que “a organização dos serviços de saúde não tem sido orientada no sentido do atendimento às prioridades epidemiológicas, ou seja, as reais necessidades da população”. E estas deveriam dar-se pela participação da comunidade. Para isto, era necessário estabelecer uma comunicação entre serviço e usuário, uma vez que a definição das necessidades de saúde e extensão e especificação de sua cobertura são definições que se “processam num campo de forças com interesses distintos que ocupam o

espaço social” e “cabe à população organizada, no exercício de sua cidadania, verificar, a cada momento histórico, quais os grupos sociais que estão participando da definição de tais necessidades, bem como os mecanismos de utilização dos recursos a fim de atendê-los. Neste contexto, é possível identificar as proposições e as estratégias viabilizadoras de mudanças das condições de saúde, formulando políticas de uma sociedade efetivamente democrática.” (p 47)

Pouca ênfase foi dada quanto aos instrumentos de trabalho para operacionalização das ações propostas. Foi observada a necessidade de ampliar o conceito de referência e contra-referência: Num sistema organizado, todo doente deveria ter o seu médico, e mesmo quando fosse a uma instituição especializada, deveria ser seu médico que o tivesse enviado e que o receberia de volta. Impossível estabelecer-se referência e contra-referência – sempre se fala referência e contra-referência – se o paciente não conhece o seu médico ou se este muda a cada consulta ou se o doente não tiver acesso a ele quando necessitar. Valorizou-se a interiorização dos médicos com retaguarda de um hospital local, “onde possa internar os seus clientes, cuidar deles enquanto internados e recebê-los de volta”.

Assim, a VIII CNS, em seus aspectos doutrinários e organizacionais, apontava questões que necessitavam ser aprofundadas para a organização das práticas, permitindo a conformação de um sistema orientado pela atenção primária.

Encerrada a VIII conferência, a constituição do SUS ainda teria que esperar por definições legais que vieram a ocorrer na Constituição de 1988 e na promulgação da lei orgânica de saúde em 1990, e estas legalizaram os pressupostos doutrinários da VIII CNS, mas, com a eleição do presidente Collor, e suas propostas

neoliberais, pareciam interromper os avanços conquistados. Desta forma, a **IX CNS** ocorreu num momento de intensa luta política, em que havia uma clara ruptura do governo central com deliberações da Constituição de 1988. Realizada após dois anos de sua convocação houve sucessivos adiamentos, pois o MS identificava que havia contradições entre sua proposta para o SUS e as que vinham dos Estados e municípios, numa clara ruptura de “diálogo entre o governo e sociedade civil”. (p. 5). Sua realização se deu pelo empenho do Conselho Nacional de Saúde “que soube exercer o controle sobre o governo”, exigindo sua realização, que ocorreu em 14/08/1992, também com ampla participação da sociedade civil.

Seu tema central: “Saúde: Municipalização é o Caminho” foi apresentado e debatido em cinco conferências magnas, quatro painéis gerais com os sub-temas: sociedade, governo e saúde; seguridade social, implantação do SUS e controle social; além de trinta e dois painéis em que foram debatidas questões que versavam sobre temas, tais como: por um modelo **tecno-assistencial** da política de saúde em defesa da vida; descentralizando e democratizando conhecimento; Saúde Pública e privada nos sistemas locais de saúde; melhoria do desempenho dos serviços públicos de saúde: pontos de estrangulamento e caminhos para a superação; hospital como centro de promoção das ações de saúde; recursos humanos em saúde e a municipalização: um novo ciclo da descentralização; redesenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde, santas casas de misericórdia e hospitais filantrópicos; a gerência na eficácia da prestação dos serviços de saúde; a saúde dos anos noventa: os recursos federais e a descentralização a gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde; o sistema único de saúde e o papel das secretarias estaduais de saúde; problemas atuais e propostas para a revisão

da política de financiamento do sistema único de saúde no Brasil; novo código de propriedade industrial: lei das patentes, uma agressão à vida, ao conhecimento e à soberania nacional; seguridade social, direito do cidadão, um dever do estado; considerações sobre a reforma sanitária brasileira face ao novo paradigma tecnológico; democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas; informação em saúde e gestão democrática.

Embora a Conferência tenha propiciado grande número de espaços para aprofundamento, o foco principal foram as questões macroestruturais e correspondiam à conjuntura política do momento em que havia uma clara dissonância entre a política neoliberal do governo que propunha a redução do estado com privatização, e a constituição que ampliava os direitos sociais e os deveres do Estado em provê-los. A **atenção primária** não esteve presente enquanto tema, ficando algumas questões pertinentes implícitas nos debates, mas o relatório final apresentou diversas propostas com sugestões para organizar a oferta no nível primário ou ainda conteúdo das ações.

Sobre as condições de saúde, o relatório identificou: indicadores inaceitáveis, disparidades regionais, permanência de doenças evitáveis, ressurgimento de velhas doenças, crescimento das doenças crônicas e degenerativas, ascensão de epidemia da AIDS, precariedade do saneamento básico (70% da população não dispõe de esgoto sanitário), insuficiente cobertura assistencial, falta de apoio à universidade brasileira, ausência de política de recursos humanos, falta de integração do sistema formador com o assistencial e baixa produtividade em todos os níveis do sistema: primário, secundário e terciário, má qualidade do atendimento do

ponto de vista técnico e das relações humanas, descontrole da política de hemoderivados. Estas condições de saúde se associavam a demandas sociais, desemprego e miséria, modelo neoliberal, recessão. Com estas questões demonstrava-se o quanto a saúde enquanto qualidade de vida estaria comprometida, e este ponto foi muito enfocado.

Além das condições estruturais, os pontos principais objeto das deliberações foram: a crise do Estado, seu projeto neoliberal e a privatização que afronta “aos interesses da sociedade assegurados na Constituição de 1988, anulando os princípios de justiça social duramente alcançados na forma da lei”. Diante disso, havia necessidade de reafirmar e defender os avanços constitucionais em relação à “seguridade social e seus componentes, indissociáveis em seu conceito e prática – Saúde, Previdência e Assistência Social – enquanto direito social de cidadania”.(p. 21). Também havia uma preocupação quanto ao orçamento da Seguridade Social; assim foi proposto que fosse “delegada ao Conselho Nacional de Seguridade Social o poder de definir anualmente o percentual de recursos destinados a cada uma das áreas envolvidas para elaboração da proposta de Lei de Diretrizes Orçamentárias”. (p. 21),

Em face dos impasses políticos, reafirma-se a necessidade de defender o SUS, promovendo a sua implantação efetiva, e, como medida operacional, avançar na descentralização através da “transferência de responsabilidades da gestão e recursos correspondentes, com a elaboração de parâmetros assistenciais, acompanhada da implantação de um sistema de custos nas unidades públicas que serviriam de referência para a elaboração de tabelas e controles do setor privado

contratado”. (p. 23). Também foi colocada a necessidade de definir a relação com o setor privado, os parâmetros e instrumentos desenvolvidos para acompanhar o processo de descentralização do setor público serviriam para acompanhar o setor privado.

Resolvida a questão da integração institucional entre o MS e o MPAS, que algumas setores governamentais não estavam integrados à nova estrutura do MS, era necessária a reformulação do conjunto de serviços numa lógica única e sob comando único. Assim, propôs-se a extinção de estruturas governamentais como a FNS e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), possibilitando que o Ministério assuma toda a responsabilidade de coordenação das políticas intersetoriais, mas para isto seria necessária uma adequação da estrutura do MS (p. 24), e este deveria também tratar das questões referentes ao meio ambiente (p. 23). Vê-se assim que havia muitas lacunas no sistema, produto de sua antiga estrutura ainda não solucionada, e problemas da gestão do sistema, tais como: definição de atribuições das instâncias estaduais, reversão de mecanismos de transferência de recursos; controle do sistema privado em todos os níveis, inclusive os planos privados de saúde, criação de mecanismos legais que impediriam o MS de afastar-se dos avanços definidos na lei.

Embora a atenção primária não tivesse sido objeto de discussão, várias questões apontavam para impedimentos, ou estruturação de condições que contribuiriam para sua implantação ou ainda que propiciasse emergir como uma questão para o sistema. Entre estas questões estava a política de recursos humanos, cujas propostas versavam sobre formas de ingresso no sistema, uniformização da

carreira, execução de plano de cargos e salários, isonomia salarial. Sobre formação, apontava-se que as instituições formadoras estavam desarticuladas do setor de prestação de serviços, havendo necessidade de revisão dos currículos, considerando os quadros nosológicos e epidemiológicos de cada região do País, e que a rede básica seria um importante espaço de treinamento prático; por isto, seria obrigatório o estágio neste nível primário “objetivando a adequação profissional à realidade social e “[...] garantir a formação de profissionais com visão integral e comprometimento social”. Também se apontou que seria atribuição do sistema único garantir no nível local uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, que possibilitasse uma atuação ética, de elevado nível técnico, através de programas de repasse contínuo de informações, capacitação.

Em relação ao diagnóstico de necessidades afirmou-se que planos, políticas de saúde, estratégias, programas de cooperação técnica e de apoio à descentralização deveriam contemplar e respeitar as diversas realidades e diferenças locais e regionais. (p. 26), orientados por critérios epidemiológicos, e o planejamento deveria ser participativo ascendente e o nível local contar com a cooperação técnica das instâncias estadual e federal; estas propostas seriam viabilizadas com a criação de comissões paritárias para elaborar critérios e planejamento a partir das realidades locais. (p. 25)

Quanto às ações individuais e coletivas, foi proposto que a União, Estados e municípios deveriam desenvolver programa de alto impacto coletivo, programa de auto-suficiência em imunobiológicos, implementar e consolidar os programas especiais e integrais na rede de serviços públicos de saúde (assistência integral à

saúde da mulher, da criança e do adolescente), contemplando todos os aspectos epidemiológicos e as especialidades do gênero feminino, distribuir gratuitamente medicamentos, cumprir dispositivos legais em relação à saúde do trabalhador, seja no atendimento básico e emergencial, e especializado, seja em unidades de referência, integral. (pp.24-25), promover a atenção à pessoa portadora de necessidades especiais com distribuição de órteses, próteses e bolsas para os ostomizados, extinção progressiva dos manicômios com substituição por uma rede de serviços diversificada e qualificada de atenção à saúde mental, através das **unidades básicas de saúde**, hospital dia, e Centro de Apoio Psico-Social (CAPS) e Núcleos de Apoio Psico-Social (NAPS) e outros.

Nota-se que em algumas propostas, embora mantivessem as concepções do modelo verticalizado, apresentaram-se também propostas que avançavam conceitualmente para mudança do modelo tecnológico, tais como as propostas para mudanças na atenção em saúde mental. Também reivindicava-se o acesso a uma assistência integral e de direitos conquistados, demonstrando assim paulatinamente que os princípios da universalidade, integralidade e equidade passavam a permear as concepções referentes à assistência a saúde, o que portanto vai demonstrando a necessidade de mudança no **modelo tecnológico de assistência**.

Em relação ao modelo assistencial foi apresentada a seguinte proposta: “faz-se necessária profunda mudança do modelo assistencial de saúde”. Este modelo deve ser construído “sobre base epidemiológica, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção, num sistema de complexidade crescente. Este modelo deve desenvolver práticas diferenciadas

segundo a realidade local, não configurando um sistema simplificado. Devem ser incorporadas as práticas alternativas aos serviços de saúde, as tecnologias populares e as ações de promoção da saúde”. (p. 27) Propõe-se assim reverter a lógica do modelo individualista, curativo, biologicista, especializado para reverter a medicalização. O novo modelo seria operacionalizado com a implantação dos distritos.

Os distritos seriam “espaço de integração e execução das diversas modalidades de ações de saúde”. Deveria garantir o atendimento universal integral nos níveis institucional, domiciliar e comunitário com equipes multiprofissionais e interdisciplinares, não se limitando à assistência individual e curativa, mas contemplando as ações de VS, VE, ações programáticas, educação em saúde, ações de saneamento, de assistência farmacêutica e outras, respeitando as prioridades epidemiológicas locais. (p. 27)

Caberia aos distritos operar mecanismos de referência e contra-referência e melhorar a qualidade do atendimento de urgência e emergência, e mecanismos de referência e contra-referência aos demais níveis de atenção; adaptar as unidades aos portadores de necessidades especiais, garantir atenção integral à saúde, respeitando as especificidades ético-culturais e da situação sanitária, com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde; definir uma política de medicamentos que incluísse produção, distribuição e fiscalização, com distribuição gratuita de medicamentos essenciais. Desenvolver estratégias para ampliar a comunicação entre profissionais e usuário com objetivo de apoiar as intervenções que garantissem a implantação da participação comunitária (p. 25) através do “fortalecimento das instâncias públicas como foros legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesse que

permeiam as relações entre o Estado e a Sociedade. Deste modo, a participação da sociedade era uma necessidade imperiosa, particularmente na atual conjuntura de nosso País, face as investidas de interesses privatizantes contrários á distribuição eqüitativa da renda nacional e dos benefícios sociais”. Um dos caminhos apresentados era a garantia do acesso, aos conselhos, a todas fontes de dados e informações de administração sobre questões financeiras da seguridade social e VE.

Nota-se que as propostas, além dos aspectos macro-institucional, também contemplavam mudanças no modelo tecnológico do sistema, e este teria como espaço privilegiado para operacionalização a atenção primária. Na discussão de modelo assistencial não houve uma distinção entre a questão da oferta de ações e serviços, e a mudança de modelo das práticas; esta **concepção de modelo** vai perdurar por toda década de 1990.

3. 2.2 O período Pelas Fontes Secundárias

3.2.2.1. EIXO 1 – A constituição de uma rede de atenção primária unificada

Este período inicia-se em 1978 com a divulgação da noção de APS na Conferência de Alma-Ata, instituindo tal atenção no plano institucional. A OMS conclama os países a redirecionar seus sistemas de saúde para proporcionar atenção ao conjunto da população, e aponta que a viabilidade para a extensão estava na adoção da estratégia da atenção primária à saúde.

Embora o Brasil estivesse ausente na referida Conferência, em 1979 na 32ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, declara-se favoravelmente ao documento “Formulação de estratégias com vistas a alcançar Saúde para todos no Ano 2000: princípios básicos e questões essenciais”, elaborado pelo conselho consultivo da OMS, que, ao final da assembléia, manifestou seu apoio aos países que a adotassem. Assim, o Brasil assume o compromisso de vincular-se ao processo de desenvolvimento da estratégia que proporcionaria a “todos uma cobertura de saúde tecnicamente adequada e economicamente exequível e socialmente justa”. (Brasil, 1980,p.:249). Após tal divulgação, formal e conceitual, a APS passa a ser referência para a formulação das propostas de política do Ministérios da Saúde e MPAS. A VII CNS (1980) e o Programa de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) são marcos que demonstram a disposição do Brasil em operacionalizar os compromissos ali assumidos. A necessidade de encontrar solução para a crise da assistência médica criara condições favoráveis neste sentido.

Após a Conferência da Alma-Ata, os princípios básicos da APS passaram a orientar as mudanças que deveriam ser implementadas nos sistemas nacionais de saúde. Para efetivar concretamente seus princípios, os governos deveriam comprometer-se politicamente de maneira inequívoca e formular ou revisar nos próximos anos suas políticas de planos nacionais de atenção primária de saúde como elemento essencial de suas atividades de desenvolvimento. (OMS, 1991, 6) Conforme já explicitado na introdução, havia discordância sobre a abrangência da aplicação da noção de APS, para países com distintas realidades sociais.

Nota-se que com a emergência do conceito de APS nesse contexto da Alma-Ata e sua articulação com a meta de SPT 2000 são adotados princípios que a deslocam da noção de **cuidados primários** para o de **atenção primária**, fazendo corresponder à primeira o conteúdo de ações técnicas e à segunda um nível de atenção ou porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, o que caracteriza uma inflexão histórica no conceito da APS, daí o corte histórico realizado neste trabalho. No Brasil, pode-se dizer que tal expansão conceitual já vinha sendo processada desde a metade da década de 70. Associada à perspectiva de direitos sociais, e, portanto, de ampliação da cidadania, já não se concebia uma atenção que excluía o acesso à assistência de maior incorporação tecnológica, e, deste modo, no Brasil, a APS passa a influenciar a reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde.

Nos países subdesenvolvidos, as sucessivas crises econômicas e os custos crescentes da assistência médica impossibilitavam a prestação de serviços ao conjunto da população segundo princípios da universalidade e equidade. Nesta situação, a APS passa a ser apreendida como uma possibilidade de prestação de serviço compatível com custos menores, e como recurso para organizar a produção de assistência voltada para populações marginais, e, no caso específico do Brasil, aos excluídos do sistema previdenciário, mantendo assim diferentes significados na apreensão da noção. Neste caso, a noção de cuidados primários parecia mais adequada.

Neste período, que vai de 1978 a 1994, recuperam-se os programas e projetos que iriam implementar as propostas da Conferência da Alma-Ata. Tal como foi feito no primeiro período, abordam-se no primeiro eixo, questões da política e do planejamento relativas às redes de serviços e sua expansão. Aborda-se ainda a

articulação destas iniciativas com o movimento da reforma sanitária que levou à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e como a APS foi absorvida por este movimento.

Já no segundo eixo abordam-se as iniciativas que propuseram reorganizar os processos de trabalho para definir um modelo tecnológico de saúde desejado para a APS. Encerra-se assim o período em 1994, com proposição do governo em reorientar a atenção básica através do PSF, uma vez que já havia condições jurídicas e institucionais para sua viabilidade.

O Movimento Municipalista e a Expansão da Rede

A noção de cuidados primários de saúde, com o sentido reduzido de uma tecnologia simplificada com baixo custo, e que viabilizaria a atenção médica a grupos minoritários, possibilitou que a noção de APS adquirisse a conotação de **atenção seletiva**. Esta noção, conforme já explicitado no primeiro período, definiu-se tecnicamente nos movimentos de reforma médica da qual a medicina comunitária foi sua expressão. Já do ponto de vista institucional, sua operacionalização deu-se através dos PECs.

Esta noção de atenção apropriada para populações marginais, isto é, não inseridas no mercado de trabalho, e sem acesso à medicina privada, surgiu nos EUA com a denominação de Medicina Comunitária, como já citado anteriormente. Sua disseminação deu-se com apoio das agências internacionais não-governamentais

através da articulação com as escolas médicas, as quais buscavam operacionalizar o movimento da medicina preventiva. A medicina preventiva, enquanto movimento da reforma médica, fundamentava-se na necessidade de reforma do ato médico, por meio de reforma do ensino médico; isto seria possível quando o médico adquirisse, na educação médica, uma visão bio-psico-social do processo de adoecimento, e, ao dispor desta nova concepção, reorientaria o seu ato profissional e as ações de saúde. Para viabilizar a formação, o ensino prático deveria ser desenvolvido nas comunidades, onde o aluno atuaria em ações de caráter preventivo e curativo e poderia associar a doença às condições do social em que eram geradas. A formação, ao integrar-se à dinâmica dos serviços, passaria a incorporar aspectos de sua organização, o que terminou por definir mais um movimento de reforma médica: a **medicina comunitária**. (Donangelo, 1979)

A medicina comunitária foi divulgada aos países membros da OPAS, através de publicações que orientavam sua operacionalização. Na América Latina e no Brasil, sua disseminação deu-se na década de 1960, apoiada por fundações privadas norte-americanas, como a Fundação Kellog e Rockefeller, através de projetos realizados mediante convênios estabelecidos entre as instituições de ensino e as instituições públicas (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde). São exemplos destes convênios: o projeto Paulinea, Vale do Ribeira, Niterói, Montes Claros e Londrina, os quais receberam a denominação de Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA). (Rosas, 1981; Fausto, 2004; Brasil, 1981; Mendes, 2004; Marsiglia, 1995; Escorel, 1998; Fausto, 2004 p.106). Fausto (2004, pp.107-110) apresentou um resumo destas experiências, localizando o ano, as instituições envolvidas e a características destes projetos.

Os projetos IDA não mantiveram as diretrizes das agências financiadoras, mas apontaram críticas a respeito da medicina simplificada e recriaram estratégias para o enfrentamento das iniquidades das políticas de saúde no Brasil e definiram as bases para a formação do movimento sanitário no País. (Escorel, 1998), e as estratégias para superar a profunda crise política institucional e financeira da Previdência Social (LUZ, 1979)

As experiências, denominadas de programas comunitários de saúde, foram desenvolvidas pelos departamentos de medicina preventiva, social e comunitária. Dirigidos para comunidades pobres e de periferia urbana, os programas tinham como objetivo a implementação de serviços básicos de saúde, integrando ações preventivas e curativas, além de campo de estágios para atividades extramuros na formação de diferentes profissionais da saúde. O trabalho era estruturado com pessoal auxiliar, que fazia a relação mais direta com a comunidade, e atividades-ensino-serviço. Havia uma heterogeneidade quanto às ações desenvolvidas, mas de modo geral tinham um campo comum: saúde materno-infantil, clínica geral para adultos e controle de doenças transmissíveis. Especialmente o projeto de Montes Claros constituiu referência para uma expansão da proposta pelo governo federal, surgindo o PIASS. Também foi referência para o movimento municipalista de saúde que começava a se articular em encontros nacionais de secretários, fornecendo-lhes bases empíricas para implantação de uma rede de atenção primária. (Silva, J.A.; 2001; Gullart, 1996; Santos, 1981) O movimento municipalista incorporou em suas proposições os princípios orientadores dos cuidados primários e posteriormente da APS. Inicia-se, desse modo, um grande movimento de expansão da rede de unidades básicas.

O movimento municipalista, no início da década de 1980 adotou APS como proposta estratégica para atuação nos municípios e alternativa para uma nova política de saúde. São exemplos disso os dois encontros sobre o tema que foram realizados principalmente com apoio da Prefeitura Municipal de São José dos Campos/SP. (Gullart, 1996; Felipe, 1983). Muitas prefeituras foram pioneiras na implantação de uma rede de cuidados primários utilizando agentes de saúde, conforme explicita Silva, J.A. (2001, p.17) que "uma das vertentes dessas iniciativas municipalistas foram os programas de agentes de saúde, iniciativa que necessitou de bastante empenho e criatividade dos responsáveis, na medida da não existência de know-how ou de estrutura oficial disponível para orientação. São José dos Campos/SP é um dos municípios que dispõe dessa experiência, desde 1979".

Estas iniciativas tiveram importante reflexo na constituição da rede de atenção básica e na disseminação do ideário da atenção primária de saúde. Segundo Fausto (2004, p.121), desenvolvida na concepção de nível primário de atenção e integrando atividades de prevenção e cura, exigia mais do que a simples instalação de postos rudimentares, tornava-se necessária a reforma da política de saúde nacional. Ainda para esta autora "os municípios tiveram papel crucial na condução de propostas alternativas para o modelo de atenção vigente no país, a atuação dos municípios foi essencial para o delineamento de propostas reformistas para o setor de saúde [...]e produziu matéria-prima para sedimentar o movimento sanitário".

As iniciativas municipalistas, juntamente com o PIASS, contribuíram para expansão da rede de postos e centros de saúde para atendimento de doenças mais comuns. A rede ambulatorial pública passou de 1122 para 13739 unidades em período

de 10 anos. (Mendes, 1993, p.28; Silva, J.A. p. 2001, p.59), além de mudanças estruturais no sistema. Silva, J.A. (2001) destaca: “importantes modificações na composição de recursos humanos, com a criação da carreira de sanitarista e a incorporação no sistema de grande número de ‘atendentes’ de Saúde Pública. Passou a ocorrer também maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e das prefeituras com o sistema de saúde do país”.

A Constituição da Rede de APS com a Unificação dos Serviços Públicos de Saúde

No início da década de 1980, a crise da Previdência, reflexo da crise fiscal e econômica do Estado, é assumida publicamente pelo governo. Em seu discurso passa a incorporar temáticas, tais como: maior racionalidade para o conjunto dos serviços de saúde, evitar duplicidade de instituições com melhor aproveitamento da rede pública instalada e maior controle nos gastos sobre o setor privado. As primeiras iniciativas, como o PPA, em realidade acentuam a relação estabelecida com o setor privado, ao tentar manter o modelo médico-assistencial privatista, mas terminam por acentuar sua crise, com a extensão de cobertura de baixo custo, agravando a fragmentação na assistência à saúde. Com o aprofundamento da crise, o MPAS busca, através de reformas pontuais, soluções técnicas, articuladas ao redirecionamento do Estado, dando início ao processo de transição democrática do “regime autoritário para um

pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento”. (Mendes, 1996, p. 60)

Legitimado pela Conferência de Alma-Ata, e com a experiência acumulada nos programas de medicina comunitária e nos programas de extensão de cobertura, o governo propõe o PREV-SAÚDE, divulgado na VII CNS. Era uma proposta para reorganização da assistência à saúde, visando estender os serviços básicos (cuidados primários) de saúde atingindo 90% da população, pois o governo contabilizava 40 milhões de brasileiros sem acesso à assistência médica. (Brasil, 1980)

O PREV-SAÚDE propunha a junção da rede de Saúde Pública com a de medicina previdenciária em um sistema unificado, regionalizada por áreas e populações definidas, com a integração dos serviços existentes hierarquizados por complexidade tecnológica crescente, independentemente do vínculo dos serviços aos subsistemas públicos/previdenciários/privados. Os serviços básicos seriam o primeiro nível, e local onde se realizaria um programa de assistência médica primária (ações básicas) à saúde (CEBES, 1981). Incluía a participação comunitária, o uso de técnicas simplificadas para ampliar os recursos disponíveis e/ou adequar melhor o programa às necessidades da população. Deste modo, a rede básica já constituída, embora insuficiente, torna-se estratégica como a porta de entrada dos serviços. Esta rede deveria articular-se os outros programas e instituições, somando esforços para garantir sua operacionalização.(Mendes, 1996; Merhy, 1997; Telese Jr., 1983) O governo demonstra, assim, que assumia as diretrizes divulgadas em Alma-Ata.

Concebido por representantes do MS e do MPAS, o PREV-SAÚDE foi recebido com desconfiança por todos os segmentos representativos da sociedade, e

antes mesmo de se tornar oficial, foi reestruturado, transformando-se numa mera proposta de racionalização do modelo vigente, e carente de legitimidade social. O debate recaía em questões de caráter ideológico dos documentos da proposta, polarizando entre: estatização/privatização, centralização/regionalização, participação/manipulação; assim o projeto oscilou entre ser visto como uma radical estatização do setor com todas as suas implicações, ou como medida racionalizadora, e que somente serviria para frear as demandas não atendidas pelo setor privado. (Oliveira e Teixeira, 1986, p.271; Mendes, 1994, p.35)

Nas discussões sobre as fontes de financiamento, vislumbra-se uma reforma tributária para definição de fontes específicas de custeio do programa, com isto abria-se a discussão para transferir a assistência médica para o Ministério da Saúde, desvinculando-a do MPAS. Para tal, havia necessidade de garantir taxas e impostos específicos. (Telese Jr., 1983)

Além dos aspectos mais macro-estruturais, Donnangelo (1983, p. 20) destaca as contribuições da nascente área de conhecimento da saúde coletiva, no sentido de apresentar subsídios para a formulação de propostas para as políticas de saúde, pois os profissionais nessa área “trataram não apenas de definir o específico significado dessas medidas face ao modelo de organização convencional da medicina, mas também de refletir sobre o desenvolvimento de adequadas tecnologias para fins de simplificação e administração de serviços, de elaborar modelos de formação de pessoal auxiliar adequado a uma nova modalidade de prática médica, de definir os significados potenciais da ‘participação comunitária’ e mesmo de indagar qual o potencial de controle social contido em tais programas, ou ainda, qual o grau de

elitização de uma estrutura nacional de serviços médicos pautada em uma divisão entre “ricos” e “pobres”(aspas da autora). Vê-se, assim, que a temática da APS explicitou diversas necessidades e questões que seriam fundamentais para operacionalização de qualquer sistema de saúde, atingindo também a formação.

Neste debate sobre o significado das propostas governamentais e suas proposições em manter um sistema público excludente, discutiu-se também qual seria o perfil adequado do profissional para um programa de serviços básicos de saúde. O debate apontava para a necessidade de médicos generalistas para um amplo programa de serviços básicos e contou com apoio da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e INAMPS.

Neste debate, acirrou-se na necessidade de definir o perfil dos egressos de programas de residência médica estruturado nos departamentos de medicina preventiva, articulados a projetos de medicina comunitária, em parceria com agências financiadoras e instituições públicas.

Não havendo consenso sobre a formação deste profissional, o debate polarizou-se em dois grupos: no primeiro, adeptos de uma residência voltada para discussão do sistema de saúde e de suas práticas, tomando-as como práticas sociais e desenvolvimento de instrumentos que apoiariam sua organização em especial a epidemiologia e o planejamento; e no segundo, a corrente que preconizava que a formação deste profissional deveria contemplar a dimensão mais operacional das práticas no sentido de viabilizar a integração das ações, evitando-se a dicotomia entre prevenção e cura, aproximando mais do pensamento da medicina integral e de suas origens, o que era rejeita pela primeira corrente.

Formaram-se, assim, dois campos paralelos na formação destes profissionais ao constituir os programas de residência em medicina geral comunitária e os de medicina preventiva e social. Esta última mais afinada com o nascente desenvolvimento de um campo de saber, a saúde coletiva, que teve maior desenvolvimento conceitual. (Paim, 1986; Elias e Mendes-Gonçalves, 1988, Nunes, 1988) O movimento pela medicina geral comunitária não teve maior expressão no período, mas manteve a **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), fundada em 1981 (SBMC, 2007)**. O debate sobre a formação de generalistas ou médicos de família é retomado com a emergência do PSF, nas discussões sobre a adequação do trabalho médico no programa e a inexistência de médicos com perfil para APS.

Segundo diversos estudos, o PREV-SAÚDE foi um programa amplo, realista e avançado de reforma da estrutura de atenção à saúde no País e estratégia para universalização dos serviços básicos de saúde. O debate que desencadeou demonstrou o quanto o governo estava pressionado pela necessidade de prestar assistência médica para novos continentes populacionais e pela incapacidade de responder diante da desorganização do sistema e o aumento do custo da atenção.

Deste modo, a APS seria a saída para a crise, uma atenção (primária) “exequível do ponto de vista técnico-administrativo e necessária economicamente como medida racionalizadora, para conter os gastos na área da assistência médica, [além de] aproveitar os recursos orçamentários existentes ou buscar novos recursos para a área de saúde”. O debate em torno do programa traçava uma linha divisória, por meio da qual é possível reunir, “de um lado, um conjunto amplo (em outros

aspectos, diversificados) de setores interessados na melhoria das condições de funcionamento do sistema de saúde, e, de outro, forças conservadoras interessadas na preservação dos amplos privilégios concedidos hoje ao setor privado articulado à Previdência Social'. (Oliveira, 1981; Telese, Jr., 1983, pp. 37;94; CEBES, 1981, p.21)

Após a VII CNS, momento em que a APS teve ampla divulgação, esta atenção primária passa a ser considerada mais um programa de medicina simplificada, para pobres das áreas rurais e urbanas. Embora em sua proposição original fosse uma estratégia para organizar, integrar todo o sistema de saúde, foi abandonada nesse momento por parte da comunidade acadêmica e pelo movimento da reforma sanitária. Assim, não obteve um grau de desenvolvimento na literatura nacional, que permitisse sua evolução conceitual, mantendo-se ausente das principais iniciativas que propuseram reorientação do sistema de saúde no Brasil, para, somente em 1994, ser retomada e adquirir o sentido de estratégia para reorientar a atenção básica e posteriormente todo o sistema. Como afirma Paim (1999, p. 492):

[...]Os cuidados primários de saúde, ao assumirem na primeira metade da década de 80 um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde no Brasil, deixaram de ser privilegiados nas proposições elaboradas durante a VIII CNS, em 1986. Entretanto, o ideário da SPT-2000 referente à integralidade, à equidade, à descentralização, à intersetorialidade, à participação da comunidade e à regionalização e hierarquização de serviços, foi

amplamente incorporado no corpo doutrinário da reforma sanitária brasileira.

Assim, no período, a noção de APS assume diferentes conteúdos: adoção de tecnologias simplificadas; extensão de cobertura; porta de entrada; serviço básico de saúde; tecnologia em saúde, estratégia para racionalização de serviços como solução para a crise financeira e um novo modelo técnico assistencial, (Telesi Júnior, 1983)

Com a explicitação da crise oficialmente, e o debate travado em torno do PREV-SAÚDE, as iniciativas governamentais do período vão privilegiar aspectos organizacionais, tais como: integração institucional, utilização da capacidade instalada, financiamento do sistema a descentralização do acesso. Assim, um conjunto de iniciativas sucedem o PREV-SAÚDE, como: CONASP, AIS e SUDS, medidas precursoras da proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS).

O governo abandona o PREV-SAÚDE e em seu lugar cria Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária o CONASP (Decreto nº 86329, em 02/1981), com a competência de operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social.

O CONASP, portaria nº 3063/MPAS de 23/08/1982) realiza um amplo diagnóstico da rede assistencial, sendo a primeira vez que um documento oficial assume uma posição crítica ao sistema de saúde previdenciário, avaliando com precisão as implicações decorrentes das formas de financiamento ao setor privado.

Reconhece a privatização da assistência médica previdenciária, a ociosidade e o desrespeito ao setor público. O documento propõe reversão gradual do modelo médico-assistencial dada a impossibilidade de um planejamento racionalizado para conter os custos crescentes. Seus autores fazem uma proposta para contenção dos gastos (aumento da produtividade e racionalização do sistema), para melhoria da qualidade dos serviços e a extensão de cobertura à população rural em condições iguais à prestada aos trabalhadores urbanos, assumindo o governo integralmente a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde. Propõe utilizar totalmente a capacidade ociosa do setor público, estimulando modalidades assistenciais que assegurem melhor qualidade assistencial, previsibilidade orçamentária e mecanismos de controle adequados. (Mendes, 1996, p. 36; Oliveira e Teixeira, 1986, p. 295).

O CONASP tinha como alvo a integração das ações de saúde, mas desdobrou-se, na prática, em vários projetos eficientizadores, com objetivo comum: a previsibilidade orçamentária, entre eles o “Plano de racionalização ambulatorial” para o desenvolvimento de uma rede ambulatorial hierarquizada que pudesse aliviar, relativamente, a demanda hospitalar (MS/MPAS, 1981). Este plano admitia duas vertentes: o credenciamento de médicos (ambulatórios) e contratação de serviços públicos, pagando de acordo com a produção potencial da capacidade instalada da rede, este plano leva às AIS.

A proposta recupera proposições gerais que constavam do PREV-SAÚDE, define-se, assim, um novo modelo hierarquizado composto pelo nível ambulatorial (primário) e do nível hospitalar (secundário e terciário). Não se prevê a participação

exclusiva do setor público em nenhum dos dois níveis. O nível ambulatorial formaria uma rede única, com os postos de assistência médica (PAMS) do INAMPS, com ambulatorios dos hospitais de ensino, com os serviços ambulatoriais privados credenciados e com os ambulatorios dos sindicatos rurais. Ficam excluídos apenas os serviços pré-pagos das empresas médicas.

A criação desta rede única deu-se através de convênios trilaterais entre MPAS/MS/Secretarias Estaduais de Saúde, dando origem ao Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) Estimava-se que os serviços ambulatoriais públicos já dispunham de uma capacidade instalada apta a produzir mais de 75% das consultas oferecidas atualmente pelo INAMPS, através de serviços próprios e contratados (mais de 200 milhões em todo País). Os serviços prestados pelos ambulatorios credenciados seriam controlados pela rede pública, assim como o encaminhamento do paciente, a qualidade e a produtividade. Criava-se, assim, uma porta única ao sistema. (Oliveira e Teixeira, 1986, pp.296-297).

Com o CONASP, avanços significativos foram alcançados para a redefinição do sistema e a organização da rede básica. Representou uma estratégia técnica e operacional que permitia a reorientação do modelo, com a participação ativa de vários segmentos da sociedade na condução do planejamento e acompanhamento da rede, introduzindo a Programação Oramentação Integrada (POI), uma estratégia para definição e acompanhamento dos recursos dependidos por instância colegiada, afastando a idéia do planejamento normativo para a de planejamento estratégico. (Brasil, 1996)

Segundo Onocko (2001) houve uma mudança substancial no discurso governamental, pois o planejamento normativo (CENDES/OPAS), discutido amplamente nas décadas de 1960 e 1970, foi substituído pelo planejamento estratégico. A maior crítica ao método normativo residia na separação entre o momento técnico e político e a ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos, em detrimento dos aspectos políticos. A POI contribuiu para introduzir uma metodologia de planejamento que se aproximava dos serviços, dando sustentação política e administrativa ao processo, pois, ao aproximar as diferentes instituições, construía de forma ascendente e participativa um novo sistema de saúde. (Kehrig, 2001; Mendes, 1986; Paim, 1986)

As mudanças desencadeadas pelo CONASP representaram um movimento muito complexo, pois contemplaram aspectos ideológicos, financeiros e político-institucional, além da discussão do macro-sistema, apontando soluções que concretamente alteraram a direção da política em curso. Viabilizaram as condições para a utilização da rede do subsetor público, como o caminho para uma reorganização da assistência médica, bem como normas para disciplinar e controlar o subsetor privado contratado. A aliança tática entre esses técnicos do movimento sanitário e o pensamento médico-liberal que dirigia o INAMPS foi importante no desenho das políticas sanitárias daquele momento. Assim, o plano propõe a “reversão gradual do modelo médico-assistencial” através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rural, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização dos equipamentos, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de

financiamento do Fundo de Assistência Social (FAS)”. (Mendes, 1996, p.39). Este modelo que começa a ser gestado teria que ser regionalizado e hierarquizado com base legal de sustentação dos convênios trilaterais entre o MPAS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais da Saúde, “o que marca o começo de um ‘concertamento dialógico’ entre culturas institucionais absolutamente distintas e separadas”. (Mendes,1996, p.122)

Em 1984, o PAIS, foi reavaliado e envolveu também o Ministério da Educação e Cultura e Secretarias Municipais, “estratégia de integração programática entre as instituições públicas federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde em nível de Unidades Federadas, com vistas no desenvolvimento dos sistemas estaduais e municipais de saúde em consonância com a política nacional de saúde. (BRASIL,1984;1986) constituindo, assim, as AIS, agora envolvendo o MEC e o nível municipal.

As AIS institucionalizaram um novo padrão de relação entre a Previdência e os setores públicos de saúde, criando mecanismos de repasse de recursos para estas instâncias que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico individual da população previdenciária. Isto já foi realizado, por exemplo, em SP no convênio CIAM.

Os primeiros convênios das AIS assinados em 1983 representavam para os municípios e estados aporte de recursos à proposta da descentralização, o que pressupõe que o Estado, em todos os níveis, assuma a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte delas, e exerça um rígido controle sobre o setor privado, com o respaldo das forças sociais atuantes no setor. É nesse contexto que emerge, em

1987, a proposta do SUDS sob a forma de convênios do INAMPS com as SES. O esforço concentrado na sua implantação possibilitou que, até final de 1987, 2500 municípios já fossem signatários do convênio. Deste modo, as AIS foram precursora para o estabelecimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

Juntamente com as AIS, o governo lança diversas estratégias para atender à população e garantir a atenção às necessidades básicas. Para atingir tal intento propõe programas de atenção integral; são exemplos destes programas o Programa da Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) que dariam atenção integral a grupos prioritários, identificados por critérios epidemiológicos e pelo seu impacto e transcendência ou significação sócio-sanitária. Eles serão tratados mais adiante no 2º eixo. Cabe lembrar agora que eles deveriam ser executados prioritariamente nos serviços básicos de saúde a cargo de toda rede pública de serviços. (Brasil, 1984)

Essas sucessivas propostas da década de 1980 eram reflexo das articulações do movimento sanitário com a burocracia estatal, em oposição ao modelo vigente. Este movimento social se formou, no interior das instituições acadêmicas e de serviços, com apoio de segmentos da sociedade civil organizada, como, por exemplos, os movimentos de sindicatos de trabalhadores, o movimento feminista, associações de bairro, comunidades eclesiais de base, os movimentos dos profissionais de saúde, com o Movimento da Renovação Médica (REME) e o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). (Nunes, 1988, p.106) Este conjunto de atores articulou proposições que foram debatidas na VIII CNS.

Na VIII CNS, todas as forças políticas interessadas na questão da saúde convergem para formatar o projeto ideológico da reforma sanitária, traçando as diretrizes éticas e políticas para constituição de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Este deveria: ser de caráter público e de responsabilidade do Estado; universal e equânime; organizar-se sob a ótica do direito à saúde em todas as esferas do governo; descentralizado e sob comando único, compondo, assim, um sistema integrado, regionalizado, hierarquizado; permitir a participação popular; avançar na integralidade das ações e promover a intersetorialidade.

A VIII CNS em 1986 não se constituiu em fórum de discussão das propostas de APS. Centrou a discussão na integração programático-institucional do Ministério da Saúde e Previdência Social, isto é, no combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucional, concebendo a necessidade de organizar os serviços de saúde numa rede hierarquizada, regionalizada por complexidade tecnológica. Aqui a APS passa a ter a conotação de porta de entrada de um sistema hierarquizado, com utilização de tecnologia apropriada (simples com baixa incorporação de tecnologias). (Merhy, 1997; Brasil, 1986, pp.144-147)

Embora, na conferência, a APS não tenha sido alvo das discussões, suas bases organizacionais foram contempladas nas diretrizes do sistema unificado e descentralizado de saúde. Este processo teve também origem na base doutrinária APS, em sua emergência nos movimentos de reforma do ensino médico.

O caráter que este movimento social de reforma sanitária imprimiu ao País foi fundamental para articular amplas forças sociais que influenciaram as deliberações da Assembléia Nacional Constituinte, realizada em 1988, quanto ao capítulo referente

à seguridade social e à saúde. A saúde manteve-se definida como um direito universal e de responsabilidade do Estado.

Apesar dos avanços constitucionais da lei e dos avanços nos documentos da reforma sanitária, restava ainda superar a profunda crise da Previdência Social. O próximo passo foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esta foi acolhida com entusiasmo pelo movimento sanitário, como afirma Arouca (1988). Criado por decreto presidencial, era uma estratégia para fortalecer o poder público, delegava responsabilidades administrativas e de gestão para o nível estadual, extinguindo as superintendências estaduais do INAMPS, desestabilizando-o. As Secretarias Estaduais de Saúde deveriam assumir as responsabilidades de coordenar o sistema. Assim como a AIS, o SUDS enfatizava os mecanismos de programação e orçamento integrados e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das comissões interinstitucionais, avançando assim na descentralização da gestão do sistema. Com a descentralização do planejamento pretendia-se reduzir o paralelismo e a ineficiência, ampliar a resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e a integração das ações. (Mendes, 1993, p.43; Mercadante, 2002; Paim, 1999, p. 492; Silva J. A., 2001). O SUDS desencadeou ainda mais dois processos no sentido da descentralização: a municipalização e a distritalização.

Contudo, a delegação de responsabilidades para os Estados não foi assumida de forma uniforme. Estes passaram a se relacionar de forma clientelística com os municípios, através de convênios. Seus recursos diminuíram e o nível estadual enfrentou dificuldades, quer de criação de estratégias, quer da dinâmica da ação política cotidiana. Assim, terminou-se por referendar, nesses dois níveis, o modelo

médico-assistencial privatista, com o setor público realizando assistência médica individual como atenção pública, em detrimento de suas tradicionais ações coletivas. Estas sobreviveram fragmentadas através da atuação residual dos programas de Saúde Pública. (Mendes, 1994, p. 46; Silva J.A., 2001, p.69; Fausto,2004), havendo uma defasagem entre o conhecimento teórico e a dinâmica da ação político-administrativa cotidiana.

Além disso, o MS se retraiu do processo, e a FSESP e SUCAM colocaram-se como opositores, restringindo sua ação à inserção representativa nas comissões interinstitucionais.

De outro lado, a proposta do SUDS apoiava a implantação dos distritos de saúde ou Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Estes têm origem em propostas da OPAS ligadas à viabilização da atenção primária tal como definida em Alma-Ata. (OMS/OPS, 1997, 1990) A releitura dos SILOS no Brasil avançou para a dimensão das práticas ao propor integrar serviços e ações de promoção, prevenção e assistência num território, organizando a oferta e não somente a produção de serviços. Como modelo para organizar a assistência, esperava-se que seu conteúdo técnico-operacional pudesse causar alteração nas práticas vigentes, o que será comentado no 2º eixo.

Além da releitura dos SILOS, iniciou-se um movimento de novas proposições entre os acadêmicos participantes da reforma sanitária, tais como: oferta organizada de serviços, ações programáticas em saúde, vigilância da saúde, defesa da vida e a promoção da saúde/cidades saudáveis, todas em um esforço de reorientação do sistema de saúde em seu modelo tecnológico. (Paim, 1999, 2003; Silva e Dalmaso,

2002; Schraiber, 1990, 1993a, 1996; Merhy, Cecílio e Filho, 1992; Silva Jr., 1996). Além destas propostas, um movimento liderado pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), com a participação da associação de usuários e familiares, foi desencadeado no período, dando início à reorientação da assistência à saúde mental no Brasil. Este movimento, denominado de reforma psiquiátrica, abrangeu as dimensão da reorganização da oferta de serviços e do modelo tecnológico. (Amarante, 1992, 2001; Tenório, 2002; Onocko, 2006; Alves, 2001)

Todas estas propostas, com exceção da reforma psiquiátrica, foram desenvolvidas em espaços mais ou menos restritos, sem a participação mais direta do governo federal, e pelo esforço de instituições acadêmicas, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Para Fausto (2004, p. 172): “essa dinâmica criativa [surge] num contexto em que a política nacional ainda não havia claramente definido suas diretrizes em relação ao modelo de atenção do SUS”. Eles avançam nos conceitos técnico-operacionais que poderiam permitir mudanças na cultura das instituições, mas não foram incorporadas pela política nacional de saúde.

Nota-se aqui que um significativo avanço no gerenciamento foi introduzido, com o planejamento estratégico através da POI. Mas havia falta de articulação entre os subsistemas nacional, estadual e municipal, e de criação de sistemas de informação integrados, com normatização, instrumentos de monitoramento e supervisão. Estes fatores levaram à não assimilação das inovações, e quando isto ocorreu foi mais pelo empenho de alguns dirigentes do que política geral para o conjunto dos serviços. O processo configurou-se mais como uma reforma administrativa do que do modelo tecnológico, pois a reforma das práticas assumiu posição secundária. É neste

contexto, conforme já explicitado, que surgem os obstáculos também para o desenvolvimento mais pleno do conceito da **atenção primária**.

Do ponto de vista da rede assistencial, a efetiva reorganização administrativa do setor possibilitou a integração definitiva das duas grandes instituições públicas, com o subsistema de Saúde Pública assumindo toda a assistência médica. As AIS e o SUDS criaram condições para abertura das unidades às demandas espontâneas por assistência médica ou também conhecidas como demandas sentidas, isto é, indivíduos com queixas que buscam os serviços de saúde. Desta forma promoveu-se dentro do subsetor da Saúde Pública, acesso ao atendimento anteriormente realizado nos hospitais e ambulatórios especializados. Assim, a ampliação da assistência médica deu-se no sentido da modalidade de pronto atendimento, e não aquela programática que caracterizava o nascimento dos centros de saúde ou unidades básicas. Estas, portanto, mudaram radicalmente o perfil dos CS, e os programas de Saúde Pública passam a assumir posição secundária em seu interior. (Dalmasso, 1993, 1994; Paim, Queiroz, 1993).

Portanto, caso se possa falar em alguma mudança de práticas, esta foi no sentido de transformar a rede de Saúde Pública mais em uma extensão da medicina previdenciária do que de articular suas assistências médicas, quer das ações preventivas ou de promoção em um modelo radicalmente novo de práticas.

Por isto Mendes-Gonçalves (1994, p 120) refere que o modelo epidemiológico da Saúde Pública foi paulatinamente substituído pelo modelo clínico, quer pela pressão da demanda, quer pela inexistência de tecnologias disponíveis ou assimiladas que a propiciassem. O modelo da programação que inicia um movimento

de integração passa agora a ser orientado pela clínica ficando a está subordinado. Assim sendo, a ampliação de cobertura configurou-se mais como uma ‘solução para a crise financeira da previdência em sua política privatizante de barateamento de custo para o setor público e transferência da maior parte dos serviços e respectivos recursos para o setor privado’.

Para o autor, estas propostas tanto no discurso como nas ações instrumentatizadas evidenciam que não se trata de uma integração das instituições de assistência médica em um projeto cuja *racionalidade* fosse dada por uma apreensão do objeto, isto é, (Mendes Gonçalves, 1994, p 169)

[...]as ‘necessidade de saúde da população’, no plano coletivo, subordinando-as a essa racionalidade. Nem ao menos se trata de uma integração entre práticas de finalidade e objetos distintos, mas de uma integração em que os centros de saúde subordinam-se à lógica que organiza a estrutura de produção de serviços de assistência médica individual.

Neste cenário, as propostas de reorganização das instituições de Saúde Pública que possibilitassem a aplicação e ampliação das premissas de Alma-ata foram abandonadas, além de inviabilizar a reforma que já estava em curso, no ESP. Segundo Schraiber (1993c) e Nemes (1993), esse processo ao menos foi o suficiente para permitir o reconhecimento de limitações das práticas de Saúde Pública para fazer frente à extensão de cobertura dos serviços, isto é, assumir a assistência médica como questão da rede de Saúde Pública. Também segundo Merhy (1993), a solução paulista com a implantação do modelo da programação chocou-se com a extensão de

cobertura, pois implicou gastos maiores, por isto não foi reproduzida para todos os Estados, mas só por aqueles que dispunham de maiores recursos. Deste modo, o desafio da readequação das práticas de saúde e seus processos de trabalho, gerando novo modelo tecnológico, resta como questão para a década de 1990.

A década de 1990 inicia-se com a necessidade de assegurar os avanços técnico-operacionais da constituição de 1988 para a efetivação do SUS. A promulgação das leis 8080 e 8142, ambas de 1990, definiu os aspectos jurídicos e legais, num cenário de mudanças na concepção do Estado, pois a constituição de 1988, que propôs avanços no Estado de bem-estar social, estava na contra-marcha da dinâmica internacional que preconizava a redução do Estado. Assim sendo, definiram-se formas de operacionalização dos preceitos constitucionais e transferências intergovernamentais de recursos financeiros, além das atribuições de cada instância de governo.

Mas, a implantação do Sistema Único no Brasil se deu numa conjuntura de conflito de interesses ancorados no aparelho de Estado, pois enquanto se buscava a regulamentação dos dispositivos constitucionais, o Estado brasileiro enfrentava uma crise política e fiscal, com o fim da estratégia desenvolvimentista e o Brasil como o último dos países do continente a se alinhar às propostas neoliberais. (Mendes, 1994 Silva, S.F, 2001),.

Segundo Silva S.F, (2001), o governo à época de Collor impôs dificuldades para a descentralização e democratização da saúde, ao vetar pontos importantes da lei 8080, que previa a transferência direta e automática de fundos estaduais e municipais de saúde e a participação da população, revertida com a promulgação da lei

8142/1990. O governo também tentou ainda impedir a realização da IX CNS, que só acontece pela mobilização realizada pelo movimento sanitário dois anos após a data prevista.

Neste momento, o movimento da reforma sanitária constata que não lograra, ainda, seus objetivos, uma vez que as mudanças tecnológicas não foram conquistadas, pois imprimiu na rede de serviços anteriormente destinada às ações de Saúde Pública, o modelo assistencial privatista. Este desvio foi atribuído aos critérios utilizados no repasse de recursos para financiamento das ações de saúde, uma vez que estes estavam baseados em critérios de produção de serviço, o que permitia reproduzir a mesma relação que o setor público mantinha com o setor privado, caracterizando estados e municípios como prestadores de serviços e não como autoridades sanitárias e gestores do sistema.

O MS constituiu uma força tarefa para definir ações que cumpririam as decisões da IX CNS, o que resultou no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (Brasil, 1993); que, após aprovado pelo CNS, resultou na Norma Operacional Básica (NOB), a NOB SUS 01/93). Esta define procedimentos e instrumentos operacionais, que orientariam a execução da proposta, e uma nova relação do governo federal com os municípios e estados, garantindo assim as deliberações da Constituição, da lei orgânica da saúde e da IX CNS. Esta norma previa a habilitação dos municípios segundo critérios específicos de gestão do sistema municipal de saúde, qualificando-os em gestão incipiente, gestão parcial e semiplena. Para viabilizar este processo são instituídas instâncias de pactuação colegiadas às Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite

(CIB e CIT). (Brasil, 1993) Sua implantação inicia-se em 1994 e segue até 1996, com 57% dos municípios habilitados na gestão incipiente ou parcial e apenas 2% na semiplena. O mérito da NOB SUS 01/93 foi tornar a descentralização “atraente” para estados e municípios, estabelecer um processo flexível, gradual e negociado para assegurar viabilidade política. Estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local. (Boldstein; 2002, Barradas Barata, 2004) mas somente após 3 anos o repasse de recursos do governo federal para os estados e os municípios tornou-se efetivo e sistemático. (Bodstein, 2002, pp. 401-412; Fausto, 2004, p. 179).

O documento contudo pretendia alcançar “a descentralização do SUS e a completa reformulação do modelo tecnológico, então centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, e deslocando seu eixo para uma assistência integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada”, (Brasil, 1993, p.53) e não apenas ser atrativo de ordem financeira. Edita-se, ainda em 1996, outra NOB que, contudo, não corrige a primeira (NOB/93) quanto à sua redução a um atrativo financeiro, apenas acrescentando o maior domínio político da gestão do processo. Mas o modelo tecnológico do sistema ainda está por ser estimulado. É neste contexto que o governo apresenta mais dois programas para extensão de cobertura das ações de saúde em 1991 e 1994, o PNACS e o PSF. (1994; 1996a, 1996b)

Embora voltados também para a extensão de cobertura de assistência às populações mais marginais, estes programas não se formularam como novas redes de

serviços ou unidades básicas, pois apresentaram-se centrados na atuação e no perfil de um novo “profissional”, a saber, o agente comunitário.

Com isso, os profissionais tiveram que refletir e reconstruir sobretudo as ações concernentes à prática profissional desse recurso, o agente comunitário. A formulação aqui é obrigatória, isto é, qual o modelo de ações e recursos tecnológicos que se iria implantar. A reflexão e a criação da proposta volta-se, pois, para quais saberes e quais instrumentos esse agente iria mobilizar, e em que contexto de necessidade de saúde ele se situaria. Vale dizer, em que processo de trabalho a extensão de cobertura seria realizada.

3.2.2.2. EIXO 2 - A busca de um modelo tecnológico para a assistência primária: da integração institucional para a integralidade da assistência e do cuidado

No processo de construção do SUS, a necessidade de reorientar as práticas de saúde fica explicitada à medida que as questões macro-estruturais do sistema ficam definidas, pois evidenciariam as lacunas existentes na assistência e no sistema. As soluções desencadeadas pelas AIS e SUDS deram início ao processo de descentralização de serviços, mas não reorientaram as práticas de saúde. Ao contrário, levaram à predominância da assistência médica previdenciária nos CSs, processo denominado por Paim (1999a) de “inamprização”. Deste modo, na rede básica já constituída vão conviver diferentes ações de saúde originadas dos modelos

tecnológicos do período anterior: o campanhista, o médico-sanitário e assistencial privatista, sem que houvesse integração entre eles. O SUS, já definido constitucionalmente, necessitava de bases legais e organizacionais; deste modo, as políticas de saúde, após a constituição de 1988, priorizam estes aspectos.

Como alternativas às políticas oficiais, algumas propostas são formuladas e experimentadas em espaços restritos e dão origem aos “modelos assistenciais alternativos”. (Paim, 1994,1999a) Paulatinamente, estes modelos vão influenciando as definições das políticas oficiais e emerge uma busca inicial de constituição de um modelo tecnológico para atenção primária. É neste contexto que, a partir da IX CNS, a noção de “modelo assistencial” começa a ser oficialmente utilizada. (Silva Jr., 1996; Merhy, 1992)

Conforme dito anteriormente (item 3.1.2), distingue-se modelo assistencial de tecnológico. A denominação de **modelo tecnológico** designa a reformulação das práticas (ou dos processos de trabalho) e **modelo assistencial** designa as iniciativas de reorganização da oferta/consumo da assistência, reorganização que incide mais preponderantemente no pólo organizacional e da economia de produção dos serviços. A adoção de modelo assistencial mais do que adoção do conceito de modelo tecnológico representou uma eleição prioritária da dimensão organizacional, restando as reformas dos processos de trabalho como subjacente. Para complicar a questão conceitual, observa-se que, se de fato a distinção entre modelo assistencial e tecnológico parece exagerada, uma vez que a tecnologia e os processos de seu uso produzem, na saúde, assistência, o objetivo da distinção foi o de trazer explicitamente a crítica a essa esfera do tecnológico (processo de trabalho) e não

admitir que os trabalhos passariam a ser outras formas tecnológicas sem se alterar diretamente seus processos técnicos, e que apenas as mudanças na organização mudaria a produção em termos do público/privado; centralizado/descentralizado; autoritário/participativo; acesso ampliado/seletivo etc.

Além disso, no campo da saúde coletiva, os autores não operam essa distinção e oferecem alternativas aos processos de trabalho, mas nomeiam o plano tecnológico como assistencial, afirmando certas reformas dos processos de trabalho como mudanças de modelo assistencial, tal como ocorre nas formulações de vigilância à saúde, posteriormente renomeadas como vigilância da saúde. (Teixeira, 2001) Certamente o são, mas seria importante, conceitualmente, usar as duas noções, a fim de dar visibilidade ao tecnológico. Além disso, a reforma do modelo tecnológico implica mudanças assistenciais de outro tipo: as que se vinculam ao modo de apreender necessidade e demandas em suas transformações resolutivas, como já explicou a teoria do processo de trabalho em saúde. (Mendes-Gonçalves, 1994)

Estas propostas desenvolvidas tiveram diferentes focos, predominando ora a dimensão organizacional, para reorientar a ofertar e garantir o acesso, ou a dimensão das práticas, ambas para viabilizar sobretudo os **princípios éticos e organizacionais** do SUS. Algumas propostas se aproximam da questão tecnológica, mas a exploração desse modelo é ainda tímida.

A integralidade, a equidade, a intersetorialidade, a universalidade no acesso e a adoção do conceito ampliado de saúde como resultado de múltiplas determinações vão delimitar experiências que buscam definir um modelo de práticas

que preencha as lacunas dos modelos anteriores e, assim, responder a um novo contexto social de ampliação de direitos, e um contexto econômico de contenção de investimentos sociais que garantiriam que a cidadania fosse uma realidade além do inscrito no texto constitucional.

Deste modo, este período foi rico em experimentações para construção de novos modelos e estes priorizam a rede básica. Com base na compilação feita neste eixo de análise do 2º período apontam-se as contribuições conceituais destes modelos alternativos. As propostas que se abordam são: 1. Os programas oficiais e nacionais de **atenção integral à saúde**: a proposta do Ministério da Saúde; 2. A **oferta organizada** uma releitura dos Sistemas Locais de Saúde; 3. A **vigilância da saúde**; 4. A promoção da saúde através da vigilância de saúde: uma nova ordem governativa da saúde na cidade; 5. A **reforma psiquiátrica** brasileira: questionamentos da hospitalização e da clínica que influenciaram a APS; 6. O modelo técnico assistencial em **defesa da vida** e 7. As **ações programáticas em saúde**.

Os Programas Oficiais e Nacionais de Atenção Integral à Saúde: a proposta do Ministério da Saúde

Neste período, a partir da segunda metade dos anos 1980, as políticas públicas em relação às práticas de saúde restringiram-se aos programas integrais (originalmente com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, de 1983), e a integralidade começa a aparecer nas propostas governamentais de assistência, articulada à expansão dos serviços básicos de saúde. (Brasil, 1984) Estes

programas eram recriações dos programas verticais do período campanhista e dos programas especiais propostos pelo governo no final da década de 1970, em que alguns aspectos de integração de ações na assistência eram formulados. A ênfase estava no tratamento individual e no controle dos riscos através de ações educativas. (Brasil, 1977) Estas ações foram inseridas no elenco do programa de agentes comunitários de saúde com ênfase na promoção à saúde. (Silva, Dalmaso, 2002)

A integralidade do PAISM surge na década de 1980, com os movimentos em defesa da garantia dos direitos de cidadania (movimentos sociais organizados, sindicalistas, feministas, movimento sanitário). Estes fizeram críticas às restrições de oferta e forma de organização das ações de saúde, expondo os limites das propostas em vigor, e rejeitam o conjunto de práticas de saúde dirigidas a grupos selecionados (programas verticais e especiais) e a assistência médica com ênfase na doença em sua dimensão biológica e que não considera suas determinações sociais, de classe, de raça/etnia e de gênero, além de excluir segmentos populacionais do acesso à assistência médica. Propõem a reformulação da atenção considerando: as condições de vida, as especificidades individuais, a ampliação do acesso, a qualidade das ações e dos serviços de saúde e a responsabilidade do Estado em provê-las. Estes argumentos foram essenciais para pensar a reestruturação das políticas de saúde. Tem início, assim, as discussões sobre integralidade das ações de saúde, as quais deveriam aproximar-se do cotidiano das pessoas e do contexto global, ofertando uma atenção integral que contemplasse a compreensão do indivíduo como ser integral e não restrita a alguma especificidade. (Fausto, 2005) Já na direção de uma integralidade médico-sanitária e preservando modelos tecnológicos, encontra-se a integralidade discutida por Mendes-Gonçalves desde 1984. Esta outra abordagem da

integralidade, como já se apontou, é mais circunscrita ao sanitarismo paulista e voltada para articular a assistência individual e saúde coletiva.

Para atender às reivindicações dos movimentos sociais, o MS cria fóruns de discussões com representantes da sociedade civil que apresentam propostas assistenciais mais amplas para as políticas de saúde, os Programas de Atenção Integral à Saúde: da Criança (PAISC), da mulher (PAISM), do Trabalhador e do adolescente, e amplia o programa de controle das doenças sexualmente transmissíveis ao incorporar ações de controle da AIDS. Estes programas foram lançados no contexto da implementação das AIS e fizeram parte da estratégia de consolidação da rede de serviços básicos de saúde. (Fausto, 2005; D'Oliveira e Senna, 1996; Mattos, 2001)

A integralidade define mudanças na concepção de trabalho e no modo como as ações dos programas verticais/especiais deveriam ser realizadas numa nova concepção assistencial. O PAISM, por exemplo, apontava que a integração “envolve a oferta de ações globalmente dirigidas no atendimento de todas as necessidades de saúde da mulher. [Deve-se utilizar] todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde, [...]em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde”. (Brasil, 1984) Assim, o PAISM representa a primeira experiência de incorporação nas políticas de saúde, da dimensão social, incluídas aí as questões de gênero e um modelo tecnológico tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina. (D'Oliveira e Senna, 1996) Também introduz a noção de que, na organização das ações de saúde, são necessárias as respostas às demandas espontâneas (dimensão individual), objeto da clínica, com as ações para resposta às

necessidades coletivas (objeto da Saúde Pública), o que implicaria uma reformulação das práticas assistenciais na rede básica, e que já haviam sido contempladas na programação em saúde no ESP. Esta porém, ficou restrita à experiência paulista e não foi alçada a proposta de cunho nacional que em âmbito nacional reduz-se a noção de integralidade.

Para implantação dos programas foram elaborados novos manuais que definiam as bases doutrinárias e as normas técnicas que especificavam os diversos procedimentos a serem adotados, e o MS contou com o esforço das SESs na reprodução destes manuais e na capacitação das equipes multiprofissionais, visando alterar as práticas cotidianas dos serviços de saúde especialmente na rede básica.

Com a concepção de “atenção integral” às equipes da rede básica, defrontava-se com questões e limites principalmente em contextos de maior vulnerabilidade social. Dada a abertura da porta de entrada das unidades de Saúde Pública com a implantação do SUDS, as equipes responsáveis pelos programas da rede de atenção básica ficaram pressionadas pela demanda por atendimento médico, quando não por pronto atendimento. Deste modo, as equipes sucumbiram nos esforços de garantir o acompanhamento dos indivíduos com agravos prioritários (hipertensão, diabetes, gestantes). (D'Oliveira e Senna, 1996; Dalmaso, 1994; Mattos, 2001) Segundo Mattos (2001, p. 59), embora de caráter abrangente, a implantação dos programas tiveram repercussões institucionais em âmbitos delimitados no confronto com outros programas, além do mais faltaram recursos instrumentais para subsidiar as práticas na dimensão integral tal como era preconizado, como resposta governamental aos problemas de saúde, os programas

configuram-se fundamentalmente, pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide e amplia o horizonte dos problemas a serem tratados”.

A principal inovação dos programas integrais foi a introdução da noção de integralidade enquanto tomado do indivíduo como um todo. Este eixo fundamental para a organização da assistência, envolvendo todas as necessidades dos grupos aos quais estavam destinadas, representaria uma ruptura conceitual, ainda que limitada, ao incorporar o princípio da integralidade do indivíduo na assistência. No entanto, sua implantação também foi restrita. As políticas governamentais, não obstante seguem buscando novas formulações programáticas.

A Oferta Organizada na Releitura dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

A implantação do SUDS desencadeou um processo de discussão sobre a forma de traduzir para a organização dos serviços os princípios delineados na VIII CNS. Alguns Estados desenvolveram propostas para organizar os serviços de saúde articuladas à idéia dos Sistemas Locais de saúde (SILOS) (OMS/OPS, 1990) denominados de distritos sanitários.

No Brasil, a operacionalização dos distritos sanitários teve apoio do governo italiano e enfatizou a necessidade de mudanças do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais. A experiência da Bahia foi a que teve maior desenvolvimento conceitual,

pois, segundo Paim (2003), a releitura da proposta dos SILOS no Brasil apresentou duas concepções, os distritos e as combinações tecnológicas. A primeira como uma parte do setor saúde, com capacidade de coordenar, integrar e hierarquizar a totalidade dos recursos existentes dentro de um espaço populacional determinado, capaz de responder às mudanças sociais, econômicas, ambientais e epidemiológicas que incidem sobre o setor saúde, correspondendo à organização e gerência de serviços; correspondia à concepção de modelo assistencial. A segunda, em função de problemas de saúde identificados dentro de um dado perfil epidemiológico de uma população, reorientou as práticas de saúde (processos de trabalho), correspondendo à concepção de modelo tecnológico.

A experiência da Bahia buscou articular as duas concepções de modelo, pois Paim (1994), considerava os seguintes elementos substantivos: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho, não obstante, mantendo o termo modelo assistencial. O foco nos problemas de saúde num dado território reorientaria as práticas sanitárias, configurando um novo modelo assistencial e seria “uma resposta do setor saúde aos processos de democratização do Estado, para alcançar uma maior equidade, eficácia e eficiência das ações”. (Paim, 1994, p.187; Almeida e col, 1998; Vilaça, 1994) Outras experiências foram desenvolvidas em São Paulo e Rio de Janeiro (RJ). A experiência do RJ foi divulgada por Carvalho (1991) que apresentou seu estudo sobre o desenvolvimento de um distrito sanitário articulado à noção de integração docente assistencial (Distrito Docente Assistencial) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A de São Paulo foi divulgada por Kon (1997), em estudo sobre o distrito sanitário de Itaquera do município de SP.

No campo das práticas, a proposta da “**oferta organizada**”, da **experiência Bahiana**, era um modelo de transição que pretendia integrar e reordenar a assistência à demanda espontânea gerada pelo convênio SUDS às “ações programáticas” (releitura dos programas de Saúde Pública do MS e da Programação em São Paulo da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo), compatibilizando-os em um novo modelo tecnológico. (Paim, 1993, 1999; Mendes, 1994; Teixeira e Paim, 1990; Teixeira, 2001; Teixeira et al., 1993; Silva Jr., 1996) Havia necessidade de “horizontalizar” as ações e programas, organizando as práticas dentro da unidade básica sem que os programas fossem substituídos pelo pronto atendimento. (Paim, 1993,1999; Teixeira e Paim, 1990)

Na demanda espontânea, as suspeitas ou diagnósticos formulados seriam resolvidos nesse nível de atendimento (pronto atendimento) ou encaminhados para serviços especializados ou para a assistência das “ações programáticas”, conforme Schraiber (1993). Também pretendia-se incluir os serviços emergenciais, demonstrando iniciativas para articular o conjunto de serviços no território.

Na dimensão organizacional, o modelo previa rearranjos na micro estrutura do serviços e no sistema de saúde. Na unidade de saúde, a viabilidade da proposta estava condicionada ao desenvolvimento de ações gerenciais, tais como: elaborar e/ou revisar normas e rotina de atendimentos em todos os níveis, principalmente para as unidades básicas; organizar um serviço de arquivo médico (SAME) e um sistema de informação; integrar os serviços locais com os demais níveis de assistência através da referência e contra-referência, garantindo assim a resolutividade e o

impacto das ações; e elaborar o diagnóstico epidemiológico e o planejamento local para orientar a oferta de ações e programas. (Paim,1993, p. 215;1999, p. 480)

Os serviços foram reorganizados regionalmente em uma base territorial e populacional específica. No território, os problemas prioritários deveriam ser identificados pela busca ativa em todo ou qualquer contato com a população na unidade de saúde, nas visitas domiciliares ou nas relações entre os serviços de saúde e as entidades e equipamentos comunitários (associações de moradores, igrejas, escolas, creches etc.), desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Deste modo, o modelo se constituía em atenção médica e ações coletivas articulando-se os três níveis de prevenção de Level e Clark (1976) primário, secundário e terciário.

Para reorientar o sistema local, introduziram-se inovações gerenciais através do planejamento estratégico em saúde, realizado com a participação dos profissionais de saúde e população. Desencadeou-se uma estratégia de socialização das informações e, além das informações existentes, foi realizada a técnica de territorialização e estimativa rápida para realizar os diagnósticos locais, para que o modelo contemplasse “as necessidades apontadas pelos níveis locais, e, a partir destas, definir prioridades e ações, invertendo a lógica do planejamento centralizado e normativo da programação em saúde. O objetivo a ser alcançado seria garantir o impacto nas condições de saúde, sem rejeitar a demanda, e promover a atenção integral em consonância com os resultados da VIII CNS. (Teixeira e Paim, 1990; Teixeira et al., 1993)

O planejamento participativo também favoreceu o consenso quanto à utilização dos instrumentos de trabalho dos programas oficiais: -os programas especiais e verticais (ações propostas referendadas por diagnóstico epidemiológico para atender às necessidades identificadas, padronização terapêutica de normas e rotinas), considerados elementos indispensáveis ao controle de qualidade e desempenho das ações. Deste modo, os programas passaram por revisão crítica quanto à sua excessiva verticalização. Seus instrumentos e pontos positivos foram conservados, e os conteúdos técnico-científicos e os recursos humanos qualificados para o seu desenvolvimento foram aproveitados.

Deste modo, os DS contemplam o princípio da intersetorialidade e integralidade. As noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto-epidemiológico, embutidas no modelo assistencial e tecnológico e centradas na "oferta organizada", reorientam o planejamento de saúde para uma base populacional específica, recuperam o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde e atualização constante dos avanços técnicos e científicos para a redefinição de normas técnicas pelo nível técnico-administrativo do sistema de saúde, com inicial exploração dos processos de trabalho. Seu desenvolvimento possibilitou a criação de um “repertório de experiências técnicas e administrativas entre os trabalhadores dos serviços públicos de saúde e a possibilidade de organização de segmentos populares na luta pela democratização da saúde”. Entretanto, não havia consenso em torno da proposta, sendo vista como racionalizadora, restrita à "integração" de atividades preventivas e curativas; seu potencial de mudanças das práticas de saúde nem sempre foi reconhecido. (Teixeira, Paim, 1990; Teixeira et al., 1993)

Considerando a complexidade da rede assistencial existente, caracterizada por diferentes serviços estruturados com tecnologias próprias e orientados por instâncias distintas, a oferta organizada contribuiu para iniciar um processo de mudança a partir do nível local, num momento em que havia pouco desenvolvimento conceitual que orientasse a organização do sistema de saúde e de suas práticas. Segundo Paim (1994,1999), a atenção primária, embora avançada do ponto de vista ideológico, não apresentava subsídios para sua operacionalização. Vista como uma tecnologia simplificada para populações carentes, não era colocada como alternativa para o sistema. Deste modo, a proposta do distrito com sua “oferta organizada” criava possibilidade para desenvolvimento de “modelos alternativos”, compatível com a proposta da reforma sanitária e com possibilidades de ser legitimada pela população. Para Carvalho (1991, p. 111), “mesmo que este modelo não dê conta em sua totalidade do perfil epidemiológico de uma área concreta, ele permanece como um marco referência, como modelo assistencial propunha uma alteração significativa nas culturas institucionais dos CS e nos serviços que antes prestavam assistência médica previdenciária”.

Muitas das proposições da oferta organizada são integradas ao PSF, e tal como a programação em saúde, no ESP, apresentou alternativa para atenção à demanda espontânea na rede básica, com potencial de definir a APS como principal porta do sistema. O que se vê no período, no entanto, é a incapacidade de gerenciar as demandas espontâneas, ficando para a população a impressão de que os serviços emergenciais são os que melhor atendem às suas necessidade, descaracterizando a rede básica, como sugeriu Schraiber (1993c) em análise histórica do período. Essa

relativa indistinção dentre os serviços de emergência e pronto atendimentos e a APS decorre também da pouca mudança nos modelos tecnológicos.

A vigilância da saúde

Segundo os autores desta proposta, a busca da integração das ações coletivas e de assistência médica individual deu início à revisão crítica das ações de Saúde Pública, e de seus limites. Apontou a necessidade de ampliar o objeto de intervenção da vigilância epidemiológica restrita ao controle das moléstias infecciosas. Apontou também a necessidade de uma reflexão sobre a atuação da vigilância sanitária, e de rompimento com a divisão entre as duas vigilâncias. (Teixeira, 2001, p. 69) Nos distritos, a oferta organizada reacende o debate sobre a atuação da epidemiologia como um instrumento para propiciar a integração médico-sanitária. (Teixeira e Pinto, 1992; Paim e Teixeira, 1992)

Na década de 1980, o resultado deste debate foi a disseminação do instrumental da epidemiologia para os serviços no município. Este passa a ser utilizado pelos programas, que passam a ampliar suas ações, tais como: comitês/comissões de investigação de óbitos (vigilância de óbito), vigilância de bebês de risco, implantação de núcleos de epidemiologia nos hospitais. A experiências da cidade de Bauru, foram bem documentadas por Capistrano e colaboradores (1995) mostrando a nova utilização de distintos instrumentos da Programação em Saúde (proposta paulista) no controle de agravos, tais como busca ativa e monitoramento de faltosos. Esta aproximação com a Vigilância

Epidemiológica (VE) proporcionou maior efetividade aos programas, pois passaram a intervir mais precocemente sobre possíveis determinantes, evitando a ocorrência de agravos à saúde. Nota-se, assim, que se reorientava o sistema de vigilância, ampliando seu corpo de ação, mas o debate não contemplava a integração com a assistência médica individual. (Brasil, 1992a, 1992b; Teixeira e Pinto, 1993; Paim e Teixeira M. G.L.C, 1992)

Segundo Barata (1992), “a necessidade de reorientar e reorganizar os serviços de saúde, para atender aos princípios de universalização, equidade, integralidade, democratização, controle social e qualidade na prestação dos serviços, levou à revisão das práticas tradicionais da vigilância epidemiológica e sanitária”. Esta revisão apontou para: ampliação da atuação do SVE, retendo a especificidade do objeto e dos instrumentos de intervenção; superação da dicotomia entre as práticas coletivas de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, e das práticas coletivas em relação à assistência médica individual e que resultou na elaboração da noção de “vigilância à saúde”. Deste modo, esta elaboração conceitual, para construção de um modelo assistencial, articulou conhecimentos e técnicas provindas da epidemiologia e seu uso na vigilância de agravos, do planejamento e das Ciências Sociais em saúde e da assistência médica individual. Assim, a noção de “vigilância da saúde” corresponde a uma resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, articulada em um conjunto de práticas para organizar os processos de trabalho em saúde mediante revisão de operações intra e intersetoriais com diferentes estratégias de intervenção e combinações tecnológicas destinadas a controlar os determinantes do processo saúde-doença (riscos) e suas repercussões (danos à saúde), um modelo assistencial capaz de integrar ações de promoção,

prevenção, cura e reabilitação na dimensão individual e coletiva. (Paim, 1993, 1994, Mendes, 1996; Teixeira, 2001; Paim, Teixeira, Vilaboas, 1998)

Deste modo, a oferta organizada nos distritos sanitários e a revisão crítica das vigilâncias foram um espaço de construção do modelo assistencial da vigilância da saúde, que, no seu desenvolvimento, passara também a valer-se de aportes teóricos da noção de promoção da saúde. E tal qual reconheceu seus autores, a vigilância à saúde representou uma releitura das ações programáticas, ampliando-as. (Paim, 1999)

No entanto, a vigilância da saúde passou a denominar a integração institucional dos setores da Saúde Pública, conforme (Teixeira, 2001). Na prática institucional caracterizou-se por “um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, provisão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde selecionados e relativos a fatores de risco e às condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes e incapacidades, doenças, incluindo as zoonoses, num território determinado” (Teixeira, 1995, Teixeira, 2001), o que correspondia à ampliação do objeto de trabalho da VE, mas a uma redução da proposta de vigilância à saúde.

A criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) (Decreto Nº 1001, 16/04/1991) representou a institucionalização e redução deste debate. O CENEPI agregou os setores responsáveis por controle de agravos específicos, propiciou o debate sobre a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, “como principal instrumento para execução da política voltada à implantação de um sistema único de saúde, organizou os sistemas de informação incluindo dados referentes à

assistência médica, iniciou a divulgação sistemática de informações e ampliou o debate sobre a noção de vigilância em Saúde Pública. (Nicoletti e Medeiros, 1993, pp.161-172; Brasil, 1992b) Note-se que há redução apesar de a assistência médica individual permanecer autônoma, enquanto a Saúde Pública redefinia seu modelo (tecnológico) de atuação.

Teixeira (2001) volta a enfatizar a necessidade de reampliação da proposta, no sentido em que foi abandonada. Souza e Kalichman (1994) afirmam que a noção de vigilância da saúde trouxe também uma mudança no “modo de entender, trabalhar e avaliar os serviços assistenciais”, pois estes tradicionalmente fazem suas intervenções sobre a doença, omitindo-se de enfatizar a dimensão da saúde, limitando a eficácia de sua ação na esfera do processo saúde-doença. Segundo estes autores, a noção de vigilância da saúde obriga a pensar a problemática de equidade na qualidade de vida, além de impor uma reflexão sobre o conteúdo desta mesma equidade, o que remete para a discussão acerca da promoção da saúde na sociedade; neste aspecto, será possível tratar o pólo saúde do processo saúde-doença como um estado vital, mas como uma questão pertinente às necessidades sociais de saúde”. Isto posto, a vigilância da saúde, enquanto modelo assistencial e tecnológico, deve articular-se em dois campos de atuação: resposta à presença de doença atual ou potencial em decorrência de riscos epidemiológicos e ações que interfiram na qualidade de vida, isto é, perspectiva promocional do sentido positivo do pólo saúde. Neste último aspecto, a proposta amplia-se na direção da promoção da saúde relativamente às demais proposta.

A promoção da saúde através da vigilância da saúde: uma nova ordem governativa da saúde na cidade

A promoção à saúde definiu ao longo de sua constituição um movimento para reorganizar as práticas de saúde, não nos aspectos da natureza técnico-administrativa, mas nas suas formas de atuação. (Dalmaso e Silva, 2002) Tem como referencial um conceito ampliado de saúde e seus determinantes conforme os pressupostos divulgados pela Carta de Ottawa. (conforme referido na introdução).

A Carta de Ottawa definiu um conceito ampliado de saúde como resultado de múltiplas determinações, tais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, associado a um conjunto de valores, como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Assim, a saúde como fator essencial ao desenvolvimento humano deve ser conquistada mediante um ambiente saudável com o objetivo de obter a qualidade e maior expectativa de vida. (Buss, 2003)

Desde que surgiu como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global de ampla gama de problemas que afetam as populações, a promoção da saúde tem sido implementada com diferentes concepções, que podem ser agrupadas em dois blocos distintos. O primeiro restringe as atividades para transformar os comportamentos dos indivíduos focando seu estilo de vida, centrado no indivíduo, na família, podendo atingir a comunidade, promovendo, assim, mudanças apenas nos comportamentos danosos dos indivíduos e/ou suas famílias, ficando restritos à

questões culturais de algumas comunidades. Esta concepção define respostas parciais do setor saúde. (Buss, 2002)

Já no segundo, adota um entendimento do problema numa perspectiva da multideterminação, o que promove respostas com múltiplas estratégias, tais como: mudanças comportamentais para evitar risco de doenças e obter uma vida saudável, ações setoriais e políticas públicas. Estas estratégias valorizam o conhecimento e a participação social na definição de questões da vida coletiva (*governance*) e seu papel na defesa da causa da saúde (*advocacy*). Implica o desenvolvimento de atividades voltadas para tanto para grupos sociais como para indivíduos através de políticas abrangentes (ambiente físico, social, político, econômico e cultural), no sentido de promover ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades, protagonizando suas escolhas (*empowerment*) em seus esforços comunitários na busca de melhores condições de saúde. (Buss, 2000; Dalmazo e Silva, 2002)

Estas concepções foram sistematizadas na Carta de Ottawa, definindo as estratégias para promoção da saúde em cinco campos de ação, são eles:

- criação de ambientes favoráveis à saúde,
- elaboração e implementação de políticas saudáveis,
- reforço da ação comunitária,
- desenvolvimento de habilidades pessoais,
- reorientação do sistema de saúde.

Para Mendes (1996), estas concepções implicariam mudanças concomitantes no paradigma e nas práticas sanitárias e levariam à reconstrução do sistema de saúde numa nova “ordem governativa da saúde na cidade”, e que o autor sintetiza em:

- Concepção saúde-doença	Negativa	Positiva
- Paradigma sanitário	Flexneriano	Produção social da saúde
- Política sanitária	Atenção médica	Vigilância da saúde
- Ordem governativa da cidade	Gestão médica	Gestão social

Para Mendes (1996), Ferreira e Buss (2002) a reorientação dos sistemas de saúde seria no sentido de afirmar-se como espaço da saúde e não como atenção à doença, e isto implica mudança de ordem política e tecnológica. Segundo estes autores as práticas sanitárias deveriam estruturar-se sobre novas estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre os problemas de saúde com base em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial.

Segundo os autores, a vigilância (à) da saúde enquanto prática sanitária seria o instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção, transformando os modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde.

Para Teixeira (1993, 1994, 2002) e Teixeira, Paim e Vilaboas (1998) a vigilância da saúde apresenta-se como outra forma de intervenção para responder a esta nova dinâmica, pois propõe estratégias para reorientar as respostas sociais às necessidades de saúde definidas em função das condições e modo de vida dos distintos grupos sociais. Organiza os processos de trabalho em saúde realizando operações intersetoriais e diferentes intervenções articulando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção curativa.

No sentido aqui exposto, a vigilância da saúde enquanto modelo para reorientar o sistema de saúde abrangeria as duas concepções de modelo: assistencial e tecnológico. É neste sentido que a APS e promoção da saúde se complementam, pois conteúdos da promoção da saúde estão presentes em Alma-Ata, quando preconizou articulação das políticas afins para garantir o desenvolvimento da atenção primária e ambas propõem estratégias para reorientar os processos de trabalho.

A reforma psiquiátrica no Brasil: questionamentos da hospitalização e da clínica que influenciaram a APS

A atenção à saúde mental no Brasil, na década de 1980, passou por importantes transformações conceituais, sociais, éticas, jurídicas e institucionais. Sob o lema: “Por Uma Sociedade sem Manicômios” produziu rupturas com o paradigma asilar e suas formas de exclusão, e definiu um modelo tecnológico ao elaborar proposições nas três dimensões: política, organizacional e práticas, orientados pela ética da inclusão social e afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Assim, não se propõe como modelo para o sistema mas, pertencendo ao sistema, produziu impactos. No decorrer da última década, a Política de Saúde Mental, em seu esforço teórico, passou por importantes e significativas transformações, evoluindo de um modelo hospitalocêntrico, para um modelo de atenção diversificado, de base territorial e comunitária (Amarante, 1992, 2001; Tenório, 2002; Onocko, 2006; Alves, 2001) Todavia, embora tenha

problematizado a integração com a APS, não chega a produzir uma proposta totalmente abrangente.

Anterior à década de 80, a internação manicomial era a alternativa para atenção à pessoas com doença mental, e representava uma forma de exclusão do doente e da doença. No Brasil, durante o período de hegemonia da medicina previdenciária, foi alvo de intensa mercantilização, com grande aumento de leitos em hospitais psiquiátricos privados e remunerados pelo setor público. A associação público/privada, já discutida anteriormente, foi criticada, pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), integrante do movimento pela redemocratização do País e pela reforma sanitária.

O MTSM originou-se dos projetos de medicina comunitária. Esta concebia uma psiquiatria comunitária e preventiva, desenvolvida nas comunidades, intervinha no espaço social para detectar precocemente as situações críticas de modo a resolvê-las, evitando o adoecimento ou seu agravamento que levaria a internações. Já nos manicômios, a estratégia era proporcionar liberdade, desacorrentando doentes e permitindo a livre circulação. (Amarante, 1992; Tenório, 2001; Alves, 2001) O MTSM também denuncia o abandono, a violência e os maus tratos praticados nas instituições asilares. Neste momento, a crítica não era ao modelo, mas aos desvios e à ineficiência da assistência. Partindo de instrumentos normativos com base no próprio saber psiquiátrico e dos contextos sociais e políticos, o MTSM protagonizou o movimento de reforma.

A psiquiatria comunitária possibilitou a introdução da psicanálise no espaço asilar; suas intervenções terapêuticas deram origem aos conceitos de saúde

mental em oposição à doença mental. (Tenório, 2001). Esta mudança foi decisiva para as transformações no modelo tecnológico na assistência às pessoas com “doença mental”, pois, segundo Amarante (2002) e Alves (2001), os paradigmas relacionados com atenção aos portadores de transtornos mentais foram substituídos: a doença mental deveria ser cuidada e não apenas tratada, uma vez que o tratamento pressupõe algo indesejado que deve ser interrompido e, para isto, necessita delimitar e isolar. Já o processo de cuidar pressupõe a desconstrução do saber e das formas individual e coletiva de se relacionar, com a experiência da doença mental. A desconstrução ocorre no espaço relacional onde terapeuta e usuário permitem emergir questões relacionadas com a subjetividade dos sujeitos envolvidos, e, quando nomeadas e acolhidas, os sujeitos envolvidos passam a estabelecer uma nova relação com a loucura, pois desconstroem o processo de negação da doença e passam a se relacionar com a experiência da loucura, evitando-se assim a exclusão. Ao admitir a inclusão na sociedade, são necessárias mudanças culturais na forma de se relacionar com a loucura e que possibilitem a inserção nos espaços sociais, neste sentido, a cidade e seus equipamentos passam a ser instrumentos terapêuticos, é a inclusão na vida social.

O uso da expressão saúde mental proporcionou novas estratégias da atuação, pois afastava a figura do médico da doença. Também demarcou um campo de práticas e saberes que não se restringia à medicina e aos saberes tradicionais da psiquiatria, mas pressunha a diversificação de ofertas assistenciais por uma equipe interdisciplinar. Nesta concepção de trabalho, o asilo deixa de ser o único local, e o paciente deveria permanecer no seu meio social. Neste sentido, a comunidade e seus equipamentos seriam um recurso terapêutico, mas, para isto, seria necessário

articular a rede de suporte através da transformação da cultura de segregação pela de aceitação das diferenças.(Tenório, 2001; Amarante, 1992, 2002; Alves, 2001)

Inicia-se, assim, o movimento pela desinstitucionalização dos pacientes internados em instituições “manicomiais” com o objetivo de “transformar o sistema de saúde” de atenção ao doente mental, tendo como referencial uma imagem objetiva de “uma sociedade sem manicômios”. Deste modo, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) representa o fim da trajetória sanitaria do movimento da saúde mental ao propor mudança no modelo de atenção **(tecnológico)**.(Tenório, 2002)

Assim, a partir da década de 1980, diversas estratégias foram implementadas com objetivo de oferecer alternativas ao sistema manicomial. Entre elas destaca-se experiências pioneiras em serviços dentro da própria rede pública: 1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira, em São Paulo; 2 Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos com na gestão de Davi Capistrano. Estas experiências configuraram-se em marco referencial ao formular novos conceitos na assistência, contribuindo para a ruptura do modelo assistencial asilar hegemônico em direção a um modelo psico-social. (Tenório, 2002; Onocko e Furtado 2006)

Suas denominações (CAPS e NAPS) e a dinâmica de funcionamento foram usadas para a caracterização oficial nacional dos dispositivos de assistência em Saúde Mental do MS, portarias 189/91 e 224/92. (Brasil, 1991, 1992; Capistrano Filho, 1991, p. 81, apud Tenório, 2002, p. 39) Cabe ressaltar a experiência precursora da saúde mental em APS do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B.

Pessoa* desde sua implantação em 1977 (Schraiber et al, 1996; Pereira e Giordano Jr., 1996) já trabalhado dentro dos marcos conceituais da Saúde Mental. As mudanças protagonizadas foram no sentido ético conceitual (saber), organização e das práticas, e foram incorporadas na proposta do MS.

Essas experiências questionam o saber psiquiátrico e seus pressupostos, não no sentido externo, mas na perspectiva de rever internamente seu campo de conhecimento e produzir novos modos de conceber a doença mental e suas práticas de atenção, pois “a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária à apreensão em instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada paciente”. É necessário lidar com as dificuldades concretas da vida acarretadas pela doença mental grave, e estas também devem ser objetos de cuidado, e o cuidado deve dar sustentação cotidiana às necessidades diárias do paciente. Deste modo, dispensa o saber tradicional da clínica psiquiátrica, e concebe uma psiquiatria renovada com incorporação de outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações, constituindo um campo terapêutico em expansão e conforme vocabulário da reforma, a expressão “clínica ampliada”. (Tenório, 2002)

Outra estratégia do movimento foi o aperfeiçoamento da legislação. Em 1989 foi enviado um projeto de lei, “Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica” (nº. 3657/89 do deputado Paulo Delgado) ao Congresso Nacional, só aprovado em 2001 (lei 10216 de 06/04/01).. A aprovação da Lei 10.216 consolidou o modelo dos CAPS e a experiência acumulada em dez anos. (Onocko e Furtado, 2006)

* No item “ações programáticas em saúde voltaremos às experiências desenvolvidas neste CS Escola.

O projeto inicial da lei de reforma psiquiátrica impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público e o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomiais. A proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos foi modificada, dando lugar à reorientação do modelo assistencial que mantinha as estruturas hospitalares como um dos recursos integrantes desse modelo.

No início da década 1990, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com participação de novos segmentos sociais envolvidos na questão. Seu relatório foi publicado pelo MS e adotado como diretriz oficial para reconstrução da atenção à saúde mental. Suas diretrizes principais estão definidas em dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania, e suas diretrizes operacionais são a reformulação do modelo, a municipalização e a territorialização. (Brasil, 1991, 1992; Tenório, 2002.)

Constata-se assim que a reforma psiquiátrica, em consonância com a reforma sanitária, protagonizou uma transformação de modelo tecnológico, e, portanto, caracteriza-se como uma reforma dos três planos abordados pois a definição de princípios éticos e políticos, em torno do qual agregou atores, permitiu refletir os limites do saber utilizado, seus instrumentos de trabalho, e ações, presididas pelos seguintes conceitos estratégicos: dispositivos legais, acessibilidade, atenção integral (integralidade), territorialização, intersetorialidade e participação popular. Não obstante, sempre se manteve no segmento populacionais dos doentes mentais, e mesmo que tenha experimentado certa articulação com a APS, não conseguiu penetrar nessa atenção, ao menos enquanto integração de ações ou de

processos de trabalho, mantendo-se enquanto um ramo assistencial em separado. Esta autonomia e certo isolamento são tratados na crítica que realiza a integralidade quanto à conformação do trabalho em equipe por Peduzzi (2001).

O modelo tecno-assistencial em defesa da vida

O modelo alternativo em defesa da vida foi proposto pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) do DMPS/FCM da UNICAMP. (Merhy et al, 1991; Merhy, 1997; Campos, 1997; Cecílio, 1994, 1997) Este laboratório é um espaço de investigação, em que pesquisadores engajados no movimento da reforma sanitária desenvolveram um conjunto de investigações teóricas e práticas pertinentes ao processo de implantação do SUS, aos impasses no planejamento, à gestão dos serviços, à administração e à prática dos profissionais, apresentando alternativas para repensar estes elementos sob diferentes ângulos e propostas para reformulação da forma de organizar a atenção à saúde na área pública. Segundo seus autores as pesquisas incluíram o modelo de produção e organização da atenção e o exercício de poder e investigações dos processos de trabalho. É um modelo que dá ênfase ao estudo do sistema incluindo a rede básica. (Teixeira, 2003; Drumond Jr., 2003; Silva Jr., 1996; Costa e Moeda, 2001)

O LAPA atuou em vários municípios como assessores, num esforço para teorizar e concretizar suas propostas, vivenciou os impasses na gestão decorrentes do modelo hegemônico de prestação de serviços e da crise na assistência médica, bem como da luta política pela democracia e socialização da saúde e do papel que

desempenham os profissionais na manutenção e na superação do modelo vigente. Pretendia um modelo de gestão de caráter público e de qualidade, organizado para o enfrentamento das questões que impedem na prática a consolidação dos princípios do SUS. (Costa e Moeda, 2001)

Campos (1992) define modelo de atenção como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. É a “concretização de diretrizes da política sanitária em diálogo com o saber técnico. Modelo, portanto, é um fenômeno cambiante que deve combinar categorias histórico-sociais com outras cristalizadas em disciplinas construídas a partir de paradigmas epidemiológicos, clínicos e psicológicos”.

Assim, segundo seus autores, o modelo em defesa da vida apresenta sugestões para a gestão do macrossistema no sentido abrangente e para as questões políticas e organizacionais no microssistema e nos processos de trabalho dentro de uma unidade de produção mais direta. (Merhy, 1997, 2000; Campos, 1992; Cecílio, 1994, 1997)

Segundo Silva Jr. (1996), o modelo proposto tinha como pressuposto superar as insuficiências do planejamento estratégico e apresentar alternativa ao modelo liberal da clínica, pois segundo seus idealizadores havia uma insuficiência neste aspecto nas propostas dos outros modelos. Ao arrolar os modelos não considera a proposta das “ações programáticas em saúde”.

Merhy et al. (1991) fazem uma retrospectiva sobre os diversos enfoques existentes para a questão de modelos e assumem que a denominação modelo tecno-

assistencial é mais adequada, pois abrange a concepção “tanto da organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais”. Assim, sua proposta abrangeria a dimensão da “macro política” e de sua organização, bem como da organização da produção e dos processo de trabalho. Ressaltam que os aspectos gerais da proposta (dimensão política e organizacional) são questões estratégicas da política para viabilizar condições operacionais, dos processos de trabalho. Para os autores, a proposta abrange a organização da produção de serviços, os instrumentos, trabalhadores e a configuração institucional, além do modo da produção (privado lucrativo ou público).

Na dimensão política, consideram que as políticas de saúde e suas estratégias de ação para resolver os problemas no âmbito institucional são determinadas pela ação coletiva e social dos diferentes grupos organizados no âmbito da sociedade civil, portanto, expressam as concepções dos responsáveis pelas decisões políticas, e são principalmente permeadas pela questão do acesso.

Enquanto modelo para o SUS, o compromisso ético devia abranger a democracia e o respeito à cidadania, consubstanciado na gestão democrática de um serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva, garantido pela participação social, pois o modelo que pretenda interferir nestes campos tem “que conseguir se organizar como um lugar de produção de serviços de saúde que possa estar ao mesmo tempo produzindo uma dada construção do problema como objeto **das ações** de saúde e permitindo que os grupos interessados atuem sobre sua configuração

.Deve-se assim organizar um processo de trabalho em saúde que responda tecnologicamente aos problemas e que gerencialmente se abra à interpenetração dos interesses populares”. (Teixeira, 2003; Costa e Moema, 2001; Merhy et al., 1991) Para estes autores, o modelo deve ser capaz de olhar os indivíduos como expressões de uma maneira particular de se construir a vida na nossa sociedade, entender os sofrimentos dos diferentes agrupamentos sociais envolvidos e de seus lugares no movimento de preservação e superação da uma situação problema. Para isto, é necessário incorporarmos instrumentais que conseguem tomar os indivíduos, expressões dos processos coletivos de viver, só assim é que se constroem um modelo tecno-assistencial. Quais saberes e arranjos tecnológicos para tal, contudo, consistem ainda numa formulação a ser feita.

A proposta organizacional aposta na descentralização e desconcentração de ações e poder. As instituições devem ser organizadas em função dos direitos e deveres dos cidadãos a “serviço de vida qualificada”. (Silva Jr., 1996) Para isto, elabora um sistema flexível, afasta a idéia de sistema piramidal, e a hierarquização e regionalização dos serviços não são rígidas, mas atuam para atender às peculiaridades locais, pois “é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades”. (Cecílio, 1997) Assim, a dimensão organizacional encontra-se bastante trabalhada. Esta proposta avança este período histórico já incorporando questões do próprio PSF e sua tomada de APS, mas até 1994, a proposta examina sobretudo o plano organizacional.

Ações Programáticas em Saúde

A proposta “ações programáticas em saúde” consiste em uma formulação teórica e uma experiência prática de modelo tecnológico para atenção primária em saúde, sendo seu referencial o “trabalho em saúde”. (Mendes-Gonçalves, 1994) Schraiber (1993), apresenta-a como uma articulação de elementos teóricos e práticos para repensar as práticas de saúde no âmbito particular da unidade básica, o que é reiterado por Paim (2003, p.164). Desenvolvida pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP/SP, utiliza o Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa (convênio FM/USP e SES) como espaço de experimentação. Como unidade integrada à rede de centros de saúde da SES, segundo seus autores está em consonância com as mudanças políticas e organizacionais desta secretaria, prestando assistência (médica/sanitária) a uma população definida. O CS desde sua origem tinha como propósito o desenvolvimento de teoria e práticas de **modelos tecnológicos para a APS**.

As “ações programáticas em saúde” são definidas como uma “proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca-se inspirar em tecnologias de base epidemiológica”. (Nemes,1995, p. 6;1996, p.48)

O contexto político de seu desenvolvimento (**dimensão política**) coincide com a implantação das AIS e SUDS. Cabe lembrar que correspondia à integração institucional das redes públicas (Saúde Pública e assistência médica previdenciária) e à introdução oficial da assistência médica na Saúde Pública, experimentada no ESP com a reforma Leser (Programação em Saúde). Assim, as “ações programáticas em

saúde” inspiram-se no modelo assistencial da Programação em Saúde, porque reconheciam suas potencialidades, principalmente os de colocar-se como “intervenção pública e coletiva” para uma rede de atenção básica, progressivamente incorporadora de assistência médica individual. No entanto, conforme seus autores, tal possibilidade é politicamente abortada, e a rede volta-se para a configuração de ambulatórios gerais, o que resultou no “tensionamento” dos programas de saúde na direção de sua transformação no mesmo padrão assistencial do pronto atendimento. (Schraiber, 1993a, 1993c Dalmaso, 1993,1994). Segundo Nemes (1993, pp. 110 e 67). A programação em saúde era “um modelo operatório de prática de saúde”, ou seja, uma tecnologia de trabalho construída sob “determinação histórica e social específica”, com real possibilidade de apresentar alternativa para o baixo impacto e os altos custos da tendência organizacional da rede de unidades sanitárias e de sua progressiva contribuição para o processo de medicalização*. Esta “real possibilidade” residia nos limites da mera consulta (termo usado para a noção da hegemonia da consulta médica clínica como prática de Saúde Pública), limites dados pela articulação da consulta médica às ações educativas, de prevenção e às demais ações em saúde de caráter coletivo (vigilância epidemiológica, controle de faltosos, visita domiciliar, busca ativa de casos, seguimento de tratamento, vacinação etc.) e atendimentos de enfermagem.

Para os idealizadores das “ações programáticas em saúde”, naquele momento histórico, recusar as contribuições da programação em saúde em nada ajudaria na construção de opções para a crise da assistência médica e seus determinantes históricos (custo, emergência de direitos, tecnificação da prática, fragmentação em

* O termo medicalização é utilizado para indicar um processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social. (Mattos, 2001, p.49).

especialidades). Segundo Carvalho et al. (1998), guardadas as devidas proporções, as propostas técnicas do MS, apesar do acentuado perfil em aspectos normativos, políticos e financeiros das ações, do ponto de vista das práticas no que se refere a ações a serem desenvolvidas no nível primário de atenção, têm permanecido na direção dos programas em saúde, e estes têm se multiplicado e se reinventado para dar conta de distintas necessidades de saúde. Pode-se ainda observar que dada a complexidade epidemiológica atual, os programas de saúde (do MS) têm ultrapassado seu principal espaço operacional na atenção básica e atingem outros níveis de atenção, além do mais com a idéia da programação têm expandido e reinventado estratégias de atuação para situações mais abrangentes, afastando do recorte habitual agravos ou segmento populacional dos programas verticais e integrais para transformar-se em programa mais abrangente, como o PACS e o PSF. Estes programas definem o objeto de suas práticas pelo território, portanto, atuam sobre a totalidade da população deste território.

Segundo seus autores, as ações programáticas em saúde tomam como ponto de partida a lógica de estruturação das práticas sanitárias existentes (programas de saúde) e adicionam elementos que as colocam em novo patamar tecnológico, com o objetivo de desenvolver modelos tecnológicos alternativos e condizentes com a nova dinâmica sócio-cultural e política da construção do SUS. (Sala, 1993, p. 118; Nemes, 1993; Teixeira, 2003)

Deste modo, resgataria a programação em saúde, sobretudo pelo que ela representou, um “modelo (tecnológico) de transição”, cuja proposição “nuclear” residia na utilização da assistência médica individual como um dos instrumentos em saúde e não o único ou principal deles. E enquanto tal, o trabalho em saúde deixa de

reduzir-se ao plano estritamente do indivíduo para ser um trabalho voltado à dimensão coletiva. (Nemes, 1993, p. 111) Além deste aspecto, segundo Ayres (1994), também foram introduzidos outros princípios que definem sua importância tecnológica, tais como: a epidemiologia na organização da assistência, a equipe multiprofissional e a participação dos usuários.

Segundo seus propositores, tomar a assistência médica como instrumento de trabalho na intervenção sobre coletivos era extremamente pertinente com a implantação das AIS e SUDS, uma vez que na sua implantação não houve uma problematização quanto à possibilidade de integrar propostas de trabalho com racionalidades diferentes (Saúde Pública e assistência médica individual), pois a AIS e o SUDS, diante da crise da Previdência, centralizaram o debate no acesso à assistência médica individual, distanciando-as da possibilidade de construir uma “racionalidade tecnológica do trabalho em atenção primária”. (Ayres, 1994; Schraiber et al., 1999)

Para estes autores, portanto, como questionar a hegemonia da consulta médica e suas conseqüentes propostas do progressivo uso por incorporação e consumo dos recursos materiais (medicamentos/equipamentos) dentro de uma lógica mercantil regida pelo Complexo Médico Industrial, é a principal questão crítica da reconstrução de modelos tecnológicos. Este é também o desafio da integração entre a clínica e a Saúde Pública e a integralidade de seus saberes. Era necessário, acrescentar estas questões no campo da saúde coletiva, além do debate sobre o acesso e melhoria da qualidade da assistência prestada. Estas questões representam o plano tecnológico, isto é, o “modelo operatório da estruturação institucional das práticas em saúde”, o que ainda não havia sido contemplado nos modelos anteriores. Tais questões certamente emergiriam ao serem colocadas em confronto, na perspectiva da

unificação das ações decorrentes da integração institucional, isto é das ações clínicas e de Saúde Pública Ayres (1994) e Schraiber (1993), tal como ocorreria com a implantação das AIS e SUDS, quando então se introduziria a consulta médica (estruturada na dimensão individual) para conviver com as demais ações da rede pública. Estas questões não substituem mas, segundo estes autores, somam-se as questões de ordem política e organizacional, como: público x privado; acesso x restrição de oferta; atenção integral x pronto atendimento, já anunciadas na programação em saúde. Diante disso, na proposta das ações programáticas optou-se por aprimorar o modelo da programação, identificando limites e possibilidades, pois deste modo haveria uma compreensão de seus limites tecnológicos, o que Schraiber (1993) denominou de “politização da técnica”, uma vez que, para a autora, a proposta de integração sanitária ia além da integração institucional, e a questão principal seria definir qual modelo de prática seria ofertado.

Se na **dimensão ética** parte-se da idéia de construir um modelo renunciando à importação de formas acabadas para **atender às necessidades de saúde**, resgata-se a idéia da participação/emancipação dos sujeitos (profissional e usuário) e rejeita-se quer a clínica como tal, quer a epidemiologia já existente, na dimensão técnica das intervenções. Seria necessário ir além das delimitações tradicionalmente realizadas pelos saberes já dados, em busca de outros saberes. (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996) Para isto, os limites e potencialidades dos instrumentos já utilizados (da clínica e Saúde Pública) deveriam ser permanentemente reatualizados, no sentido de construir novos processos de trabalho e, assim, uma possível “politização da técnica”.

Nisto, os pressupostos éticos que sustentam a proposta mantêm sua adesão aos princípios da reforma sanitária, tendo para isto como compromisso fundamental,

“ampliar a cobertura assistencial dos serviços da rede institucional de Saúde Pública, sem perder o caráter de prática de Saúde Pública”. (Nemes, 1995. p. 24) Mas outros autores deixam claro que não estão propondo a Saúde Pública tradicional ou tampouco o uso tradicional de seu saber (epidemiológico).

Assim como a clínica, a epidemiologia deve se deixar permear por construções interdisciplinares: os autores deixam claro que se no atendimento individual é preciso alcançar a família, a comunidade, o território (pelas articulações das consultas com a vigilância e outros recursos do coletivo), no diagnóstico de saúde e sua apreensão como demandas nos serviços, é preciso rejeitar os saberes práticos das experiências individuais e grupais de adoecimento e de suas prevenções. O recurso à maior participação dos usuários e à melhor comunicação usuário/serviço (ou profissional) serão ferramentas valiosas naquela direção, contudo o maior desenvolvimento teórico dessas ferramentas escapa ao período histórico ora em exame. Tal como nas demais propostas, as ações programáticas também se desenvolvem contemporaneamente.

Cabe lembrar a específica repercussão dessa proposta para a APS, pois, conforme Schraiber et al. (1996), esta atenção é redefinida enquanto uma complexidade assistencial própria e particular. Escaparia, assim, de seu enquadre enquanto apenas uma assistência de baixo custo ou seletiva às populações carentes. Segundos seus autores, a APS em seu modelo tecnológico próprio deveria: (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996)

1. Evitar a redução das necessidades de saúde diferenciando complexidade científica de complexidade assistencial;
2. Revalorizar a busca de assistência progressivamente totalizadora do

cuidado, redefinindo inovação tecnológica e tecnologia;

3. Instituir a dimensão subjetiva como parte de inovação tecnológica evitando a cisão-oposição entre o científico e o humano na ação técnica.

Capítulo 4

Comentários e Considerações finais

Em síntese o segundo período encerra-se com esta variedade de questões e proposições de modelos assistenciais e/ou tecnológicos, mas com alguma imprecisão de conceito.

Por outro lado, no período, o sistema de saúde já apresentava avanços significativos no plano político-jurídico e no plano organizacional uma nova arquitetura definindo possibilidades para reorientação de seu modelo tecnológico.

No plano das práticas de saúde também acumulou significativas questões conceituais para construção de um modelo tecnológico que atenderia aos princípios e diretrizes do SUS, definidos na lei orgânica da saúde (Lei 8080/1990).

É a partir de 1994 que as possibilidades mais completas de formulação e construção conceitual se apresentam exatamente porque a proposta da saúde da família resgata a dimensão de programa de Saúde Pública e extensão de cobertura e passa a exigir um modelo tecnológico específico, e, portanto, deveria permitir uma construção melhor do conceito. Se de fato isto acontece, ou não depende de uma análise futura.

Considerações Finais

O propósito deste trabalho foi fazer uma releitura da perspectiva histórica da atenção primária em busca das mudanças ou inflexões na formulação conceitual do termo **atenção primária**.

A principal motivação foi a constatação do uso muito diversificado do termo, designando realidades muito diversas e que produz uma prática propositiva para a reforma do sistema de saúde bastante confusa e heterogênea, o que leva os

profissionais de saúde a não saberem como implementar a atenção primária, já que esta tem muitas possibilidades.

A pretensão inicial foi chegar até os dias atuais, mas esta releitura se mostrou bastante complexa e difícil até a emergência de uma possibilidade histórica de desenvolvimento mais pleno da APS como conceito, através do PSF, ajudando a elaboração teórica mais completa da noção de APS e também da teoria do sistema de saúde. Ao longo da história percebeu-se que o plano das práticas de saúde e dos processos de trabalho foram um plano ora trabalhado, ora não trabalhado, o que provavelmente se deve a uma inconcretude da teoria.

Buscou-se entender, através dos contextos históricos diferentes, as razões pelas quais isto aconteceu e que permitem dizer que, com a proposição do PSF, a atenção primária tem espaço privilegiado para ser experimentada, refletida e conceitualmente formulada. Esta afirmação poderia ser feita só a partir de documentos oficiais, do PSF, pois se seguisse o eixo de análise dos documentos oficiais, isto estaria neles, uma vez que o PSF tem a preocupação de definir mais detalhadamente suas estratégias organizacionais e os elementos do processo de trabalho (objeto, agentes e instrumentos). Define a composição da equipe, como deve se articular, quais ações devem realizar (clínicas e comunitárias) ainda sob um processo bastante inicial de reflexão.

De outro lado, as diversas propostas de modelos tecnológico e assistencial permanecem trabalhando e oferecem subsídios políticos e conceituais para o aprofundamento da noção de atenção primária, tais como:

- O modelo tecno-assistencial em defesa da vida, com sua noção de vínculo, acolhimento, comunicação (Campos e Domitti, 2007; Campos, 1997b);

- Ações programáticas na perspectiva do cuidado e comunicação (Ayres, 2005; Teixeira R., 2003, 2005);
- Vigilância da saúde na perspectiva da promoção da saúde (Paim, 2003; Teixeira, 2002);
- A saúde mental e sua articulação com o PSF (Alves, 2001).

Caberia um exame mais detalhado destes empreendimentos nos três mencionados planos, pois estes permeiam as políticas atuais de saúde, como: Política Nacional de Humanização (Passos, 2006); a política de Educação Permanente em Saúde que articula quatro planos de intervenção (gestão, assistência, formação e controle social) (Brasil, 2005); as mudanças nas práticas de saúde do PSF com referencial nas noções de vínculo, acolhimento, responsabilização, territorialização (Campos, 1999; Teixeira, 2002), além de outras propostas de desenvolvimento conceitual da noção de integralidade^{*}. (Pinheiro e Mattos, 2001, 2003)

^{*} O projeto sobre integralidade realizado pelo Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) é um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de Integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Esse trabalho é multidisciplinar e tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil.

<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>, consultado em 14/05/2007.

Referências Bibliográficas

Ababnamo, N. Novo Dicionário de Filosofia: Tradução de Alfredo Bosi, 2a ed. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

Alfonso-Goldfarb, AM. A Subjetividade dos Conceitos “objetivos” no Conhecimento: uma relativização histórica do saber absoluto In: Correio Semiótico. São Paulo: Jan/jul. 1993. p.2534.

Almeida, ES, Castro, CGJ e Lisboa, CA. Distrito Sanitário: Concepção e Organização. Série Saúde e Cidadania. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. IDS/FSP/USP. São Paulo. 1998.

Amarante, P. Algumas reflexões sobre ética e cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Saúde em Debate. nº 45. dez. 1994. p. 43-47.

Alves, DS., Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro, R. e Mattos, RA.(org). Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO. 2001. p.167-176.

Antunes, JLF; Waldman, EA. e Moraes, M.A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva. 5(2): 2000. p. 367-79.

Araújo, JD., Ferreira, ESM. e Nery, GC. Regionalização dos Serviços de Saúde Pública: a experiência do Estado da Bahia. Rev. Saúde Pública, São Paulo: n.7. 1973. p.1-19.

Arouca, AS. Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS. Saúde em Debate. out. 1988. p.

Arouca, AS. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 1975. p.

Ayres, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo, MCS. Coimbra Jn., CEA. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005. p. 91-108.

Ayres, JRCM. Sobre o Risco: para compreender a Epidemiologia. Hucitec. São Paulo: 1997.

Ayres, JRCM. Ação Programática e Renovação das Práticas Médico-Sanitárias: saúde e emancipação na adolescência . Saúde em Debate. n. 42. 1994. p. 54-48.

Ayres, JRCM. Apresentação. In: Rosen, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: ABRASCO. 1994. p. 17-24.

Barata, LRB. Reorientação das Práticas de Vigilância Epidemiológica. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. FNS/CENEPI. Brasília: 1993. p.63-68.

Barata, LRB. Tanaka, OY. e Mendes, JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviço de Saúde. 3(1):15-24. Rio de Janeiro. 2004.

Barros, E. Políticas de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. Ciências e Saúde Coletiva 1(1): 5-17. Rio de Janeiro. 1996

Batista, K.B.C.; Violência contra mulher e programa de saúde da família: a emergência da demanda na visão dos profissionais. Dissertação de Mestrado apresentada à FMUSP. São Paulo. 2003.

Bodstein, R., Atenção Básica na Agenda da Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 7(3):398-400. Rio de Janeiro. 2002.

Braga, JCS. e Paula, GP. Saúde e Previdência: estudos de política social. Hucitec. São Paulo. 1986.

Barreto, ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 5 (Suplemento 1): 4-17. Rio de Janeiro. 2002.

Brutscher, SM. Análise da atuação da enfermagem no ambulatório: a distância entre o ser e dever ser. Brasília: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 2000. 236p.

Buss, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, DF. Freitas, CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

Buss, PM, Ferreira, JR. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde?. In: Zancan, L., Bolstein, R. e Marcondes, WB. (org) Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ. 2002. 280p.

Buss, PM. e Ferreira, JR. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Projeto Promoção da Saúde. 2001.

Campos, GWS e Domitti AC. Equipes Matriciais. Cad. Saúde Pública. 23(2):399-407, fev. 2007.

Campos, GWS. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4(2) 393-403. Rio de Janeiro 1999.

Campos, GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde In: Cecílio, LCO. *Inventando a Mudança na Saúde*. Hucitec. São Paulo.1997. p.29-87.

Campos, GWS. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégia para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**.13 (1) de Rio de Janeiro. 1997

Campos, GWS. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate* (37):16-9, dez. 1992

Cantillano, EMC. Análise crítica da conceituação predominante sobre a atenção médica primária. In: Nunes, ED.(org). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora.1983. 205p.

Capistrano Filho, D. (org) *Saúde Para Todos: um desafio ao município*. Hucites/Oboré Editorial. São Paulo. 1985.

Carvalho, SR. E Campos, GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 16(2):507-515. abr.jun. 2002.

Carvalho MR. Modelos Assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e Integralidade: estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ) contribuição para a distritalização. Dissertação de Mestrado. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1991.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** V. 13 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1997.

Cecílio,LCO. *Inventando a Mudança na Saúde*. Hucitec. São Paulo. 1997. p.117-161.

Colister RP. O Desenvolvimentismo Cepalino: problemas teóricos e influência no Brasil. *Estudos Avançados*. Rio de Janeiro. 15 (41). 2001

Cyrino, A.P.P. Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.1993.

Cohn A. e Elias PE. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo. Cortez/CEDEC. 4ª. .2001

Cordeiro HA. Sistema de Saúde: o Estado e a democratização da saúde. Rio de Janeiro. Revista de Administração Pública: 13 (4): 362-390. out./dez. 1979.

Costa, AM. Análise Histórica do Saneamento no Brasil. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro. 1994. p. 164.

Costa NR. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Vozes/ABRASCO. Petrópolis. 1985.

Costa e Silva, RJ – Entrevista à Revista Água Viva nº 34. Santo André. 1990

Costa WGA e Moeda ST. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. Saúde em Debate.25 (57).p. 15-29. Rio de Janeiro jan/abr. 2001.

Cavaleiro JR. e Goldbaum M. Apresentação. Revista Brasileira de Epidemiologia. 5 (Suplemento 1): Rio de Janeiro. 2002.

Dalmaso ASW. O atendimento não-programado: o pronto atendimento nas ações programáticas em saúde. In: Schraiber LB. (org) Programação em Saúde Hoje. Hucitec. São Paulo. 1993.

Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade. Saúde em Debate. 44 set/out. 1994.

Donangelo MCF. Medicina e Sociedade. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais. São Paulo. 1975.

Donangelo MCF. Saúde e Sociedade. Livraria. São Paulo. Duas Cidades. 2ª ed.1979.

Donangelo MCF. A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil – a Década de 70. In: ABRASCO, Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. PEC/ENSP. Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abril. 1983.

D'Oliveira AFPL. e Senna DM. Saúde da Mulher. In: In: Schraiber LB., Nemes MIB.e Mendes-Gonçalves RB. (org). Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec 1996. p. 86-198..

Drumond Jr M. Epidemiologia nos municípios muito além das normas. São Paulo. E Hucitec. 2003

Ducan BB. Schmidt MI. E Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Artmed Editora. 2005.

Dutilh HM. Tanaka, O. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde. Saúde e Sociedade. 2 (1-2). São Paulo. 1995.

Elias PEM. Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. Saúde e Sociedade. 5 (2). São Paulo. 1996, p 35-60

Elias PEM. e Mendes-Gonçalves RB. Contribuições para o debate sobre Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. Estudos de Saúde Coletiva. Vol. 5. Rio de Janeiro. ABRASCO. 1988.

Fausto MCR., Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária de saúde brasileira. Tese Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

Felipe S. Operacionalização da rede de atenção primária. II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da ABRASCO. 1983 (mimeografo)

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira. 2ª ed. 1986.

Garcia JC. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes ED. (org) Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.: Global Editora. São Paulo 1983: 95-131.

Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário: FIOCRUZ. 1998.

Gil CRR., Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181. jun. 2006.

Gulart FAA. Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista da saúde no Brasil. Rio de Janeiro. CONASESMS, 1996.

Kehrig RT. Integralidade da Atenção à Saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em Serviços Locais de Saúde. Tese de Doutorado Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2001.

Lefebvre H. Lógica Formal/Lógica Dialética. São Paulo. Civilização Brasileira. 1975.

Level HR. e Clark EG. Medicina Preventiva. McGraw do Brasil, Ltda. 1976.

Kon R. O Planejamento do Distrito de Saúde: Estratégia e Comunicação: a experiência do Distrito de Saúde de Itaquera (1989-1992). São Paulo. Faculdade de Medicina da USP. Dissertação de Mestrado. 1997.

Kosic, K. Dialética do Concreto. São Paulo: Editora Paz e terra, 1969.

Lima NT. O Brasil e a Organização Panamericana: uma história em três dimensões. In: Finkelman J. (org): Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2002. p.23-116.

Lyda M. Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

Luz MT. As Instituições Médicas do Brasil: instituições e estratégias de hegemonia, Graal. Rio de Janeiro. 1979.

Marsiglia RG. Relação Ensino/Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. Hucitec. São Paulo. 1995.

Mascarenhas RS. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 7: 433-46. São Paulo 1973.

Mattos, RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, RA(org). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO. 2001:39-64.

Melo MRC. e Costa, NR. Desenvolvimento Sustentável, ajuste estrutural e política social. Planejamento e Políticas Públicas: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a Atenção à Saúde Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. V. 1(1). 1994 p. 49-108.

Mendes, EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. Uma Agenda Para a Saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 1996

Mendes E.V.(org) Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. Hucitec-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro. 1994.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Hucitec, São Paulo. 1994.

Mendes-Gonçalves B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Cadernos CEFOR, 1 – Série Textos. São Paulo, 1992.

Mercadante OA. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. (org) Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. P.5-314.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In : Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Hucitec. São Paulo. 2002. p. 93-114.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuição para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Fevereiro. 2002

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano. dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde. In: Cecílio LCO. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo. Hucitec. 1997. p.117-161.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: Merhy EE.e Onocko R. Práxis em Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires e Hucitec São Paulo. 1997. p.197-228.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido. In: Merhy EE.e Onocko R. Práxis em Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires e Editora Hucitec. São Paulo. 1997. p.71-112.

Merhy EE.e Queiroz MS. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(2): 177-184. 1993.

Merhy EE. A Saúde Pública como política: São Paulo, 1920-1948: Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. Hucitec. São Paulo. 1992.

Merhy EE. e Cecílio LCO. e Nogueira Filho. RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate. 33: 83-89.1991.

Merhy, E.E. O capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Papirus. Campina. 1985.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Hucitec:ABRASCO. São Paulo:Rio de Janeiro. 1994.

Nemes, I.B.N., Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde. Tese Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo 1996.

Nemes, I.B.N., Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB. Programação em Saúde Hoje. Hucitec. São Paulo. 1993a. p. 65-116.

Nemes MIB. A Hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na secretaria de saúde do Estado de São Paulo (1977-1987). Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1989.

Nemes Filho. A. A Unidade Básica de Saúde. In:Saúde do Adulto: Schraiber LB. e Nemes MIB. e Mendes-Gonçalves RB. Programas e Ações na Unidade Básica. HUCitec. São Paulo. 1996. p.276-286.

Nicoletti L. e Medeiros MGPF. Estudos e Pesquisa em Epidemiologia: reflexões sobre o papel do Centro Nacional de Epidemiologia. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. FNS/CENEPI.Brasília. 1993:161-172.

Novaes HMD. A Puericultura em Questão. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1979.

Nunes ED. A Medicina Social no Brasil: um estudo de sua trajetória. Estudos de Saúde Coletiva. Volume 5. ABRASCO. Rio de Janeiro.1988.

Oliveira AFPL. e Senna DM. Saúde da Mulher. In: Schraiber LB. Nemes MIB.e Mendes-Gonçalves RB. (org). Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. São Paulo.Hucitec 1996. p. 86.107.

Oliveira JAAO e Teixeira SMF. (IM) Previdência Social. Vozes-ABRASCO. Petrópolis. 1986.

Onocko RT. e Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 22(25): 1053-1062. Rio de Janeiro. 2006.

Oliveira SAA. Em defesa do Prev-Saúde na VII Conferência Nacional de Saúde: um passo adiante. Saúde em Debate, 11 38-44.1981

Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D. (org). Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências. FIOCRUZ Rio de Janeiro. 2003 p.161-174.

Paim JS. e Almeida Filho NA. A Crise da Saúde Pública e a Utopia de Saúde Coletiva. Casa da Qualidade Editora Salvador. 2000.

Paim JS. e Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública 32 (4): 299-316. São Paulo. 1998.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais, In: Rouquayrol MZ. E Almeida-Filho N. Epidemiologia & Saúde, 5ª Edição Rio de Janeiro: MEDSI, 1999a. p. 473-488.

Paim JS. Políticas de Descentralização e Atenção Primária. In: Rouquayrol M Z.e Almeida-Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ªEdição Rio de Janeiro: MEDSI, 1999b. p 489-504.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In Rouquayrol M Z.e Almeida-Filho N. Epidemiologia & Saúde, 5ª Edição Rio de Janeiro: MEDSI, 1994a. p 455-466.

Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, EV.(org) Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. Hucitec:ABRASCO. São Paulo:Rio de Janeiro. 1994b, p 187:220.

Paim JS. e Teixeira MGC. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Informe epidemiológico do SUS. Ano I n.5. Fundação Nacional de Saúde. CENEPI. Brasília. 1992. p 25-58.

Paim JSA. Gestão do SUDS no Estado da Bahia. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5(4): 365-375. out/dez, 1989.

Paim, J.S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. Estudos de Saúde Coletiva. Volume 4. Rio de Janeiro. ABRASCO. 1986.

Pain JS. O Movimento Pelo Planejamento de Saúde na América Latina. Rev. Baiana de Saúde Pública. 10(1): 46-52, jan./mar.1983.

Passo E. (org). Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2206.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001. 35(1): 103-9.

Pereira LMF. e Giordano Jr. S. Saúde Mental. In: Schraiber LB. E Nemes MIB.e Mendes-Gonçalves RB. (org). Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. Hucitec. São Paulo. 1996. p 29-47.

Ramos R. A integração sanitária: Doutrina e Prática. Tese LivreDocência Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo. 1997

Ribeiro JM., Atenção Básica em Saúde e a busca de uma conceituação. Ciência e Saúde Coletiva, 7(3):413-429, 2002.

Richter HB. Pelos Caminhos da Atenção Primária. In: Saúde Comunitária – Encarte Especial - 20 Anos Depois de Alma-Ata. nº 4 Ano I, Set/out 1997

Rosas, E.J, A Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil: PIASS – Análise de uma Experiência. Dissertação de Mestrado. Escola nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília.1981.

Santos N R. Atenção Primária à Saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Iº Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Belo Horizonte, 1981) e no Encontro Estadual sobre cuidados de saúde em vilas populares (Porto Alegre, 1981) (mimeografo)

Schraiber LB. et al., Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva. 4 (12): 221-241. Rio de Janeiro. 1999.

Schraiber LB. e Nemes MIB.e Mendes-Gonçalves RB. (org). Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec 1996

Schraiber L.B. e Mendes-Gonçalves, R.B., Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber, L.B., Nemes, M.I.B.e Mendes-Gonçalves, R.B. (org). Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec 1996 p 29-47.

Schraiber, L.B., Políticas e Planejamento nas Práticas de Saúde. Saúde em Debate. nº 47.Junho. Londrina. 1995.

Schraiber, L.B. (org) Programação em Saúde Hoje. Editora Hucitec. São Paulo. 1993^a

Schraiber, L.B. O médico e seu Trabalho Limites e Liberdade. Editora HUCITEC. São Paulo, 1993b.

Schraiber, L.B. Epidemiologia em Serviços: Uma Tecnologia de que Tipo?, Informe Epidemiológico do SUS. Ano II n. 3 p. 3-32 maio/jun. de 1993c.

Schraiber, L.B. (org) Programação em Saúde Hoje. Editora Hucitec. São Paulo. 1991.

Schraiber LB.Educação Médica e Capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo - Rio de Janeiro, 1989.

Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente da Comunidade? Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2001.

Silva JA. Assistência primária de saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira. Dissertação mestrado.Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1983.

Silva FS. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec. 2001.

Silva JA.e Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser , o saber , o fazer. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2002

Silva Júnior AG. .Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1996.

Silva GR. Prefácio. In: Schraiber LB. e Nemes MIB e Mendes-Gonçalves RB. Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. Editora Hucitec São Paulo. 1996

Sisson, M.C., Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-assistencial de Florianópolis. Tese Doutorada.Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.

Souza MFM.e Kalichman AO. Vigilância à Saúde: qualidade, serviços e atualidade. In: Rouquayrol MZ.Epidemiologia & Saúde. MEDSI. Rio de Janeiro. 1993:467-476.

Starfield B, Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO/Ministério da saúde/Governo Federal. Brasília. 2003.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, V. 27 (65): 257-277. set/dez.2003

Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 18 (Suplemento): 153-162.2002.

Teixeira CF. O Futuro da Prevenção. Salvador, BA: Casa da Qualidade. Editora, 2001.

Teixeira CF.et al O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 9(1) Rio de Janeiro jan./mar.1993.

Teixeira CF.e Pinto LL. A Formação de Pessoal em Vigilância à Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Ano 2, n.6 Fundação Nacional de Saúde/CENEPI. Brasília. 1993b.

Teixeira MGL. e Paim JS. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. Cadernos de Saúde Pública 6 (3): 264-277, Rio de Janeiro 1990.

Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R. e Mattos R. A. (org). Rio de Janeiro. ABRASCO, 2003.

Teixeira RR. O Desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. Interface-Comunicação, Saúde, Educ, 9 (17):219-34. 2006.

Telarolli Jr. R. Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista. UNESP 1996.

Telese Jr E. Assistência Primária `A Saúde – Recursos Humanos Aspectos Técnicos e Administrativos. Dissertação Mestrado. Faculdade Medicina da USP. São Paulo. 1983.

Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, (9):25-99. Rio de Janeiro. 2002.

Testa, M. Pensar em Saúde. Artes Médicas..1992

Veras FMF.Atenção Primária em Saúde. In: Rouquayrol MZ. & Goldbaum M., Epidemiologia & Saúde, 3ªEdição Rio de Janeiro: MEDSI, 1991.

Viana AL. e Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis:Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 8 (2):11-48.1998.

Vieira C.A relevância da atenção primária à saúde para o caso brasileiro. A saúde no Brasil 1 (2) abr/jun. 1983

Yunes J. & Bromberg R. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. Rev. Saúde Pública. 5:221-36. São Paulo. 1971.

Referências Documentais

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: FIOCRUS. Rio de Janeiro. 2005

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Normativa nº 94, de 23 de março de 2005 dispondo sobre “os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários”. Brasília. 2005.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária Seminário do CONASS para construção de Consensos. Brasília. 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. 1999.

Brasil, Presidência da República. Lei 9656 Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília. 1998.

Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM** de 18/12/1997 Aprova normas e diretrizes do PSF e PACS e define atribuições para os três níveis de governo. Brasília. 1997.

Brasil Ministério da Saúde Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS NOB-SUS 01/1996. Publicada no DOU de 6/11/1996. Brasília, 1997. 36p.

Brasil. Ministério da Saúde, Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília. 1996

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Reforsus; Saúde da Família. Brasília .1996b

Brasil Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitário de Saúde. Normas e diretrizes, Brasília, 1994

Brasil Ministério da Saúde, Formação das Equipes do Programa de Saúde da Família; Diretrizes e Estratégias Gerais. Brasília. 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos, Estrutura e Atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Documento elaborado em junho de 1992, por uma comissão instituída pela Direção do CENEPI. Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. FNS/CENEPI. Brasília. 1993. p.71-92.

Brasil. Ministério da Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o Caminho. Relatório Final. Brasília. DF 14 de agosto de 1992. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9conf_nac_rel.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Introdução. Informe Epidemiológico do SUS. FNS/CENEPI. Ano I n.1 p.5-6. Brasília. 1993.

Brasil Ministério da Saúde Norma Operacional Básica do SUS – 01/1993. Informe Epidemiológico do SUS. Número Especial: 49-73. Brasília. 1993.

Brasil Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitário de Saúde. Brasília, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Informe Epidemiológica do SUS. FNS/CENEPI. Ano 1. n. 5. Brasília. 1992a.

Brasil Ministério da Saúde. Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. FNS/CENEPI/Unidade de Vigilância Epidemiológica. 1992b

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil, Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.

Brasil Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 17 a 21 de março de 1986. Centro de documentação do MS. 1987. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>

Brasil, Ministério da Educação e Cultura. Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua reformulação. Documento nº 6 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação. Publicado pela Rev. Educ. Méd. Rio de Janeiro, 10(2): 108-109, maio/ago. 1986.

Brasil Ministério de Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, Programação/Orçamentação/Integrada. INAMPS. Rio de Janeiro. 1986 (mimeografo)

Brasil. Ministério da Saúde, Programa de atenção integral a saúde da mulher – PAISM. Brasília. 1984

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Programa de Integração Docente-Assistencial – IDA. Série Cadernos de Ciência da Saúde. nº. 03 Brasília. 1981.

Brasil. Ministério de Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, Normas para a adequação e Expansão da Rede de Atenção às Saúde nas Unidades Federadas. Brasília. Resolução nº CIPLAN-03 de 25 de março de 1981.

Brasil.Ministério de Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Educação e Cultura, Ações Integradas de Saúde. Brasília. Resolução nº CIPLAN-06 de 20 de junho de 1981.

Brasil Ministério da Saúde. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos de Saúde. Brasília 24 a março de 1980. Centro de documentação do MS. 1980. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>.

Brasil Ministério da Saúde. Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília 1 a 5 de agosto de 1977. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>.

Brasil Ministério da Saúde. Anais da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília. 1975. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>.

Brasil Ministério da Saúde. Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde. Recursos Humanos para atividade de saúde. Rio de Janeiro 30 de agosto a 4 de setembro de 1967. Realizada na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1967. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>.

Brasil Ministério da Saúde. Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Niterói. Fundação Municipal de Saúde.1963. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>.

Brasil Ministério da Educação e Saúde. Anais da 1ª Conferência Nacional de Educação e Saúde. Serviço de Documentação. Projeto n.5 Niterói. Fundação Municipal de Saúde. 1963. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html>.

Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Lei nº 378 que institui as conferências nacionais de educação e saúde. Rio de Janeiro. 1947.

CEBES PREV-SAÚDE em debate. Saúde em Debate. nº 12. 1981:21.

OMS/OPAS Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.Documento de Posicionamento da OPAS/OMS. Genebra. 2005

OMS De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a médio camino. Ginebra. 1991.

OMS/OPS Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud em La transformacion de Los Sistemas Nacionales de Salud: La Participacion Social; Estúdios de Casos. WashingtonD.C. 20037. 1990

OMS/OPS Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud: Los Medicamentos Esenciales La Participacion Social; Estúdios de Casos. Washington. Documento 20037. 1990a

OMS/OPS Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud: Analisis de Experiências . Washington. D.C. 20037. 1990b

OMS/OPS Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud: Documento CD 33/14 de 15 de agosto de 1988.

OMS/OPS, Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud: Aspectos Conceptuales Y Metodologicos. Separata de Reuniones celebradas sobre el tema. Abril 1987 –Abril 1988.

OMS/UNICEF, Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil 1979.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Reforma Administrativa: textos Legais e regulamentares 1967-1970. São Paulo. 1971.

Sociedade Brasileira de Higiene, Anaes do XVII Congresso Brasileiro de Higiene. Apreciação do Plano Nacional de Saúde, apresentada pela FSP ao Congresso Salvador, dezembro de 1968.

Sociedade Brasileira de Higiene, Anais do 5º Congresso Brasileiro de Higiene. Recife. 1929. Volume 2. p. 120.

Sociedade Brasileira de Higiene, Apreciação do Plano Nacional de Saúde, apresentada pela FSP ao XVII Congresso Brasileiro de Higiene Salvador – 8-14 de dezembro de 1968,

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), SBMC, 2007 Comemoração dos 25 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Acessado em 27/03/2007.

Souza GP. e Vieira F. Centro de Saúde: Eixo da Organização Sanitária. Boletim nº. 59 Instituto de Higiene de São Paulo. Escola de Higiene e Saúde Pública do Estado. Imprensa Oficial de São Paulo. São Paulo. 1944.

Souza GP. Os Centros de Saúde na Organização Sanitária do Estado de São Paulo. Conferência Pronunciada perante o 3º Congresso Brasileiro de Higiene, em São Paulo. Sociedade Brasileira de Higiene, 1926

Anexo - I - Ficha de Leitura - Referência para leitura dos documentos nos três planos necessários para uma teoria do sistemas de saúde (Schraiber, 1995)

Períodos/ Planos	1º
1 – Política	
Leis/Normas/Regulamentos	
Direitos Individuais	
Direitos Institucionais	
Deveres Individuais	
Deveres Institucionais	
Lemas	
Princípios éticos-políticos	
2 – Organizacional	
2.1 Organização Geral	
Estrutura	
Territorialização	
Hierarquização(Fluxo de ações)	
R H (quais e quantos)	
R H(articulação da equipe)	
Recursos Financeiros	
Recursos Materiais	
2.2 Gerenciamento	
Fluxo de Informações	
Avaliação	
Supervisão(Rel.Gerente/Equipe)	
Capacitação	
Articulação Ensino/serviço	
3 -Processos de Trabalho	
Diagnóstico de Necessidades	
Diagnóstico de Demandas	
Saberes utilizados	
Instrumentos de trabalho	
Ações individuais	
Ações coletivas	
Comunicação (Equipe/Usuário)	
Comunicação serviço/usuário	

Anexo II - Classificação da rede de serviços públicos de saúde no ESP
segundo modelos tecno-assistenciais desenvolvidos até 1968. (Merhy, (1992,
p.:29)

AS CORRENTES TECNOLÓGICAS E OS MODELOS TECNO-
 ASSISTENCIAIS DOS MOVIMENTOS SANITÁRIOS

Corrente Tecnológica	Modelos Tecno-assistenciais
<p>- Bacteriológica:</p> <p>Considera a causa do processo saúde/doença como externa (o agente etiológico) e específica.</p>	<p>- Campanhista/Policial :</p> <p>Valoriza a contaminação como causa geral e usa como instrumento de ação a engenharia, a polícia e a campanha sanitária, verticalmente administrada.</p> <p>- Campanhista/Vertical permanente:</p> <p>Adiciona serviços permanentes, regionais ou locais, e por problemas específicos.</p>
<p>- Médico-sanitarista:</p> <p>Considera a causa básica do processo saúde/doença como pertinente ao indivíduo (consciência sanitária) e única .</p>	<p>- Rede local permanente:</p> <p>Valoriza a formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços – o centro de saúde – descentralizada e regionalizada, administrativamente.</p> <p>- Rede local vertical:</p> <p>A rede de Centros de Saúde não atua como serviço geral e é administrativamente verticalizada, é</p>

	complementar aos serviços especializados.
<p>- Mista:</p> <p>Tem uma posição em relação à causa básica, multicausal, mas valoriza sua especificidade.</p>	<p>- Vertical permanente especializada:</p> <p>Organização dos serviços por problemas específicos, verticalmente administrados, e que atuam paralelamente utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da medicina curativa.</p>

OBS: Poder-se-ia colocar uma quarta corrente, a da história natural da doença, com uma visão multicausal que valoriza uma postura unicista, e que tem sido base para o movimento que defende a organização dos serviços a partir da proposta da atenção primária à saúde, mas ela não está presente no âmbito deste estudo.

Anexo III - Rede de serviços da saúde pública da Região Metropolitana de SP. (1971)

Para uma melhor compreensão da composição da rede, toma-se como referência o trabalho realizado por Yunes e Bromberg (1971). Estes autores realizam um estudo descrevendo a rede de serviços da saúde pública da Região Metropolitana de SP. Seu estudo integrou o Plano Metropolitano de Desenvolvimento Integrado da Grande São Paulo. O autor faz menção a dificuldade de caracterizar esta rede, pois a maioria das unidades médico-sanitárias pertenciam à Secretaria Estadual de Saúde e esta vinha passando por uma fase de transição. Este trabalho demonstra um esforço no sentido de compatibilizar a rede da região à nova proposta da Reforma Walter Leser. Os autores identificaram dois conjuntos de serviços que os denominou de especializado (atendimento aos portadores de tuberculose e hanseníase) e geral (**destinada ao atendimento do restante da população**) com os seguintes tipos de unidades:

1 – Assistência Médico-Sanitária Geral:

1.1 Postos de Saúde: com diferentes denominações segundo grau de maior ou menor especialização: Centro de Saúde, Sub-centro, Posto de Atendimento Médico-Sanitário, Posto de Consulta Médica. Administrados pela SES, prestam os seguintes serviços:

- serviços básicos: higiene pré-natal, higiene infantil, higiene pré-escolar, exames médicos periódicos;

- serviços especializados: buco-dentário, dermatologia, higiene mental, higiene pré-nupcial, oftalmologia, otorrinolaringologia, sífilis;

- serviços complementares: educação sanitária, atestados, imunização, enfermagem, lactário, laboratório, exames radiológicos, saneamento.

1.2 Postos de Assistência Materno-Infantil ou Postos de Puericultura prestam serviço de higiene infantil, pré-escolar e escolar, higiene pré-natal e atendimento odontológico. Administrados pela SES ou pela SMS.

2- Assistência Médico-Sanitária Especializada: compreende os dispensários de tuberculose e de dermatologia sanitária.

Nota: A lista de ações que deveriam ser desenvolvidas pelos centros de saúde incluía: exame pré-nupcial, pré-natal e hygiene infantil, clinica dentária, clinica Ophthalmologica e oto-rhino-laringologica, profhylaxia das doenças venéreas, profhylaxia helminthica, policia sanitária e sananeamento das habitações, serviço epidemiológico, laboratório de pesquisas” (Sociedade Brasileira de Higiene, 1929, p.120))

Neste mesmo congresso o em Conferência proferida pelo Dr. Waldomiro de Oliveira sobre a função do centro de saúde quanto a educação sanitária: “A sede do centro de saúde é o eixo essencial da educação sanitária e é o melhor e mais oportuno lugar para distribuil-a, pois que o Centro, pela própria natureza dos seus serviços, atráe grande concorrência de todas as classes sociaes, todos os dias e a todas as horas”. educação sanitária: (Sociedade Brasileira de Higiene, Annaes do 5º Congresso Brasileiro de Hygiene. Recife. 1929. Volume 2 p. 139)