UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Política nacional de atenção básica: arranjos, disputas,
visibilidades na produção política. Contribuições para
uma perspectiva genealógica**

Naymara Damasceno Sousa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Laura Camargo Macruz
Feuerwerker

São Paulo

2021

**Política nacional de atenção básica: arranjos, disputas,
visibilidades na produção política. Contribuições para
uma perspectiva genealógica**

Naymara Damasceno Sousa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, Gestão e Saúde.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laura Camargo Macruz
Feuerwerker

Versão Corrigida

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Agradecimentos

À minha família, que tem uma vocação indescritível para o amor. Ao meu pai pela sua presença sempre tão doce e encorajadora, mesmo nos meus projetos mais ousados. À minha mãe por ser uma luz na minha vida, meu centro de equilíbrio e aquele conforto que me acompanha em todas as ocasiões. À minha irmã, por além de ser a minha alma gêmea, sempre apostar nos sonhos que nem eu mesma ousa acreditar. Ao Ian pelo suporte que não há palavras para definir. Enfim, obrigada por enxergarem um infinito em mim.

À Laura, pela oportunidade de me permitir realizar um sonho, por toda a potência compartilhada, pelos afetos e pela imensurável contribuição durante todo o processo.

Aos meus amigos pela compreensão, suporte, acolhimento, carinho e amor durante todo esse processo. Principalmente pelo cuidado diante de tantas perdas. Vocês fazem a caminhada possível.

Aos incríveis colegas de equipe do CAPS II Cidade Ademar e do Serviço-Escola de Psicologia do Mackenzie, por todo o esforço empregado para encontrar respostas que me permitiram produzir de maneira mais intensa nos momentos importantes.

A todo o grupo Micropolítica e Saúde, pelas trocas e pela grande contribuição durante todo o meu processo de produção.

À Angela, Emerson e Lumena por aceitarem o convite de compor a minha banca, por todas as contribuições valiosas até aqui.

À Universidade de São Paulo e à Faculdade de Saúde Pública por todo o suporte ao longo do processo.

Que após o luto, haja luta.

Resumo

SOUSA, N. D. **Política nacional de atenção básica: arranjos, disputas, visibilidades na produção política. Contribuições para uma perspectiva genealógica.** 2021. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2021

O campo da análise das políticas públicas frequentemente toma a produção dos textos oficiais como expressão de uma verdade amparada pelo âmbito legal e que invisibiliza as disputas travadas por múltiplas instituições, atores e coletivos na produção cotidiana da política. O presente trabalho buscou abrir visibilidades para algumas disputas em torno do desenho organizativo da Atenção Básica no estado de São Paulo entre as décadas de 1980 e 1990, expressas de certo modo nas experimentações dos municípios de Bauru, Campinas e Santos. A presente pesquisa foi feita a partir da análise de textos (documentos oficiais, artigos e livros), dando primeiros passos para a construção de um exercício genealógico de visibilidade e análise das disputas das forças-valores que constituem o campo da Atenção Básica. Centralização, descentralização, modos verticais, modos democráticos de construir agenda política. Dispositivos de controle, dispositivos de construção compartilhada. Determinação estrutural, disputa micropolítica. Trabalho morto, trabalho vivo. Modelo médico-hegemônico, integralidade da atenção. São muitos os campos de tensão e disputa. Neste trabalho foi possível delinear de modo inicial caminhos de sua efetivação. Modelos mais ou menos democráticos, participação “em surtos”, participação constante dos trabalhadores. Abertura formal ou mais intensiva à vida nos territórios. Construção normativa, construção viva das equipes. Como efeitos, a ampliação do acesso e a invenção de dispositivos como o acolhimento, a escuta qualificada, a centralidade do vínculo, as equipes multiprofissionais, o cuidado em rede intersetorial, espaços coletivos de processamento do cotidiano, escuta qualificada, reconhecimento de um lugar da clínica na produção cuidado articulada num enfrentamento radical ao modelo médico-hegemônico e ao governo da vida em diversos pontos da rede.

Palavras-chaves: Genealogia; Rede Básica; Política Pública; Política Nacional da Atenção Básica.

Abstract

SOUSA, N. D. National primary care policy: arrangements, disputes, visibilities in political production. Contributions to a genealogical perspective. 2021. Dissertation - Faculty of Public Health at USP, São Paulo, 2021

The field of public policy analysis often considers the production of official texts as an expression of truth supported by the legal framework and which turns invisible the disputes waged by multiple institutions, actors, and collectives in the daily production of politics. This study has sought to shed light upon some disputes around the organizational design of Primary Care in the state of São Paulo between the 1980s and 1990s, expressed in a certain way in the experiments in the municipalities of Bauru, Campinas, and Santos. This research was carried out from the analysis of texts (official documents, articles, and books), taking the first steps towards the construction of a genealogical exercise of visibility and analysis of the disputes of the forces-values that constitute the field of Primary Care – centralization, decentralization, vertical modes, democratic ways of building a political agenda. Control devices, shared construction devices. Structural determination, micropolitical dispute. Dead work, live work. Hegemonic medical model, comprehensive care. There are many fields of tension and dispute. In this study, it was possible to delineate, initially, paths for its realization. More or less democratic models, participation “in outbreaks”, constant participation of workers. Formal or more intensive opening to life in the territories. Normative construction, living construction of teams. As effects, the expansion of access and the invention of devices such as reception, qualified listening, the centrality of the bond, multidisciplinary teams, care in an intersectorial network, collective spaces for daily processing, qualified listening, recognition of where the clinic stands in the production of care articulated in a radical confrontation with the medical-hegemonic model and the government of life in different points of the network.

Keywords: Genealogy; Basic Network; Public policy; National Primary Care Policy.

Sumário

Introdução	10
Produção de políticas públicas	13
Metodologia	17
Modelos Tecnoassistenciais	20
Contextos que favoreceram a ampliação da cobertura dos serviços	22
Pistas para a análise genealógica	52
Desenhando forças-valores	71
Recolhimentos do processo de pesquisa	75
Considerações Finais	79
Referências Bibliográficas	81

Lista de abreviações

AB - Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

APSP - Associação Paulista de Saúde Pública (APSP)

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CIAM - Centros de Integração de Assistência Médica

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS-SP - Conselho de Secretários Municipais de São Paulo

CPOC - Centro de Prevenção e Orientação do Câncer

ERSA - Escritórios Regionais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LAPA - Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

PMS - Plano Metropolitano de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PS - Programação em Saúde

RB - Rede Básica de Saúde

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

Introdução

Embora seja no campo da Atenção Básica (AB), de um modo geral, aonde os serviços chegam mais perto das pessoas, a Unidade Básica de Saúde (UBS) como se conhece hoje não foi historicamente o serviço com que necessariamente toda a população conviveu. A saúde pública brasileira dispôs de arranjos e experiências diversas ao longo de suas últimas décadas, sendo a AB fruto de um processo nada linear de produção.

Arranjos como o da Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou mesmo programas como o Mais Médicos, são produtos de disputas travadas no campo da saúde e que são desconhecidas por muitos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como eu.

O presente trabalho foi se delineando ao longo dos últimos quatro anos no coletivo “Micropolítica e saúde”, que se reúne semanalmente na Faculdade de Saúde Pública da USP e do qual faço parte. Esse grupo efetiva e apoia diversos trabalhos de pesquisa, assim como, processa o cotidiano do trabalho no SUS a partir do compartilhamento da experiência de trabalhadores de diferentes formações acadêmicas e atuantes em distintos equipamentos da rede.

O coletivo de pesquisa compõe o “Observatório Micro vetorial de Políticas de Saúde e de Políticas de Educação na Saúde”, um grupo nacional de pesquisa que se debruça na experimentação, em rede, de estratégias político-metodológicas para a análise de políticas de saúde. Seu foco de investigação inclui a definição de objetos, sua explicação e a construção dos textos e dispositivos no campo das políticas públicas, analisando seus efeitos de agenciamento e os impactos na produção do cuidado.

Minha história como trabalhadora da rede de saúde aconteceu prioritariamente no campo da Saúde Mental, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Durante meu percurso profissional, encontrei nesses coletivos de pesquisa e estudo uma possibilidade de ventilação para as angústias e estranhamentos que vivenciava no cotidiano da rede. Os debates se tornaram um espaço de formação problematizadora a respeito das questões que ocorriam no cenário nacional e, principalmente, um espaço importante de autocuidado.

Foi por meio do processamento dessas intensivas cenas do cotidiano que foi se insinuando, de início ainda timidamente, o desejo de pesquisar. A escolha pelo campo da

atenção básica se deu por conta dos projetos potentes que vivenciei no matriciamento do CAPS em que eu trabalhava, pelos estranhamentos que tive nessa experiência e por perceber uma proximidade importante desse campo com o cotidiano das pessoas.

Dúvidas a respeito da maneira como foi construída a rede de cuidado passaram a ocupar meu pensamento. Por conta da minha formação em saúde mental, não conseguia entender por que tanta burocracia nas práticas de cuidado ou de que maneira o cotidiano se traduziria na agenda engessada, que era tão valiosa para meus colegas da unidade básica de saúde.

Testemunhei uma pressão intensa sobre as equipes para o cumprimento de metas, coisa que não vivenciava no CAPS em que eu trabalhava. Observei ainda uma grande expectativa de que a AB coordenasse o cuidado, ao mesmo tempo em que via a população em uma procura importante pelo hospital, ou melhor, pelas portas de emergência como porta de entrada para a rede de cuidado. Percebi que assim como o CAPS em que eu trabalhava era diferente de outros CAPS, a atenção básica parecia ser construída diferentemente a depender do município ou até das diferentes regiões de uma cidade grande. Me questionava ainda se teria sido possível uma atenção básica sem, por exemplo, a entrada da saúde da família, e o porquê da escolha por ela.

Foi por meio da experiência de matriciamento que notei uma presença maior de UBSs nas periferias do que nas áreas centrais de São Paulo. Notei que enquanto alguns trabalhadores dedicam seu esforço para oferecer uma atenção básica de qualidade, ao mesmo tempo, eles também recorrem a planos de saúde quando necessitam de cuidado. O cotidiano me levava a estranhar a razão pela qual o manejo de certos problemas parecia não ter espaço nas unidades, pois havia ali uma crença, que eu não encontrava expressa nos documentos oficiais, de que a UBS fazia essencialmente promoção à saúde, em desfavorecimento do cuidado às enfermidades.

Apesar da política pública possuir um documento oficial, que orienta os trabalhadores a respeito dos princípios, diretrizes, arranjos e ações esperadas, no cotidiano dos serviços, ocorre uma intrincada disputa de poder, por regimes de verdade, entre os diferentes saberes e práticas (BAPTISTA; MATTOS, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada incessantemente ao longo dos últimos anos, apontando para um cenário de lutas intensas e contínuas entre diversas correntes de pensamento, coletivos e grupos de interesse. Os atores¹ e instituições, que atuam

¹ A ideia de atores adotada neste trabalho diz respeito a pessoas ou grupos que ocupam posição estratégica no campo das decisões, na formação de conceitos, nas reivindicações advindas dos movimentos sociais, ou seja, se refere àqueles que se incluem no campo de poder nas disputas pela formação de valores.

de maneira direta ou indireta sobre a produção do cuidado, atualizam o percurso inicial proposto pelo texto da política, fortalecendo outros valores e defendendo interesses dos mais diversos. Tais interferências são elementos que inspiram a interrogação a respeito do suposto papel exclusivo do texto oficial da política na produção das ações das políticas (BALL, 1994), em nosso caso, da atenção básica brasileira.

O exercício de mapeamento das forças que disputam a produção de valores na Atenção Básica abre brecha para a emergência de pistas que auxiliam a entender o processo de materialidade dessa política pública. Ele permite um vislumbre da expressão conferida para certos atores, a maneira como se construiu a rede de cuidado, como o financiamento foi se delineando, como os governos foram operando a política e como se deu sua construção cotidiana.

Há uma problemática relevante para esse trabalho que diz respeito à produção, nessas experiências, de um desenho padronizável para toda a população brasileira. Seria isso desejável diante do cenário diverso de produção de vida, de demandas e do abismo instaurado pela desigualdade social brasileira? Levando em conta as diferenças regionais em um país continental como o Brasil, seria possível a aposta em uma mesma estratégia para experiências tão distintas? A definição de princípios e diretrizes da atenção básica precisaria necessariamente impactar nos arranjos locais de cuidado? Será que a atenção básica que conhecemos dialoga com o que foi intensamente inventado nas experiências locais em distintos momentos?

Diante de tais questionamentos, a presente pesquisa tem como objetivo geral fabricar visibilidade para algumas das disputas que produzem a atenção básica no Brasil, desvelando campos de força que fabricam valores e determinadas estratégias, mas silenciam outras.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Produção de políticas públicas

A produção de uma política pública é um processo que envolve uma ampla gama de elementos que tensionam e colocam em disputa diferentes interesses, valores e discursos. Esse processo é atravessado pelas características de um determinado momento cultural, político, ético e sócio-histórico, que conferem visibilidade e relevância a um problema. Ainda que seja comum a compreensão de que existem essas disputas, a abordagem tradicional de análise de políticas, o ciclo das políticas, as localiza exclusivamente na etapa da formulação, pois é nessa etapa em que há o reconhecimento de um problema, considerado relevante o suficiente para ser objeto de uma política, dado que nem todos os problemas relevantes da sociedade terminam sendo alvos de políticas públicas (FOUCAULT, 2007); (NIETZSCHE, 2005); (SUNDFELD, 2016).

O Brasil enfrenta nos últimos anos o aumento do desemprego, precarização do trabalho e a queda da renda, com rápidas consequências nas condições de vida de amplas camadas da população. Um aumento importante da violência, o retorno do país ao mapa da fome, o retorno de doenças erradicadas no passado e o crescimento da taxa de mortalidade infantil. Os números se comparam a um cenário de guerra, registrando 60.000 assassinatos por ano, em sua maioria de jovens, pobres e negros nas periferias. Para além dos dados da pandemia de COVID19, os números relacionados à violência contra às mulheres, à comunidade LGBTQI +, indígenas e contra pessoas que defendem os direitos humanos são muito preocupantes, mas nem por isso, dentro do jogo de forças, todos esses problemas graves conquistam relevância o suficiente para virar objeto de políticas públicas (MIRANDA; CASTRO; SOUTO, 2018); (BALL, 1994).

Para um problema se tornar digno de ser objeto de políticas públicas, não é necessariamente a sua gravidade, ou o quanto este pode levar a um aumento no número de mortes da população, que define a sua escolha. O próprio reconhecimento de um problema, que antecede a formulação de uma política, já é efeito de disputas acirradas entre diferentes forças, processo esse que acaba sendo invisibilizado em uma avaliação que se reduz a colher apenas os efeitos de determinadas diretrizes.

Durante a própria formulação da política já há uma disputa em relação à explicação do problema, à sua legitimidade ou mesmo a disposição de enfrentar com mais ou menos recursos o objeto elegido. A partir da fabricação de um texto oficial, que pode ser elaborado na forma de lei, portaria, ou textos infralegais, se define uma certa expressão da política, o que agencia

determinado efeitos, também dignos de análise, e que escapam ao ciclo tradicional de análise de políticas (BALL, 1994).

Na etapa da implementação as disputas continuam ocorrendo - de recursos para a implementação desse ou daquele dispositivo² estratégico e de sentidos. É nessa etapa que tradicionalmente ocorre a avaliação, quando se analisa se o texto da política condiz com aquilo que está sendo feito na prática. Nesse caso, o que se diagnostica tradicionalmente acabam sendo insuficiências de implementação. As explicações para tanto ou são “estruturais”, relacionadas aos efeitos do capitalismo, por exemplo, ou estão localizadas nas pessoas, sendo elas os trabalhadores, gestores e usuários, que supostamente não conseguiram entender e empregar a solução apontada pelo texto oficial (BALL, 1994) (FEUERWERKER, 2016).

A problemática interessante nesse caso é que, se a avaliação demonstra que a solução prescrita pelo texto da política não foi implementada corretamente por falta de capacidade de compreensão desse material pelos atores diretamente envolvidos, a resolução desse problema naturalmente recai na necessidade de prover capacitação. Essa maneira de avaliar a política não permite que eventuais equívocos/tensões no próprio texto oficial sejam questionados, ou mesmo que tensões advindas das disputas sejam identificadas, instaurando assim um clima intenso de culpabilização daqueles diretamente envolvidos nas práticas de gestão e de cuidado (FEUERWERKER, 2016).

Como, entre outros elementos, o texto oficial das políticas tem como referência uma certa apropriação do conhecimento científico, muitas vezes ele adquire um caráter de expressão “da verdade” e que não cabe ser contestado. No entanto, essa maneira de avaliar a política, por si só, não auxilia para a visibilização dos meandros da produção de uma política, incluindo tudo que ocorre na prática dos serviços.

Ao analisar o cotidiano dos serviços da rede é possível perceber que arranjos e estratégias encontram-se em disputa constante para o manejo dos problemas, ou seja, os conflitos e tensionamentos não se encerram no momento da formulação da política pública, essa disputa continua na sua implementação. Quando uma nova política é aprovada, gestores, trabalhadores e usuários, atravessados por diferentes vetores e linhas de força, já possuem valores relativos ao problema, essa batalha então se atualiza. Por isso, essa suposta separação clara entre as diferentes etapas de uma política pode aqui ser questionada, pois a borda entre

² A definição de dispositivos adotado neste trabalho, segundo Foucault, pode ser compreendida como linhas de forças que favorecem com que os atores possam se movimentar e produzir expressividade (FEUERWERKER, 2017).

cada uma delas é porosa, permeável às forças que disputam interesses/valores/práticas em todos os momentos (BALL, 1994) (FEUERWERKER, 2016).

As disputas que em alguns lugares são bastante intensas, em outros podem aparecer com menor intensidade, ainda que se analise uma mesma política. Existe uma conjuntura histórica, um desenho geral de forças e elementos constituintes, proposições e estratégias que compõem a montagem de uma política pública. No entanto, sua construção se dá em processo, expressando determinados valores e efeitos, que são singulares a depender de uma determinada localidade (BALL, 1994) (FEUERWERKER, 2016).

Algumas forças e valores podem gradativamente ir ganhando expressão a partir dos arranjos adotados, expressando os mais diversos interesses que existem na sociedade e que disputam também o campo da saúde. Não é necessariamente a existência de um texto oficial que garante que certos valores circulem e disputem a produção do cotidiano da saúde brasileira, as políticas existem para além do aparelho estatal e, por isso, podem ou não estar vinculadas com as esferas do Estado (FEUERWERKER, 2016).

O Estado é um dos produtores de valor e disputas, ele, no entanto, em si não é homogêneo. Interesses expressos no governo federal podem ser contrários a interesses expressos por governos estaduais ou municipais, pelo legislativo ou pelo judiciário. As instituições públicas disputam também a produção de valores, enquanto movimentos sociais, corporações profissionais, usuários, gestores e trabalhadores podem disputar outros. Nesse sentido, o Estado acaba abarcando muita coisa além do governo, em seus níveis executivo, legislativo e judiciário. Todos esses atores se expressam de maneiras diversas, e seus interesses podem não aparecer do mesmo jeito.

Apesar da importância do papel do Estado nesse processo, antes, durante e depois da produção do texto, múltiplos atores fazem parte dessa construção, disputando a produção de valores referentes aos problemas eleitos ou suprimidos em uma determinada política pública. Entender como se fabricam as janelas de oportunidade para a construção de uma política é uma questão importante no campo da análise.

Além do tensionamento realizado por esses diferentes atores, a própria prática também produz discurso e ele, por sua vez, reformula os textos. Esse jeito de produzir política enquanto discurso faz com que seja necessário problematizar os interesses que tensionam esse processo e os efeitos gerados. O discurso está ligado à prática da mesma maneira que a própria prática também acaba por produzir discurso e, conseqüentemente, modifica o texto da política. Portanto, os documentos são frequentemente produtos inacabados, sendo o cotidiano dos

serviços um campo de produção importante de discursos e, conseqüentemente, de valores a respeito da política (BALL, 1994).

Com isso, ao avaliar apenas uma suposta incapacidade dos atores diretamente envolvidos com o cotidiano da construção da política, o processo de avaliação considera como incompreensão aquilo que pode ser uma disputa, uma discordância e até um enfrentamento em relação aos valores contemplados pelo texto oficial. Esse processo ocorre de maneira diferente a depender da política de saúde analisada, dado que elas são atravessadas por campos de disputas singulares. Ainda que uma política se proponha a responder às questões da maioria da população, a maneira como ela ganha ou não legitimidade depende bastante da maneira como ela é disputada no cotidiano, sendo a avaliação desse jogo de forças uma abordagem interessante para o estudo.

Metodologia

A análise dos serviços da rede de saúde destaca diferentes arranjos e estratégias que encontram-se em disputa para o manejo dos problemas e demandas dos usuários. O exercício genealógico é uma abordagem que possibilita desvelar a multiplicidade dos planos de produção de uma política, permitindo a problematização da suposta linearidade contada pelos textos oficiais das políticas públicas.

A pesquisa genealógica, citando Foucault (2007), consiste em produzir visibilidade para a produção de conhecimentos e valores a partir do seu acoplamento com as memórias locais. Esse processo permite a constituição de um saber histórico das lutas que se estabelecem em um determinado momento. Dessa forma, essa metodologia não se propõe a um empirismo ou a um positivismo científico, trata-se de um meio de ativar saberes locais não legitimados em oposição a uma instância teórica unitária, majoritária, hegemônica, a fim de ampliar a visibilidade das diversas forças que constituem um dado problema.

Essa perspectiva teórica é impulsionada por Nietzsche em *A gaia ciência*, obra de 1882, onde o autor debate a não neutralidade na ciência. Tais pressupostos levaram o autor a propor que não existe coisa tal como uma verdade a ser perseguida e alcançada, mas que múltiplos olhares produzem diversos saberes a respeito de um determinado campo (NIETZSCHE, 2005).

A perspectiva genealógica propõe um exercício intensamente avaliativo, dado que persegue a construção e instituição de valores. A força da proposta consiste naquilo que ela convoca, nesta percepção de que não se persegue o lugar da repetição, mas sim das invenções que foram experimentadas no caminhar de uma política pública. Com isso não se intenta desqualificar ou se opor ao rigor dos conhecimentos já estabelecidos, mas sim questionar a instância teórica unitária destes, sua pretensão de ser o único conhecimento verdadeiro e possuído apenas por alguns. Trata-se de uma insurreição contra os efeitos centralizadores de poder: esse é o combate travado na genealogia. Ela emerge enquanto um empreendimento que não pretende sujeitar os saberes históricos, mas torná-los livres e capazes de oposição ao campo do saber único, historicamente concedido ao saber científico (FOUCAULT, 2007).

A invenção daquilo que se denomina como uma verdade se fabrica por meio de um processo de disputas por regimes poder e de dominação (NIETZSCHE, 2005). Quando usamos

a genealogia para nos debruçarmos sobre a produção de um determinado campo, sua intenção principal será sempre a transvaloração do campo das verdades.

Nessa perspectiva não é possível ocupar um lugar de neutralidade, dado que é justamente a pesquisadora que dispara as questões que serão exploradas. Dessa forma, foi necessário um constante exercício de desaprendizagem daquilo já conhecido, da história linear, dos registros nos documentos oficiais e da prescrição de neutralidade das ciências positivistas para formular as questões levantadas e discutidas neste trabalho. Aquilo que afetou a pesquisadora é preponderante para a construção do problema de pesquisa, pois o que institui o estudo genealógico não são os fatos em si, mas justamente as escolhas das interrogações realizadas pela genealogista, processo esse que é sempre implicado.

Foi a partir de questionamentos como a interrogação de quais foram as forças que deram materialidade à PNAB como a conhecemos, que deu voz a certos atores e não a outros, que foi se delineando o caminhar genealógico proposto aqui.

A partir desses estranhamentos foram sendo formulados questionamentos em relação à possibilidade de outras propostas de AB, desnaturalizando a construção histórica “chapada”, naturalizada como linha “evolutiva”, desvelando disputas e o ocultamento de outras experimentações de arranjos além do conhecido modelo da saúde da família, por exemplo. Ainda que algumas experiências tenham sido silenciadas pelos textos oficiais, eles permanecem vivos nas disputas cotidianas e no corpo de trabalhadores, gestores e usuários.

O exercício genealógico se propõe a problematizar a trama de campos valorativos, privilegiando a desnaturalização dos processos, a desmistificação da linearidade dos acontecimentos e o vislumbre das múltiplas camadas que tecem o campo das resistências. Por conta disso, ele permite a ampliação da problematização do cenário atual e o debate a respeito das estratégias possíveis da Atenção Básica no Brasil.

Comecei o meu exercício genealógico fazendo um levantamento bibliográfico a partir de determinadas pistas levantadas nos espaços de processamento coletivo, sendo as fontes utilizadas diferentes documentos advindos de diversos órgãos da saúde, atas de debates em Conferências Nacionais de Saúde, artigos acadêmicos, livros publicados, debates públicos e compartilhamento de experiências locais. Foi realizado um mapeamento a respeito da definição dos desenhos organizativos da atenção básica, especialmente seguindo pistas das problemáticas da década de 1990, no cenário de disputas pelo desenho organizativo da atenção.

A escolha por esse período foi intencional, construída a partir do meu exame de qualificação, que destacou as riquezas e intensidades desse momento histórico, possibilitando assim adentrar em discussões importantes para a fabricação da atenção básica contemporânea.

A fim de criar visibilidade (possível no tempo de um mestrado) para alguns dos tensionamentos que produziram a atenção básica no Brasil foi necessário fazer um recorte geográfico (além do temporal), a fim de não apagar especificidades das disputas ocorridas nas diferentes regiões, dado que seria impossível incluir neste trabalho toda essa multiplicidade de arranjos e disputas locais vivenciados.

O presente trabalho tem, portanto, como objetivo geral fabricar visibilidade para as disputas pelo desenho organizativo da atenção nos municípios de Bauru, Campinas e Santos no período de construção do SUS, entre os anos de 1980 e 1990. Espera-se com o exercício genealógico processar os campos de força que fabricaram dispositivos inventivos, seus efeitos e os valores produzidos.

A problematização desses modelos/formulações/experimentações lançam pistas a respeito das disputas de projetos travadas no contexto de formação do SUS e das estratégias que seriam adotadas para o cuidado na atenção básica.

Devido ao recorte temporal, o presente trabalho buscou contemplar a discussão de determinados conceitos de acordo com as concepções que estavam colocadas naquele cenário específico, sabendo que, com o tempo, eles foram sendo problematizados, revisados e eventualmente modificados. Analisar essas movimentações auxilia o exercício genealógico a seguir as pistas em direção às mobilizações que fabricaram a atenção básica como conhecemos hoje.

Existem momentos privilegiados para o exercício genealógico, onde se encontram ricas experimentações e disputas relativas às perguntas realizadas pela genealogista, neles as disputas estão em plena multiplicidade, desvelando jogos de poder e interesses dos mais variados. A fim de iniciar o processo de desnaturalização da construção do campo atenção básica, o presente trabalho começa seu voo traçando uma contextualização das disputas no campo dos modelos tecnoassistenciais.

Modelos Tecnoassistenciais

Disputas de desenhos assistenciais atravessam a constituição dos arranjos assistenciais e de saúde pública desde, no mínimo, finais do século XIX e início do XX no Brasil. Desde a década de 1970, o movimento da reforma sanitária intensificou debates e disputas em torno dessa problemática, incorporando múltiplos valores e alternativas organizacionais na construção do sistema de saúde.

A denominação “desenho organizativo” ou “modelo tecnoassistencial” é uma denominação que carrega em si uma disputa em relação a um maior ou menor grau de conservadorismo em relação a diretriz adotada, que pode se tornar mais ou menos prescritiva e, com isso, distante da realidade dos diferentes contextos brasileiros. Debruçar-se sobre a maneira com que se aposta no cuidado e se fabricam as práticas em saúde é mergulhar sobre a produção das relações sociais e a maneira como as pessoas se relacionam e produzem modos de vida (SILVA, 1998).

Os aspectos tecnoassistenciais referem-se a maneira pela qual o processo saúde-doença-cuidado é localmente compreendido, ou seja, quais tecnologias são fabricadas para intervir na saúde e na doença, considerando escolhas políticas e éticas que recortam os problemas a serem enfrentados pela política. O desenho organizativo opera os fluxos e circuitos dentro do sistema de saúde, incorporando novas tecnologias de trabalho e gestão, de modo a organizar a saúde em função das vivências de pessoas, coletivos e grupos sociais (PIMENTA, 2006).

Um desenho tecnoassistencial comporta aspectos tecnológicos e aspectos assistenciais. Os aspectos tecnológicos incluem recursos materiais, científicos e instrumentais que definem maneiras de atuar na realidade. Já os aspectos assistenciais incluem procedimentos clínicos, ações de saúde e estratégias de cuidado. A ideia de modelo trata de uma racionalidade que orienta a ação. É, portanto, uma certa forma de combinar técnicas e tecnologias a fim de intervir sobre problemas de saúde e atender a necessidades individuais e coletivas. A depender do modelo adotado, há uma certa maneira de organizar o trabalho, seus saberes e instrumentos. Ele é, portanto, uma estratégia para integrar, da maneira mais adequada possível (segundo certos valores e relações de força)(parênteses nosso), os meios técnico-científicos para promover a saúde individual e coletiva (SILVA, 1998).

Estudar os desenhos organizativos da atenção ajuda a entender como as ações de intervenção foram acordadas enquanto arranjo provisório de práticas, o que permite visibilizar a disputa para a fabricação de determinadas propostas de arranjo, desnaturalizando assim as

estratégias adotadas. O debate a respeito dos desenhos tecnoassistenciais reforça o caráter provisório das diversas práticas, mantendo viva a disputa entre conservação e mudança. Junto a essa possibilidade de transformação, os coletivos acabam sendo fortalecidos, reacendendo assim o motor da história.

As práticas de saúde devem estar voltadas às necessidades das pessoas e dos coletivos, no entanto, o próprio conceito de necessidades de saúde é alvo de muitas disputas de valores. Assim, a depender da definição adotada, variam também as estratégias, instrumentos e técnicas utilizadas. As necessidades de saúde, portanto, põem em discussão os valores produzidos no campo da saúde, bem como o tipo de estratégia elencada em cada desenho organizativo para o enfrentamento dos problemas.

A depender do conceito de saúde adotado por um determinado desenho organizativo existem distintas possibilidades ideológicas, organizacionais e técnicas para estruturar as ações de saúde ofertadas, bem como, diferentes efeitos a serem colhidos para análise (CAPONI, 2009).

Dependendo das proposições em disputa, varia a noção de responsabilidade pela saúde da população assumida na rede de ações e serviços de saúde. Do mesmo modo, dependendo da perspectiva, são necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar, a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida. A saúde demanda um acompanhamento horizontal, familiaridade com os diferentes modos de vida, produção cultural, de coletivos e redes às quais os usuários dos serviços de saúde fazem parte.

A depender dos valores em disputa, os arranjos podem se tornar verticalizados, técnico-centrados, fragmentados, biologizantes, padronizantes e medicalizantes. Extremos em disputa.

Desse modo, os modelos tecnoassistenciais são projetos de política, que impactam na organização da produção de serviços a partir de certos arranjos de saberes e valores, sendo assim uma estratégia política de determinados agrupamentos sociais que disputam pela produção de ações sociais específicas (TRIANA, 1994).

As primeiras décadas do Sistema Único de Saúde (SUS) deram lugar a intensas experimentações no campo da atenção básica. Tratava-se uma intensa disputa por modelos de atenção mais estatais ou privados, médico ou sanitário centrados, que colocou certos setores do capital e do governo em franca luta pela centralidade de seus interesses no campo das políticas públicas. Essa disputa acirrada nos anos 1990 coloca em evidência o papel do Estado, do mercado, dos prestadores e mesmo do alcance da saúde pública brasileira frente às demandas sociais.

Contextos que favoreceram a ampliação da cobertura dos serviços

Sem a intenção de esgotar o mapeamento das forças que constituem o campo da saúde e das políticas de saúde, busco delimitar um recorte das disputas de valores que foram marcantes para a cena das experimentações da rede básica em São Paulo.

As experimentações de modelos organizativos da atenção, durante a década de 1990, no estado de São Paulo, foram marcadas pelos múltiplos movimentos que disputaram a maneira de fazer/conduzir a reforma sanitária brasileira em busca da saúde enquanto direito universal e dever do Estado (MELLO; IBÁÑEZ; D'AVILA VIANA, 2011).

Os recolhimentos problematizados neste trabalho são efeitos de uma construção singular, produzida no contexto das disputas e possibilidades políticas no estado de São Paulo.

Para iniciar esse movimento analítico, considero necessário dar visibilidade a alguns marcos relevantes e valores fabricados na trajetória de São Paulo.

A centralização administrativa é uma linha de força relacionada aos modos de fazer política e gestão nos serviços estaduais de saúde pública em São Paulo, que remeteria ao período colonial, mas também continuada no enfrentamento dos surtos, como os de varíola, cólera, febre tifóide e febre amarela, já na República Velha (MASCARENHAS, 1973). Essa linha pode ser evidenciada, por exemplo, pelo fato de Emílio Ribas haver estado à frente da gestão paulista da saúde pública por 17 anos no período de 1920-1940. Esse modo centralizado de fazer gestão e política de saúde deixou marcas profundas nos debates a respeito dos cuidados estatais com a saúde pública no início do século XX, diante da agenda sanitária mobilizada pela agroexportação (HOCHMAN, 1998).

Do ponto de vista da agenda política do arranjo paulista, houve inicialmente grande ênfase sobre o controle coletivo das doenças transmissíveis, considerando seu impacto imediato na saúde do público e nos interesses econômicos. O campo da saúde, então, se produzia a partir de uma pronunciada separação entre a saúde pública e o atendimento médico individualizado (HOCHMAN, 1998).

Concentrando o processo inicial de industrialização, São Paulo tinha uma dinâmica político-econômica que se diferenciava de outros estados, que implicou e possibilitou, desde Paula Souza, a criação de diversos serviços de saúde. Ainda que médico-centrado, esse movimento criou possibilidades de propor ações, experimentar arranjos e apostar em desenhos organizativos de atenção com recursos próprios do estado, uma realidade singular.

Emergiu em São Paulo também um movimento operário significativo que, já no começo do século XX, com suas lutas, fortaleceu uma perspectiva de proteção à saúde individual dos trabalhadores do mercado de trabalho formal, compondo com o vetor da medicina previdenciária, que teve também uma entrada importante no estado. Ela se caracterizava fortemente por um arranjo ambulatorial e hospitalar, curativo, baseado inicialmente nas Caixas de Aposentadoria e Pensão e na prática privada da medicina.

Os valores produzidos pela medicina previdenciária reafirmaram a categoria médica e a medicina em um lugar central na produção de ações e valores, o que impactou num conceito de saúde majoritário e na interpretação dos problemas de saúde à luz do saber médico-hegemônico.

Assim, a extensão de cobertura de atenção médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear, mas foi o resultado de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram interesses de múltiplas classes sociais. O resultado do jogo de forças entre os diferentes atores envolvidos determinou, em grande medida, a característica da estrutura de serviços do estado e mesmo a direção de diversas políticas de saúde, mesmo muitas décadas após esse arranjo (CAPOZZOLO, 2003).

Os valores produzidos pela medicina penetraram todas as esferas da existência pela ciência, que a mobilizava e a colocava para trabalhar. Desde os genes, o corpo, o psiquismo, a afetividade, a imaginação, a inteligência, a criatividade, o poder médico-hegemônico tomou a vida humana em sua maneira de perceber, criar e até mesmo amar (DELEUZE, 1996).

O modelo médico-hegemônico não é um assunto de uma profissão, não atravessa apenas a medicina. Essa força atravessou a construção de valores de todas as profissões da saúde, alcançando inclusive a população em geral, que reproduz seus sentidos em diferentes segmentos.

A força médico hegemônica-mercado disputou e disputa fortemente o modelo de atenção e a organização dos serviços de saúde. Em contraposição a outras lógicas, que também eram diversas, e disputavam a ampliação da agenda e o desenho organizativo, essa força se configurou de tal maneira no estado que nenhuma instância conseguiu regular o seu poder de ocupação.

O enfrentamento a esses valores, no entanto, sempre esteve presente na construção das experimentações paulistas e, quando somados às reivindicações dos movimentos sociais, produziram uma acumulação crítica que também impulsionou marcos importantes para a saúde

no estado, mesmo estando o poder médico-hegemônico em uma posição majoritária nos arranjos formais da produção de saúde pública.

Por volta dos anos 1950, esses movimentos reivindicatórios ampliaram sua potência de expressão nas disputas políticas em torno da saúde, levando à emergência da saúde como um direito.

Em 1963 o debate a respeito da construção de uma Rede Básica de Saúde (RB) como elemento descentralizado para a estrutura sanitária nacional já estava mais solidamente colocado no campo da saúde e pode ser considerado um efeito das pressões dos movimentos reivindicatórios de décadas anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). Havia neste debate uma forte aposta na construção de sistemas municipais de saúde que articulassem as ações individuais e coletivas, a fim de superar a histórica dicotomia entre a clínica e as ações de saúde pública no estado (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A disputa era fervilhante e pautava importantes reformas de base, tensionando temas fundamentais a respeito da produção de vida e fortalecendo sobremaneira o debate a respeito da saúde enquanto direito.

O cenário nacional, durante a década de 1960, expressava limitação importante do acesso a direitos básicos para a maioria da população. Somente 49% dos municípios contavam com abastecimento de água e somente 33% com rede de esgoto. Havia uma combativa reivindicação de providências para a garantia de saneamento básico da população, que refletia realidades muito diversas entre o sudeste, nordeste, centro-oeste ou sul, estando a região norte do país em especial vulnerabilidade, já que apenas 1,6% dos municípios possuíam tratamento de esgoto. O censo apontava para uma expectativa de vida de 43,7 anos naquela década, estando $\frac{2}{3}$ dos municípios totalmente desassistidos em relação à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Os diferentes movimentos sociais conquistaram ainda mais notoriedade no campo da saúde pública por conta de suas lutas pelo acesso aos direitos fundamentais, como o direito à terra, à saúde, à educação e à cultura. Movimentos urbanos pautavam a questão da fome, do transporte de qualidade e do acesso à luz e água. No início da década de 1960, diante de um movimento social que expressava a necessidade de importante parcela da população, houve um fortalecimento brutal em termos de lutas que teve como resultado vivas disputas por espaços favoráveis ao desenvolvimento humano (FEUERWERKER, 2020) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

A força da reivindicação que se fabricou durante o período dessa Conferência se deu no sentido de garantir saúde para todos, construída nos diferentes territórios, marcando um

olhar contextualizado e comprometido com as circunstâncias de cada região, definindo a vida como objeto de interesse e reconhecendo as especificidades de sua produção. Propunha-se que a rede básica identificasse no território necessidades mais complexas do que aquelas apontadas pela assistência médica em seu paradigma biológico, o que representava um tensionamento importante à agenda e ao conceito de saúde até então (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante para a disputa em torno do conceito de saúde, debatendo temas como a situação sanitária da população, a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a construção do plano nacional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

A convocatória pautada na construção da Rede Básica atingia uma parcela significativa da população, que carecia de acesso a direitos básicos. A disputa pelo próprio conceito de saúde se tornou um tema importante, dado que a depender da maneira que fosse compreendido, iria favorecer esse ou aquele modelo de organização da AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Os valores produzidos no movimento favorável à constituição da RB expressavam intensa aposta na potência da combinação de múltiplos saberes, advindos de diferentes disciplinas, em um compartilhamento com usuários e familiares, em tensão explícita com as formulações dominantes até então. Por conta dessa característica, suas experimentações se caracterizaram pelo alcance capilar, que aproximou a saúde do lugar onde as pessoas vivem, trabalham, amam, sofrem perdas, enfrentam mudanças, questionando a tradicional construção pautada no campo do saber médico-hegemônico.

Nessa construção, a definição de cuidado já não se pautava somente pelo adoecimento, mas era marcada por várias disputas - alargamento produzido pela perspectiva epidemiológica, incluindo condições materiais da existência; alargamento produzido pelo reconhecimento dos sentidos de existência produzidos pelos usuários e seus coletivos e movimentos. Os conhecimentos a respeito do viver estariam no âmbito da técnica ou da experiência? Na perspectiva hegemônica, saberes científicos sobre as doenças eram usados para subordinar existências. Nas lutas contra o hegemônico, havia tensões entre saber técnico e saber da vida. (FEUERWERKER, 2005).

Estão, assim, colocadas algumas pistas a respeito da posição estratégica da rede básica nessa disputa e de que maneira ela foi se transformando em alvo de intensos embates e um campo importante na formação da saúde pública. Essa calorosa disputa, que ocorreu de maneira pronunciada em São Paulo, mas também em outras regiões do Brasil, diferente do que ocorrera

em outros países, disputou valores com o saber médico-hegemônico e a maneira que seria feita a construção de uma rede de saúde.

O confronto entre a assistência médica ambulatorial e as proposições da rede básica tensionou de maneira importante a disputa pela construção das práticas de saúde nesse período. Ela foi uma aposta de que nem tudo se enquadra em manuais de diagnósticos, em determinados órgãos ou em intervenções específicas, sendo um marco relevante para a compreensão do cenário analisado nesta pesquisa.

Com o golpe militar, que ocorreu no ano seguinte à 3ª Conferência Nacional de Saúde, a construção de valores da rede básica acabou sendo fortemente censurada e sua disputa por espaços no campo majoritário de produção da política de saúde foi oficialmente interrompida. A saúde, nesse período, passou a enfrentar fortes tensões com os interesses que vigoravam durante a ditadura militar, sendo as experiências de construção da RB parte da resistência democrática na luta brasileira pelo direito à vida.

Mesmo com os movimentos violentos produzidos pela ditadura, seguiu havendo resistência e experimentação em municípios de várias partes do Brasil, ou seja, no campo da produção cotidiana de cuidado. Em associação a outras forças, a disputa por um conceito ampliado de saúde e pela centralidade da equipe multiprofissional como estratégia de acompanhar a produção da vida permaneceu em construção, mesmo diante do cenário nada favorável que o país enfrentava (FEUERWERKER, 2005).

Em 1967, o professor Walter Pereira Leser toma posse da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) apostando em uma agenda de ampla reestruturação. Ele, que apontava a relação direta entre a queda do salário mínimo e o aumento da mortalidade infantil, o que pode ser considerada uma análise bastante ousada para o contexto político da época, foi um ator importante na proposição de ações de saúde no estado de São Paulo (MASCARENHAS, 1973).

Durante sua gestão foi realizada uma reestruturação total da SES-SP, criando-se a secretaria da promoção social e os dois colegiados que assessoravam o Secretário de Estado com função consultiva. Os órgãos executivos eram compostos na época por quatro coordenadorias, sendo elas: saúde da comunidade; assistência hospitalar; saúde mental; serviços técnicos (JUNQUEIRA, 1996).

Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que havia sido promovida pelo governo federal, Leser aproveitou a singularidade do momento como oportunidade de redefinir uma estrutura

burocrática altamente técnica na SES-SP, conformando o centro de saúde como unidade sanitária polivalente (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990).

O principal fundamento envolvido era a aposta na integração, pois se defendia que medicina e saúde pública deveriam ser articuladas, sem divisão rígida entre atividades preventivas e curativas (MELLO; IBÁÑEZ; D'AVILA VIANA, 2011). A integração de ações individuais e coletivas conectava-se com valores expressos pelo movimento por uma rede básica que, embora censurada formalmente pela ditadura militar dos espaços majoritários, seguia em produção.

Houve também uma descentralização técnico-administrativa em dez divisões regionais durante essa gestão, sendo que cada uma delas deveria funcionar como uma pequena secretaria de Estado. Ainda que o cenário nacional produzisse em sua política oficial um arranjo inconciliável com essa construção, em 02/08/1969 foi criada em São Paulo a carreira de médico sanitário, marco importante para a saúde em todo o país e para o movimento de resistência aos valores produzidos pela política produzida pela ditadura militar brasileira (MASCARENHAS, 1973).

A fim de viabilizar a implantação dessa reforma, foi feita uma aposta de institucionalização por meio de normas técnicas, regulamentação de decretos, sendo o secretário um ator que tinha a autonomia de baixar, por resoluções, normas técnicas de caráter operacional. Essa aposta normativa deu maior flexibilidade à ação dos serviços de saúde pública, o que tensiona a imutabilidade que marcava a administração em saúde do Estado de São Paulo (JUNQUEIRA, 1996).

Em São Paulo, como no Brasil, a oferta da assistência médica foi historicamente oferecida para os trabalhadores formais, e não para o conjunto da população, dado que o modelo do Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps) estava vinculado ao trabalho com carteira assinada. Ele era um sistema nacional, mas seletivo, que considerava a saúde como um direito somente para uma parcela da população, a direta e formalmente incorporada ao sistema produtivo (FEUERWERKER, 2020).

Não havia qualquer proposta de Atenção Básica dentro do Inamps. Dentre os serviços estavam apenas os postos de assistência médica e os hospitais, alguns públicos e a maior parte privados, contratados e conveniados ao Inamps (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990).

Apesar da centralidade do Inamps no cenário nacional, sua presença assistencial em São Paulo nunca foi tão marcante como em outros lugares do Brasil. São Paulo fabricou historicamente uma outra lógica de construção de rede e já produzia, tanto pelos centros de

saúde como por iniciativas municipais, alguma resposta para a parcela da população que não era coberta pelas caixas.

Essas alternativas, produzidas principalmente a partir da secretaria estadual, favoreceram os movimentos pela saúde a organizar de algum modo alternativas de cuidado, especialmente na saúde materno-infantil e nas doenças infecto-contagiosas.

Relações de força singulares abriram brechas na produção de estratégias públicas de atenção à saúde que tensionavam políticas de acesso e cobertura à saúde majoritárias da época.

Na década de 1970 a grande São Paulo era constituída de 37 municípios contando com uma população de 8 milhões de habitantes e subdividida em seis sub-regiões: Centro; Leste; Sudeste; Noroeste; Nordeste; Norte. A secretaria de saúde do estado era o órgão responsável pela gestão da maioria das unidades de prestação de serviços de assistência médico-sanitária (YUNES; BROMBERG, 1971).

A assistência médico-sanitária era dividida em geral e especializada. A especializada era destinada ao tratamento de tuberculose e hanseníase e a geral destinada ao atendimento do restante da população, embora houvesse importante ênfase ao “materno-infantil” (YUNES; BROMBERG, 1971).

Com a reforma da secretaria da saúde, foram criadas divisões regionais de saúde, órgãos de administração e planejamento regional. Com isso, o nível de decisão, que antes estava concentrado na estrutura central da Secretaria, passa a se deslocar em alguma medida para as sedes regionais. O Distrito Sanitário constitui então a unidade básica da organização sub-regional, devendo ser ele chefiado por um médico sanitaria de carreira que era responsável por produzir respostas aos problemas de saúde daquela área (YUNES; BROMBERG, 1971).

Essa conjuntura de reorganização dos equipamentos públicos, deu expressão às disputas de proposições de modelagens no campo da saúde pública e privada. Durante a segunda gestão de Leser, a proposta da Programação em Saúde (PS) se ofereceu como um arranjo central para efetivar a disputa com o modelo médico-hegemônico enraizado no desenho organizativo até então. O debate a respeito dos diferentes desenhos organizativos estava já bastante aquecido no estado, que já contava com um cenário de múltiplas experimentações de organização da atenção básica (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

A PS foi uma proposta de organização do trabalho em saúde que pretendeu fazer face à clínica médico-hegemônica a partir da fabricação de tecnologias de base epidemiológica. Ela ancorava-se na estruturação de programas de saúde, sendo estes produtos de um diagnóstico

sanitário e voltado para agrupamentos de pessoas definidos a partir de patologias³, grupos populacionais em risco de adoecimento⁴ ou dinâmicas de vida⁵. Tratava-se da articulação de instrumentos de trabalho, entre eles a assistência médica individual e os instrumentos epidemiológicos dirigidos aos coletivos (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

A PS utiliza-se da Atenção Primária à Saúde (APS) como base organizativa. Ela promete oferecer resolutividade para necessidades básicas de saúde como a atenção integral à saúde, vacinação, informações em saúde, desenvolvimento nutricional, entre outros (SCHRAIBER et. al, 1990) (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Nesse contexto, a disputa de valores entre a Atenção Primária à Saúde, a partir de debates internacionais, e a Atenção Básica, disputada desde décadas anteriores em São Paulo e no Brasil, começa a ganhar força. Essa disputa de valores teria eco muitas décadas após esse recorte histórico, sendo este um elemento importante no cenário paulista (NEWELL, 1988).

A discussão do conceito de Atenção Primária em Saúde foi impulsionada no final da década de 1970 pela declaração de Alma-Ata, documento de 3 páginas que pautava a questão dos cuidados primários em saúde. A declaração defendia o desenvolvimento econômico como uma estratégia para garantir saúde para todos nos anos 2000, buscando construir um compromisso político por parte dos Estados, que naquela época debatiam os Sistemas Universais de Saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

A Conferência de Alma-Ata aconteceu em 1978, um ano muito particular para a OMS e para o campo da saúde pública em geral. A partir do clima mundial de reconhecimento do papel da ciência na erradicação de epidemias importantes, havia uma grande expectativa de que as conquistas sanitárias pudessem eliminar as grandes enfermidades que assolavam a humanidade. Na época, ainda em meio ao contexto da Guerra Fria, desabrochou o debate a respeito das desigualdades sociais e da carência de cuidados básicos em saúde pelo mundo (ROVERE, 2012).

A principal aposta da Declaração de Alma-Ata era política: fortalecer o princípio de que os Estados tinham o dever de prover os cuidados primários, de acordo com suas especificidades e possibilidades (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

³ Como a tuberculose, hanseníase, hipertensão, etc (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

⁴ Como gestantes, menores de um ano, etc (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

⁵ Como a infância, a vida adulta, etc (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

O documento definia os cuidados primários como um conjunto de métodos e tecnologias práticas de alcance universal, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas dentro do desenho do sistema único de cada país. Ela representaria o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema, em um esforço de promover educação em saúde, controle de uma nutrição adequada a partir do enfrentamento da contaminação da água e do cuidado com o saneamento básico, cuidados materno-infantil, imunização e fornecimento de medicamentos essenciais (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

O Banco Mundial, na sequência, entrou no debate, disputando o que seriam necessidades básicas em saúde, defendendo incentivo financeiro à tecnologia, infraestrutura e a seleção de prioridades-alvo (PIRES-ALVES; CUETO, 2017). Com a força dessas agências internacionais e os limitados acordos internos à própria OMS, a APS acabou sendo adotada em diferentes países de modos muito heterogêneos, muitas vezes caracterizada como oferta médica de serviços para resolução de problemas a curto prazo (NEWELL, 1988).

Há na conferência de Alma-Ata um debate a respeito da universalização ao acesso à saúde, mas centralizado no acesso à assistência médica e não a atenção à saúde. No Brasil, com a RB e a histórica disputa entre a saúde pública e a assistência médica, houve tensionamentos em relação à ideia de APS, por conta de toda a construção, mais ampla, realizada anteriormente.

Em boa parte dos países a APS foi sendo organizada e constituída como uma proposta de assistência médica, coordenada e dirigida por médicos, ainda que se admita a participação de outros profissionais de saúde na efetivação de partes de suas proposições. A atual obra de referência da APS no mundo, o livro de Barbara Starfield reafirma isso com todas as letras, como é possível acompanhar no seguinte trecho:

“A tese é baseada na suposição, geralmente considerada precisa para as nações industrializadas, que o médico é que tem a responsabilidade de enxergar a totalidade da atenção primária. Outros profissionais podem assumir responsabilidade por alguns de seus aspectos, mesmo por alguns dos mais centrais, mas é o médico que deve supervisionar todos os seus aspectos” (STARFIELD, 2002, p. 12).

Enquanto o projeto da APS, fortemente marcado pela extensão da cobertura de assistência médica, foi estabelecido internacionalmente depois de Alma-Ata, no Brasil a adoção por alguns da alternativa APS foi tardia e em tensão com a disputa médico-sanitária citada anteriormente. Algumas das experimentações paulistas já haviam articulado atenção individual e coletiva, já debatiam um conceito de saúde ampliado a ser trabalhado por uma equipe multiprofissional no projeto da rede básica, buscavam por uma integralidade da atenção

que era antagônica à oferta exclusiva de assistência médica importada pela APS (FEUERWERKER, 2020).

A Programação em Saúde, ao adotar como seu referencial teórico norteador a APS, considerando o contexto da reforma proposta no estado de São Paulo, acabou expressando limites nas possibilidades de tensionamento com o modelo hegemônico, diante das conquistas referentes ao conceito amplo de saúde que a Rede Básica já havia pautado.

A fim de explorar de que maneira a Programação em Saúde entrou na disputa de valores em relação à produção da rede básica é necessário analisar alguns pontos importantes de sua proposta.

O vetor do planejamento era um elemento central na proposta da PS, estando este fortemente ancorado no saber da epidemiologia. De acordo com a sua construção teórica, a clínica deveria ser submetida ao saber epidemiológico por este ser capaz de estabelecer normas mais eficazes do que aquelas advindas da clínica. Tal premissa, além de desperdiçar a potência advinda da clínica, invisibilizava a força da experiência e conhecimentos locais.

Idealizar o Sistema Nacional de Saúde pautado no planejamento oriundo da Epidemiologia, da maneira como a Programação em Saúde fabricou seus valores, desvalorizou a dimensão do sofrimento e da subjetividade, reforçando uma lógica de produção de cuidado muito distante das necessidades dos municípios. Como consequência, a demanda espontânea, uma possibilidade de acesso sobre a natureza da relação que o usuário estabelece com o serviço de saúde, acabou sendo abafada diante de programas que foram definidos a priori, muito antes do encontro, relegando a um segundo plano a produção individual de sofrimento/saúde da população (TRIANA, 1994).

A Programação em Saúde pretendeu ser uma resposta à disputa com o modelo médico e de mercado, travada na luta pela definição de um modelo que contribuísse para a construção de uma política pública em saúde, no entanto, os dispositivos fabricados por ela respondiam a interesses diferentes daqueles relacionados à crítica que se ela se propôs a fazer.

Apesar da intenção política em questionar a centralidade do modelo médico-hegemônico, a aposta do modelo da PS, na prática, concentrou-se justamente na oferta de atendimento médico, em um investimento prioritário nas tecnologias laboratoriais e na medicalização.

A Programação em Saúde buscava ocupar um lugar central dentro do campo das políticas oficiais, o modelo, no entanto, acabou experimentando sua proposta principalmente dentro do ambiente do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa (o CS Escola Butantã) e

posteriormente no CS Escola da Medicina da Unesp em Botucatu, que, como unidades-escola, expressavam contextos muito singulares, distintos dos experimentados nos diversos municípios de São Paulo. Por conta disso, a PS acabou não impactando de maneira tão significativa na produção nos arranjos municipais do estado.

Ao construir a sua proposta de maneira tão enraizada aos valores da APS, a PS também não tensionou algumas problemáticas que já vinham sob interrogação, tais como a importância da formação das equipes multiprofissionais e de uma produção de intervenções contextualizadas, implicadas com as especificidades de cada localidade. Da mesma maneira, questões como a produção dos territórios, os problemas econômicos-sociais das diferentes regiões, a produção comunitária e o espaço para o controle social não encontraram fôlego dentro da produção teórica e prática da Programação em Saúde.

Desde as proposições de Paula Souza no estado, quando se reformou a ação sanitária local, os centros de saúde combinaram ação individual e coletiva. Essa modalidade de equipamento era uma unidade dinâmica, com educadores sanitários recrutados e formados no Instituto de Higiene. O centro de saúde oferecia cuidado médico com dedicação exclusiva e de tempo integral. Ele oferecia exames médicos, vacinação à população, vigilância sanitária, além de visitação de rotina. Seu foco era familiar, atuando no cuidado à atenção materno-infantil e no atendimento clínico de caráter epidemiológico às doenças transmissíveis (MASCARENHAS, 1973) (MELLO; IBAÑEZ; D'AVILA VIANA, 2011).

No cotidiano, o trabalho da clínica médica dos Centros de Saúde, quando geridos sob o desenho da Programação em Saúde, reduziu a atenção ao plano do indivíduo, já que as normas de funcionamento do biológico definiam as ações propostas. A finalidade do trabalho, nessa clínica médica, acabou por buscar o retorno à “normalidade”, que no saber médico da época era cientificamente definida pelo saber biológico produzido pela medicina (CAMPOS, 1992).

A Programação em Saúde sofreu diversas críticas em relação aos valores que produziu, dentre elas estão as que se referem a esse conceito de saúde, segundo o qual a tecnologia permitiria a intervenção preventiva de riscos no interior do organismo de indivíduos, sendo esses riscos a ameaça à saúde das populações. Essa tendência de mapear riscos frequentes e criar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde tinha como base campanhas sanitárias direcionadas. Se o saudável se define em termos de frequência estatística, o conceito de saúde acaba patologizando tudo aquilo que foge da curva, associando a saúde com uma ideia de normalidade em uma perspectiva biológica (CAPONI, 2009).

A realidade sanitária, precária ou não, é complexa e não permite supor que as necessidades de saúde da população seriam atendidas unicamente pela assistência médica.

Além disso, enquanto as grandes capitais tinham uma ampla rede de serviços e centros de formação médica, as localidades periféricas sofriam com limites de acesso a esses profissionais e a outras possibilidades de respostas a necessidades básicas. Ao fazer essa oferta para a população, a PS acabou reduzindo a resposta a problemáticas como a fome, ausência de saneamento básico, a moradia, o lazer, o transporte, e tantas outras, à presença de um representante da medicina (CAMPOS, 1992).

Com a ausência de outros saberes/práticas na construção dos dispositivos, o biológico ganhou violento fôlego. Com isso, os dispositivos da PS acabaram capturados pela armadilha de atualizar propostas medicalizantes mesmo sob a aposta hipotética de ser um desenho crítico ao modelo médico hegemônico.

Concomitantemente a essa oferta que fez a PS disputando o desenho organizativo da atenção básica, experiências municipais inovadoras, também existiram em São Paulo, sobretudo no final dos anos 1970 e início dos 1980 em diante, desafiando a Ditadura Militar e as proposições pautadas no modelo médico-hegemônico a partir de abordagens e dispositivos diferentes.

O conceito de Saúde Coletiva se encontrava em disputa entre diferentes correntes políticas e teóricas que desenhavam suas abordagens no contexto das experimentações municipais, defendendo aspectos distintos e fazendo apostas específicas.

Toda essa multiplicidade em torno da Saúde Coletiva colocou em debate objetos e campos do saber diferentes, caminhando principalmente pelas ciências naturais, sociais, pela epidemiologia, a política, o planejamento, e explorando ainda outros campos do conhecimento. A Saúde Coletiva se encontrava, nesse sentido, no campo das interciências, se conectando assimetricamente pela vasta produção da ciência e potência da interdisciplinaridade. Apesar dessa pluralidade teórica, de maneira geral, a Saúde Coletiva estabeleceu uma crítica à universalidade do saber médico, negando a centralidade do saber biológico e rompendo com os valores produzidos pela saúde pública (MOREIRA, 2010).

Sérgio Arouca descreveu a Saúde Coletiva como uma certa vontade política que busca por algo a mais e melhor e com um alcance universal. Nesse sentido, ela valoriza uma ampliação do conceito de saúde para além da busca pela prevenção de doenças, por outro lado, esse campo também sofreu críticas por descartar a potência da clínica em seu referencial e o alcance da dimensão individual na produção da saúde (MOREIRA, 2010). Dentre as diferentes experimentações que ocorriam simultaneamente ao modelo da Programação em Saúde, havia

um acirrado campo de disputa de projetos, se encontrando de maneira diferente com as lutas travadas pelos movimentos sociais no estado.

A descentralização, pela perspectiva progressista, pautava a democratização e a participação social como estratégias políticas para conferir voz às camadas historicamente excluídas dos espaços de poder e decisão. Ela visava garantir a igualdade de acesso, viabilizar a implantação de políticas que favorecessem a equidade, fortalecendo as unidades regionais e sub-regionais e permitindo aos líderes comunitários a apreensão dos problemas e prioridades da população. Para preservar o caráter democrático, a descentralização estimulava a gestão pública e presença ativa da sociedade civil nas tomadas de decisões a fim de criar instâncias de negociação mudando a forma de organização do aparato estatal (MÜLLER NETO, 2010).

A reivindicação pela descentralização da saúde tinha um apelo relevante junto ao movimento de redemocratização do país, que nesse contexto tinha uma permeabilidade importante dentro das reivindicações nacionais. O movimento pela descentralização buscava uma transferência de poder, que estava anteriormente centrada na esfera federal e que ditava o tom majoritário e as normativas do campo da saúde durante a Ditadura Militar (MÜLLER NETO, 2010).

A pressão por uma revisão da política de assistência médica foi ganhando corpo. Os setores sociais encontravam-se insatisfeitos com o excessivo foco sobre as ações epidemiológicas no lugar de tratamento para suas enfermidades, sendo uma demanda fortemente defendida a presença mais constante de cuidado no setor (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990) (MELLO; IBAÑEZ; D'AVILA VIANA, 2011).

Em São Paulo o processo de descentralização se iniciou antes da oficialização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi operado de modos diferentes segundo estados e regiões. Enquanto alguns estados instrumentalizaram a municipalização, outros concentraram-se na diretriz da participação social ou ainda em um processo mais lento de elaboração e discussão dos planos municipais de saúde. Essa diferença fabricou efeitos também singulares, definindo características distintas nos cuidados básicos que seriam ofertados e na posterior disputa pelo Sistema Único de Saúde (INOJOSA, 1990).

Com as bases instauradas durante a gestão Leser, e com a criação da carreira do médico sanitário, foi formada uma densa massa crítica na Secretaria de Estado de São Paulo. Historicamente o estado havia construído uma interlocução com os movimentos populares de saúde, resultando desse processo a formulação de um projeto de expansão da rede básica de

serviços de saúde que deu origem ao Plano Metropolitano de Saúde (PMS). Com o apoio das Ações Integradas de Saúde (AIS)⁶, se favoreceu mudanças importantes que terminaram por consolidar a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA)⁷ (JUNQUEIRA, 1996).

A partir da Lei do Sistema Nacional de Saúde em 1977, resultante do debate da VI Conferência Nacional de Saúde, a gestão Leser produziu um primeiro documento com a proposta de uma rede única de saúde para o Estado de São Paulo. Seu relatório propunha ampliar o convênio dos Centros de Integração de Assistência Médica (CIAM) e subordiná-los ao Centro de Saúde. Apesar de o projeto não ter sido aceito pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, a integração pretendida pelo secretário iria terminar se concretizando em 1983 no estado (JUNQUEIRA, 1996).

A situação de São Paulo, com o apoio dos sanitaristas, somou forças para o retorno de diversos movimentos populares na reivindicação de soluções para os problemas de saúde que marcavam o estado. Muitos e variados eram os movimentos populares, por saúde, comida, moradia, saneamento, transporte, sobretudo nas grandes cidades. Essa força demandava respostas governamentais, que variaram ao longo do tempo.

Com a gestão do Secretário Adib Janete no início dos anos 80, houve uma reabertura ao diálogo com esses movimentos, aquecendo novamente o campo das disputas em torno do modelo de atenção à saúde e a participação social na construção da política da saúde (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

O valor descentralização produz tensões e deslocamentos no modo de fazer gestão, exercendo um papel importante na construção de convênios de integração dos serviços públicos com os municípios. O PMS, com a estrutura de sua coordenação, representou o embrião da mudança da secretaria em direção a uma integração dos serviços. Sua abordagem agregava unidades básicas de saúde, hospital-geral, pronto-socorro, laboratórios e ambulatórios especializados sob uma gerência unificada (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990).

⁶ Preconizou a universalização do atendimento e o acesso da população aos serviços de diferentes níveis. Sua implementação ocorreu mediante convênios entre o Inamps e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Com a equalização dos serviços prestados à população urbana e rural teve fim, oficialmente, a exclusão dos não previdenciários, o que foi um passo importante para a universalização da atenção (JUNQUEIRA, 1996).

⁷ O ERSa era uma unidade de gestão da secretaria estadual, que articulava todos os equipamentos de saúde existentes na área geográfica de sua abrangência, sendo estes, os centros de saúde, hospitais, laboratórios e ambulatórios de saúde mental (JUNQUEIRA, 1996).

Com a oficialização dos Convênios AIS, no estado de São Paulo, e com o papel desempenhado pelo Secretário José da Silva Guedes, os postos municipais de saúde passaram a atender nos moldes dos centros de saúde estaduais. Os postos do Inamps passaram a responder pelo atendimento secundário e de ambulatórios especializados, produzindo diferenciação e a hierarquização entre serviços de saúde no estado. Implícita no bojo desse processo, a municipalização tem seu início a partir da valorização das prefeituras, que eram consideradas como a melhor administração possível para os Centros de Saúde. No estado de São Paulo, portanto, o protagonismo das prefeituras ocorreu antes da oficialização do SUDS em âmbito nacional (JUNQUEIRA, 1996).

Apesar desse contexto de enfrentamentos, a questão da incorporação da assistência médica não era uma unanimidade entre todos os sanitaristas. O debate a respeito da suposta dicotomia entre epidemiologia e clínica estava publicamente colocado, o que reacendeu a disputa a respeito da centralidade médica e do conceito de saúde focado na doença. Da ótica dessa crítica, não se disputava apenas uma releitura, por parte do setor público, do modelo médico-privatista, mas sim tratava-se de reinventar o atendimento à população, superando a dicotomia entre ações preventivas e curativas e, possibilitando assim, o atendimento integral à saúde (JUNQUEIRA, 1996).

O Movimento Sanitário, ator importante nesse contexto, é amplamente descrito como um tensionador de disputas pela Reforma Sanitária⁸. Esse movimento, de maneira geral, incorporou uma abordagem crítica ao debate nacional em torno do campo da saúde, buscando absorver uma dimensão histórico-social à análise epidemiológica, intentando apontar para novas categorias de análise que questionassem as ações de prevenção e controle das doenças, levando em consideração as relações sociais de exploração (CARVALHO, 2013) (BORGES, BAPTISTA, MATTOS, 2014).

De maneira geral, o movimento sanitário fazia um esforço para garantir melhoria nas condições de saúde da população e, para tal, propunha uma mudança nas práticas, na

⁸ Embora já houvesse experimentações de Reforma Sanitária desde que o Brasil se tornou uma república, nesse capítulo o debate irá se referir ao contexto da década de 1970. Em relação a esse período, de maneira diferente das experimentações anteriores, se configurou como uma novidade o grande envolvimento de movimentos populares organizados. A participação social é, então, uma marca distintiva dessa disputa, que foi fortemente influenciada por valores advindos da Reforma Sanitária Italiana. No campo intelectual, a Reforma Sanitária brasileira partiu, de maneira geral, de uma crítica aguda à Medicina Preventiva, do debate a respeito de um pensamento médico-social e de uma aproximação com a perspectiva marxista (BORGES; BAPTISTA; MATTOS, 2014).

reorganização nos sistemas de assistência à saúde e na conquista da saúde como um direito universal (BORGES, BAPTISTA, MATTOS, 2014).

Longe de ser um movimento homogêneo, diferentes atores disputaram o que Luiz Cecílio descreveu como os “vários movimentos sanitários”, que embora unidos em torno da construção do Sistema de Saúde, produziram abordagens consideravelmente distintas em torno dos principais temas em debate. Diante do cenário de combate aos valores do regime militar existia uma necessidade de unidade dessas múltiplas perspectivas políticas, mas isso não ocorreu sem importantes conflitos (CECÍLIO, 1994) (MATIAS, 2020).

Uma importante referência para a formação dos valores que estavam em disputa na Reforma Sanitária foi a obra “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, de Ivan Illich. Nessa obra o autor debate sobre a maneira como o conjunto de instituições médicas retira das pessoas o domínio sobre áreas da vida como o trabalho, lazer, a política, o meio, o repouso etc., eliminando a possibilidade de escolha na vida cotidiana. Com essa crítica, se defendia a ideia de que atos preventivos, terapias e diagnósticos da saúde apresentam um potencial de reduzir a liberdade pessoal, reduzindo o que constitui a saúde das pessoas e transformando em pacientes até mesmo aqueles que não se encontram doentes (BORGES; BAPTISTA; MATTOS, 2014).

Com a medicalização da vida se produz uma importante massa de excluídos de sua potência diante do sofrimento que enfrentam, conferindo cada vez mais ao profissional que opera o monopólio da medicina o encargo pela melhora do sofrimento. Com esse processo se torna cada vez menos comum a construção de sentidos e socialização do sofrimento, o que culmina em uma individualização do processo de adoecimento e, conseqüentemente, também do processo de cura (BORGES, BAPTISTA, MATTOS, 2014).

Com isso, se esvazia a potência da população na construção de ações que intervêm sobre a produção da saúde e da doença, enfraquecendo a mobilização da construção coletiva da saúde. Nesse sentido, o movimento de expropriação da saúde responde a um projeto político de despoticização da voz popular por meio da dominação do saber tecnológico no campo da saúde, uma visão crítica que mobilizou muitos setores a somar forças na disputa pela construção dos valores da Reforma Sanitária (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1980).

A hipótese de que a medicina teria partido de uma medicina coletiva para uma medicina privada é levantada por Michel Foucault para problematizar a ascensão desse campo que, com o advento do capitalismo, eleva o corpo ao estatuto de força de produção e trabalho, dado que

o biológico e o somático são alvos de grande investimento da sociedade capitalista. O corpo ganha estatuto bio-político, sendo a medicina uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2007).

Historicamente, o controle médico dos pobres foi um elemento importante para o desenvolvimento industrial e, a partir do momento que a pobreza passou a ser beneficiada por um sistema de assistência, ela devia então se submeter ao controle médico, pois ao assegurar a saúde dos pobres os ricos também estariam garantidos. A medicina social produzida na Inglaterra era essencialmente pautada no controle da saúde e do corpo das classes mais pobres a fim de torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (FOUCAULT, 2007).

Progressivamente o campo de domínio da medicina passa a atingir camadas mais profundas da vida social, medicalizando esferas que não pareciam medicalizáveis, como a moral do corpo, sua higiene, nutrição ou o controle de sua sexualidade, em um regime político de gestão do corpo. A preponderância concedida à noção de patologia se converte então em uma maneira de regular a própria sociedade, não simplesmente por ser capaz de reproduzir a força de trabalho, mas por produzir riqueza, na medida em que a saúde é geradora de lucros para terceiros (FOUCAULT, 2007).

Desde o século XVIII a medicina busca dominar indivíduos e populações, sendo assim, no campo das práticas sociais, uma estratégia biopolítica. No âmbito do Estado, ela se configura como uma estratégia de governo, definindo a população como problema político, científico, biológico e de poder. A crítica dessa característica histórica da medicina, que se configurou como um veículo de poder, e que em diferentes momentos expropriou as pessoas da construção da saúde como um direito de todos, se configurou como uma guerra política travada por diferentes frentes que disputavam pela construção de valores da Reforma Sanitária (BORGES; BAPTISTA; MATTOS, 2014).

O contexto do movimento Sanitário brasileiro contou com a presença de diversos atores. Dentre eles pode-se citar membros dos movimentos estudantis, movimentos profissionais, movimentos sindicais, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), movimentos de médicos residentes e de renovação acadêmica, bem como diversos membros da academia que estavam implicados com essa construção. Havia também a presença importante de movimentos populares, que, sobretudo nas grandes cidades, articulavam a luta por saúde com a luta pelo acesso a outros direitos sociais básicos (moradia, saneamento básico, transporte, luta contra a carestia).

A disputa travada em torno desse movimento fermentou enfrentamentos potentes no debate que estava colocado a respeito da perspectiva médico hegemônica. A desassistência generalizada favoreceu a ascensão de um movimento de contestação e crítica que permitiu disputar pautas importantes para o campo da saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993) (FEUERWERKER, 2005).

Parte dos atores que fabricaram o movimento da Reforma Sanitária foram atravessados e inspirados pelas experimentações do movimento da Luta Antimanicomial, que concretizava a partir do setor da saúde os direitos democráticos pelos quais extensos segmentos da sociedade brasileira mobilizava. Esses atores apostavam em um conjunto de políticas articuladas que defendiam a participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas (MERHY; QUEIROZ, 1993; FEUERWERKER, 2005).

A contestação proposta pela luta antimanicomial questionava as explicações biomédicas para o sofrimento mental, bem como a centralidade médica nas práticas de cuidado. Algumas de suas experimentações, que sequer contavam com a figura do médico, alimentavam extensos debates em relação às práticas de saúde. O campo da Saúde Mental foi importante nessas construções ao propor intervenções que exploravam outros saberes na disputa com o médico-hegemônico-manicomial. O movimento da saúde mental fortaleceu de modo importante a potência do viver enquanto parte do conceito de saúde e das práticas de cuidado, investindo em um verdadeiro combate à medicalização da vida.

Apesar de ter existido esse atravessamento para alguns atores implicados, nem todos os setores que defendiam a Reforma Sanitária compartilhavam dessa mesma inspiração, sendo os valores disputados muito diferentes a depender da perspectiva em que cada um deles partia. A Reforma Sanitária esteve em profunda disputa de valores, sendo algumas das perspectivas ali debatidas profundamente silenciadas pela tradicional história contada, que afirma esse movimento como coeso e reconhece somente os valores que saíram vencedores nessa disputa. Portanto, é preciso diversificar fontes para aproximar-se dos debates, formulações e tensões produzidas nesse campo.

Com essa multiplicidade e intensidade, pode-se dizer que o movimento sanitário fez um enfrentamento importante contra os valores produzidos pela ditadura militar, adotando uma disputa diferente daquela que investiu a Medicina Preventiva, que tinha na centralidade de seu debate a relação individual médico/paciente. O movimento incorporou perspectivas teóricas críticas, disputou pelo conceito de saúde e pela organização do processo de trabalho na construção da estrutura do futuro Sistema de Saúde de base comunitária. Uma parte de sua atuação se dava penetrando no aparelho de estado de maneira a disputar a mudança por dentro

da produção política estatal do campo da saúde pública, mas também houve outras estratégias operadas por segmentos distintos desse movimento (MATIAS, 2020).

Houve também projetos experimentais, tanto em regiões pobres do estado, como em espaços municipais, muitas vezes em composição com movimentos populares e políticos. Essas experimentações se desdobraram em distintas intervenções, seguindo em sua estratégia de politização da discussão da saúde, ocupação dos espaços públicos e organização de um projeto reformador (TRIANA, 1994).

A literatura majoritária conta que a convocação do Ministério da Saúde para o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde reforçou o clima de politização consonante da discussão sobre a saúde. O debate que contou com profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos, centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos, longe de apresentar uma concordância entre diferentes atores e segmentos, foi palco de um exaustivo debate em torno dos interesses das diversas forças políticas presentes (TRIANA, 1994).

Embora esses diferentes movimentos sanitários tenham somado forças com demais movimentos sociais a fim de mobilizar esse debate nacional, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde houve uma intensa disputa, em torno da construção do SUS como política. A fim de compreender a singularidade desse encontro que definiu elementos que influenciaram posteriormente o campo da AB, é importante que se problematize ao menos resumidamente a natureza da disputa que ocorreu, quem foram os atores envolvidos, como se movimentaram as forças e porque certas proposições foram privilegiadas enquanto outras foram sepultadas.

Durante o período da Nova República a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi lugar de articulação de forças e de acirrado debate a respeito das apostas e finalidades do Sistema Nacional de Saúde, suas diretrizes, as estratégias e táticas políticas a serem adotadas para sua conquista (TRIANA, 1994).

Essa histórica conferência colheu referências importantes dos debates da 6ª e 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1977 e 1979, respectivamente, a respeito dos princípios do Sistema Nacional de Saúde. A 8ª Conferência apresentou uma diversidade de interesses, com segmentos a favor e contra o processo de controle e financiamento público da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

Espaço tenso, disputado. Nem todas as forças conseguiram influir como pretendiam e passaram a questionar a legitimidade do encontro. O Presidente da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, Regional Campinas, o Dr. Carlos Alberto Politano chegou a afirmar publicamente que o debate da 8ª Conferência Nacional havia sido um roteiro de ação da

esquerda. Nas palavras dele, essa foi uma estratégia comunista de conquista de poder e estatização da saúde por parte da Comissão de Sistematização da Constituinte (SANTOS, 1988).

Uma problemática importante dizia respeito à proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Havia quem reclamasse que ele desmantelava a estrutura de saúde do país e dissimulava um projeto de total estatização da Medicina ao englobar os recursos privados e públicos em um sistema de financiamento estatal. Após 20 anos de ditadura militar no país, se pensava que qualquer pessoa ao defender a descentralização da gestão estava automaticamente defendendo interesses da esquerda brasileira e, conseqüentemente, do fantasma comunista (SANTOS, 1988).

Havia uma desconfiança de que a esquerda teria comandado as portarias dos órgãos públicos, manipulado membros do governo em favorecimento na assinatura dos convênios SUDS a fim de atropelar a produção da constituinte. Segundo esses atores, a pressa para operacionalizar o SUDS tinha como intenção desmantelar o Inamps. Eles questionavam a proveniência dos recursos financeiros e a própria proposta de ampliação da atenção para além da assistência médica (SANTOS, 1988).

Os atores implicados com a reforma na saúde, no entanto, buscavam responder à dívida social criada ao longo da história do país e intensificada pelo terror do golpe militar no sentido de garantir acesso universal à saúde.

A concepção de que a reforma seria uma via para a instalação de um regime comunista servia, como atualmente, para embaralhar o debate político, buscando impedir o enfrentamento de privilégios históricos e da desigualdade social. Além disso, atores importantes da direita brasileira fizeram parte do debate, defendendo a descentralização a partir de suas estratégias e aportes teóricos e filosóficos. Era central no debate ali colocado se as pessoas que não tinham um trabalho formal eram ou não dignas a receber assistência à saúde por parte do Estado, sendo tais ataques uma maneira de disputar pela manutenção de valores que vigoraram no país durante o Golpe Militar.

O processo de discussão havia sido iniciado pelas pré-conferências preparatórias a nível estadual e municipal. O debate contou com a discussão de textos, mesas-redondas e 135 grupos de trabalho onde se debateu os seguintes temas: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento Setorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

Descentralização era um valor com o qual se buscava também pautar a democratização e a participação social como estratégias políticas a fim de abrir espaço às camadas historicamente excluídas. Era uma aposta na igualdade de acesso, na produção de políticas que favorecessem a equidade, fortalecendo as unidades regionais e sub-regionais e permitindo aos líderes comunitários a expressão dos problemas e prioridades da população. Para preservar o caráter democrático, a descentralização estimulava a gestão pública e presença ativa da sociedade civil nas tomadas de decisões a fim de criar instâncias de negociação mudando a forma de organização do aparato estatal (MÜLLER NETO, 2010).

Diferentes segmentos da população demandavam serviços de saúde que estivessem próximos de suas moradias e a ampliação da rede de UBSs. Se demandava por infraestrutura, acesso à água encanada, esgoto tratado, moradia digna, trabalho, entre outros. A natureza destas necessidades fortalecia uma conceituação de saúde mais ampliada, o que foi exaustivamente discutido durante os encontros.

A saúde ganhava sentido mais abrangente, sendo reconhecida como resultante de condições como habitação, alimentação, transporte, trabalho, meio-ambiente, acesso à terra e a serviços de saúde. Ela foi descrita como conquista da população em suas lutas cotidianas, convocando o Estado a garantir condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

A demanda da população por acesso a serviços de saúde não expressaria uma agenda mínima de cuidados, mas acesso a direitos fundamentais. Essa lógica esteve sempre em disputa e perdeu espaço posteriormente com o estabelecimento de agendas mínimas para a atenção básica. Nesse momento cabe destacar que, pela natureza das demandas populares da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a reivindicação por si contrariava valores mercadológicos de saúde e, portanto, era um enfrentamento à uma concepção de saúde biológica e de mercado. Tais agendas políticas eram expressas pelos mais diversos movimentos sociais da época, que davam visibilidade aos diferentes problemas vividos pela população. Esses movimentos sociais, junto a outros atores presentes, se posicionavam a favor de um SUS que fosse apenas público, por outro lado, representantes dos setores privados defendiam fortemente a manutenção da permanência dos serviços privados na construção do SUS.

No debate a respeito do arranjo do novo Sistema de Saúde, a pauta a respeito do Sistema de Saúde totalmente estatal acabou sendo derrotada. A participação do setor privado

foi garantida sob o caráter de serviço público concedido e sob as regras do Direito Público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

As divergências foram levantadas também em pontos mais específicos, como no caso das estratégias de financiamento. Tal debate buscava meios para que o direito à saúde pudesse se materializar mediante mecanismos de responsabilização do Estado e pela construção de uma política integrada às políticas sociais e econômicas do país (TRIANA, 1994). Era uma pauta relacionada à proposta de seguridade social que foi vetada depois, nas Leis Orgânicas da Saúde, já no governo Collor e o financiamento do novo sistema de saúde dependente de diversas receitas provenientes de impostos gerais e incidentes de impostos sobre produtos nocivos à saúde, como por exemplo no caso das propagandas de cigarro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

A defesa da saúde enquanto direito buscou conferir ao social a conquista da promessa de acesso à alimentação, moradia, educação, trabalho digno, meio ambiente adequado, transporte, lazer e participação das pessoas na organização, gestão e controle dos serviços ofertados pelo setor saúde, em todos os seus níveis de complexidade. Seriam responsabilidades do Estado melhores condições de vida para a população (TRIANA, 1994).

Parte do resultado dessa acirrada disputa foi posteriormente incorporada à Constituição de 1988, informando a elaboração da legislação infraconstitucional que normatiza o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Esse arcabouço jurídico-institucional configura o contexto de construção do Sistema Único de Saúde (CARVALHO, 2010), sempre em disputa.

Muitas vezes a constituinte é descrita como um marco legal que proporcionou uma definitiva mudança para a construção do SUS. A partir do exercício genealógico, no entanto, ela se apresenta como um produto de longas e ferrenhas disputas que aconteceram fora do movimento institucionalizado da Reforma Sanitária e que remonta a uma longa trajetória de mobilização e pressões populares. Em outras palavras, ao buscar visibilizar o cenário das disputas que ocorriam fora do circuito das políticas oficiais e que são silenciadas pela história linear, a constituinte se revela como conquista da longa e ferrenha experimentação dos diferentes movimentos, forças políticas e municípios, que produziram tamanha mobilização nas décadas anteriores.

Logo após o debate da VIII Conferência Nacional de Saúde e da definição da Constituição de 1988, o Brasil elegeu, como presidente, Fernando Collor, defensor do Estado mínimo. Mais um momento de reviravolta de agendas e ações políticas - uma reação conservadora à pauta mobilizada pelo texto constitucional.

Do ponto de vista das forças que disputavam o campo da política pública de saúde, a efetivação do SUS passa a ser disputada em cenários adversos, tanto em relação à garantia de financiamento, como em relação à produção dos espaços institucionais e das práticas políticas. O valor saúde como direito, por exemplo, passou a ser amplamente disputado com o valor saúde como mercadoria, trabalhado como uma espécie de ampliação do consumo, em uma reatualização dos compromissos societários que se buscava romper. (MOREIRA, 2010) (BORGES, BAPTISTA, MATTOS, 2014).

Esse dito “consumidor da saúde” ficou à mercê de um terceiro para definir a sua demanda, em uma clara transposição da lógica da economia para a saúde. Já os setores que defendiam o conceito de direito à saúde enquanto uma construção humanística e jurídica, apostando na construção de necessidades de saúde definidas a partir da percepção de cada pessoa junto a profissionais da saúde, tiveram seus valores silenciados diante de perspectivas menos radicais (BORGES, BAPTISTA, MATTOS, 2014).

Após a promulgação da Constituição, iniciou-se uma nova disputa em torno da Lei Orgânica da Saúde, que deveria regulamentar as diretrizes institucionais e ordenar a implementação do sistema.

Enquanto política pública, o SUS acabou fixando papéis institucionais e estabelecendo enquanto referência única o plano formal. Com isso, aprofundou uma falsa homogeneidade que suprimiu o contexto político, as disputas e a reivindicação política vista nos anos anteriores. Houve um impacto muito grande no deslocamento da potência do militante da saúde para o lugar de usuário do sistema, um lugar claramente marcado pelo plano da subordinação e desqualificação. O plano de construção da política passou a ser os espaços formais das conferências, onde não mais havia possibilidade do militante da saúde formular a direção do cuidado, desenvolvendo assim um lugar de consumo e não de potência (FEUERWERKER, 2016).

A operação da dinâmica política de construção do SUS expressou majoritariamente valores autocráticos, que contribuíram para limitar a força política do debate pautado pelos diversos movimentos sociais. Uma expressão disso é a tríade de papéis empobrecidos de “gestor, trabalhador da saúde e usuário”. Ao enquadrar a população no lugar de “usuários” se fortaleceu o valor do consumo da saúde, que é um valor contrário à luta por protagonismo na definição das agendas políticas, força importante para os enfrentamentos que permitiram a garantia do direito à saúde no cenário de lutas populares (FEUERWERKER, 2005).

Ao retornar ao contexto do estado de São Paulo a fim de discutir o cenário de construção do SUDS e do SUS, é necessário destacar algumas particularidades.

No período de 1987 a 1991, tiveram lugar os movimentos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo (SUDS/SP). Suas diretrizes provinham de pressão por parte dos diversos movimentos que se mobilizaram no estado, já pautando valores como o da universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização, participação e descentralização (JUNQUEIRA, 1996) (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990).

Na construção do SUDS em São Paulo, a diretriz da descentralização já estava colocada nas propostas do setor saúde durante os Governos Montoro e Quéricia. Com os Escritórios Regionais de Saúde, a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde já tinha um enraizamento nos níveis locais e o estado contava historicamente com uma robusta rede de equipamentos de saúde (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990).

Em Junho de 1986, foram formalizadas, no estado de São Paulo, algumas regras de operacionalização do SUDS, reiterando normas de regulamentação da relação público privada e das atribuições de governos estaduais e municipais. É explicitada a transferência aos municípios dos equipamentos sob a gestão do estado, estando a descentralização sob a responsabilidade dos Escritórios Regionais da Saúde. Os Planos Diretores realizaram a programação do setor público aliada à do setor privado, dado que este já estava incorporado ao estado e à lógica da regionalização (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1990).

Apesar do importante marco histórico das AIS e do SUDS, membros do Conselho de Secretários Municipais de São Paulo (COSEMS-SP) afirmam que a municipalização no estado de São Paulo teve início ainda em período anterior, sendo sua efetivação também efeito de mobilizações populares.

Em 1976 a municipalização já era parte da resistência democrática em São Paulo. Em meio ao contexto do Regime Militar, os municípios ofertavam o cuidado possível utilizando-se de recursos próprios, ainda que com um arranjo fortemente ambulatorial. Diante dessa proximidade com a população, os municípios conquistaram gradualmente um papel importante no campo da saúde em São Paulo, que traria com ele diversos desafios para a gestão, mas ao mesmo tempo definiria nos municípios um campo de produção de experimentações que iria impulsionar a produção das políticas públicas (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

O COSEMS- SP foi um ator relevante no cenário paulista, atuando como incentivador da mobilização dos municípios e no enfrentamento com a SES-SP em nome do movimento pela municipalização da saúde. Esse órgão foi formalizado em 1988, se estabelecendo como resultado do processo de disputas advindo de espaços informais, como o das associações, que reuniam, dentre outros atores, secretários municipais de saúde que defendiam o modelo dos conselhos (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

O COSEMS, criado em março de 1988, foi uma conquista da luta de gestores e militantes pela democratização da Saúde Pública ainda durante a década de 1970. Anteriormente à conquista desse espaço havia uma resistência das secretarias estaduais e do próprio Ministério da Saúde em reconhecer o papel importante conquistado pelos municípios na disputa pela consolidação legal e normativa de uma saúde universal para a população brasileira. Naquele contexto, essa entidade somou força aos movimentos de base no enfrentamento à escassez de verbas públicas federais e pela reconquista da democracia (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

Por conta da concentração de riqueza e da expressão de forças políticas com arranjos singulares, o estado de São Paulo foi construindo uma certa resistência aos impactos da esfera federal sobre as experiências que já ocorriam em diferentes locais do estado. Contando com múltiplas iniciativas no campo da saúde, a entrada de programas que ofereciam uma cobertura de saúde ordinária comparada à já existente, fazia pouco ou nenhum sentido para muitas dessas localidades, que disputavam fortemente o campo da organização da Atenção Básica.

O estado de São Paulo, no contexto de produção do SUS, vivia uma série de experimentações incentivadas pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que conferia grande destaque para o fortalecimento das municipalidades. O PT, que tinha uma base de formação íntima com os movimentos feministas, de negros e negras, sociedades amigas de bairros, movimentos libertários e mesmo setores progressistas da igreja Católica, tinha um valor radical em direção à democracia popular, que imprimia, em seus primeiros anos, um tom de muita autonomia na construção da política de saúde (GOHN, 1997) (PALUDO, 2000).

Em 1991 foi promulgada a NOB nº01/91, pela qual o Ministério da Saúde sintetizou uma fórmula que buscava remunerar os municípios pelo volume de procedimentos individuais realizados. Houve o incentivo para que os dirigentes locais que buscam maior volume de recursos adotassem uma racionalidade semelhante à dos hospitais privados, privilegiando o pronto-atendimento e as consultas médicas e, portanto, possibilitando a produção de atos mais bem remunerados e reprimindo aqueles que não estivessem contemplados nesse funcionamento

(CAMPOS, 1992). Mesmo com essa produção federal, por conta do seu histórico de lutas, muitos atores de São Paulo faziam o enfrentamento às normativas, que representavam algum retrocesso aos valores construídos nas décadas anteriores.

De maneira geral, essa medida não encontrou resistência por parte dos governos estaduais que, agrupados com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), defendiam o novo modelo. Os municípios, por sua vez, resistiam através do ideário da municipalização dos serviços de saúde como a possibilidade de viabilizar uma transformação dessa relação de compra e venda estabelecida pela norma operacional de 1991, o que viria a ser o mote para o debate da 9ª Conferência Nacional de Saúde. O CONASEMS assumiu um papel importante nessa pressão, pautando fortemente a questão do financiamento (JUNQUEIRA, 1996).

Com o impeachment do presidente Fernando Collor, em 1992, houve um rearranjo de forças políticas, que possibilitou uma rearticulação do movimento pela Reforma Sanitária e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu os caminhos para a retomada da implementação do SUS. Apesar de movimentos políticos favoráveis ao SUS, no próprio governo Itamar Franco, o país seguiu enfrentando dificuldades no financiamento à saúde. Setores ligados à disputa pelo Movimento da Reforma Sanitária continuaram a reivindicar o cumprimento da lei e o fortalecimento do movimento de municipalização em caráter legal, sendo o estado de São Paulo um dos importantes pilares desse processo (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

A elaboração do documento “Municipalização das ações e serviços da Saúde: a ousadia cumprir e fazer cumprir a lei” foi uma das estratégias pactuadas nesse cenário de mobilizações, que tinha na figura dos conselhos de saúde um agente potente nas disputas municipais (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

Com a promulgação da NOB-SUS nº01/93 houve um novo avanço no movimento pela descentralização, criando um espaço institucional de articulação intergestores com o objetivo de tornar o sistema mais permeável ao controle social (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

O documento, elaborado por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS e do Conselho Nacional de Saúde, buscou operacionalizar a descentralização através da redefinição dos papéis das três esferas de governo. Ele estabeleceu as modalidades de gestão incipiente, parcial e semiplena. O documento visava fortalecer a relação entre os

diferentes níveis de governo para a pactuação intergestores implementar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no nível federal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em cada estado (COHEN; LIMA; PEREIRA, 2006)

Como historicamente os municípios brasileiros tinham recursos e perfis muito diferentes, o Ministério da Saúde estabeleceu três categorias para classificar o estágio de desenvolvimento e gestão dos sistemas locais de saúde de cada um deles. A classificação poderia ser gestão incipiente⁹, parcial¹⁰ ou semiplena¹¹. Cada município poderia se autoavaliar e optar pelo tipo que melhor o definisse, cabendo à Comissão Intergestora avaliar cada candidatura. A unidade federada contribuiria para a gestão oferecendo assessoria, retirando-o da prestação de ações e serviços a fim de que eles assumissem para si as proposições da Lei Orgânica (JUNQUEIRA, 1996).

Diante das tensões progressivas na relação SES-SP-municípios, em que o apoio técnico se converte em modo de subordinação e na omissão em relação ao co-financiamento, o COSEMS garantiu a capacitação desses profissionais a fim de favorecer o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecendo de maneira contundente a sua importância no estado. Por meio da NOB-SUS nº01/93 houve um salto no alcance do COSEMS, que até hoje tem um papel essencial nas disputas pela pactuação de uma gestão mais coletiva (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

Diante do cenário de crise no financiamento e das fortes mobilizações para a efetivação da municipalização da saúde, o Congresso Nacional recebeu o projeto de regulamentação das

⁹ o município deveria assumir, progressivamente, o contrato e autorização de cadastramento de prestadores; programar e autorizar a utilização dos quantitativos de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e dos procedimentos a serem prestados por unidade; contratar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas federais e/ou estaduais; incorporar nutrição, educação, vigilância sanitária e epidemiológica à rede de serviços básicos; assistência e reabilitação de acidentados e portadores de doenças ocasionadas pelo trabalho (JUNQUEIRA, 1996).

¹⁰ o município deve poder assumir de imediato as prerrogativas da gestão incipiente e as responsabilidades de passar e receber mensalmente os recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro e o pagamento efetuado pela federação às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes (JUNQUEIRA, 1996).

¹¹ a secretaria deve ter completa condição de assumir a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: cadastramento, planejamento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; gerenciamento de toda a rede pública, exceto serviços de referência sob gestão estadual; controle e execução das ações básicas de saúde - educação, nutrição, controle de vetores e zoonoses, vigilância epidemiológica e sanitária e saúde do trabalhador. Nessa condição receberia mensalmente o total de recursos financeiros (JUNQUEIRA, 1996).

fontes de financiamento da saúde por meio da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169. Essa PEC foi bastante disputada, se tornando uma das principais bandeiras de mobilização dos atores que disputavam pela garantia da saúde universal. Ainda que tão fortemente mobilizada, ela somente seria aprovada em 2000, quando vinculou as fontes de recurso do SUS aos orçamentos da União, estados e municípios (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO, 2013).

A definição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹² e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹³ da maneira em que foi proposta criou uma problemática a respeito da brutal diferença de capacidade de pactuação entre os secretários do CONASS e do CONASEMS. O CONASS, que conta com 27 representantes, encontrava uma facilidade muito maior em realizar debates em sua assembleia geral, com a presença de todos os secretários estaduais. Já o CONASEMS, que contava com mais de 5600 secretários, naturalmente tinha uma dificuldade muito maior de organização e pactuação de seus interesses, o que faz com que o município tenha uma brutal desvantagem no jogo de forças. (FEUERWERKER, 2005).

Os municípios grandes acabam tendo uma capacidade de disputa muito maior que os pequenos, estando as capitais também em uma posição privilegiada dentro do posicionamento do CONASEMS. Esse arranjo demanda um esforço gigantesco por parte dos pequenos municípios para disputar por suas necessidades no cenário da construção das políticas públicas (FEUERWERKER, 2005).

O desenho adotado para a institucionalidade do SUS interferiu no modo de fazer política, que foi concentrando na figura dos gestores uma posição de poder decisório maior do que dos demais atores, o que criou um desequilíbrio nas disputas, definindo uma nova lógica de centralização no sistema. Em locais em que não havia um projeto político bem estabelecido em disputa, esse arranjo seria ainda mais brutal para as disputas de valores no campo da saúde. Ainda que São Paulo contasse com um clima de mobilização importante, esse arranjo acabou causando um impacto sobre o campo das reivindicações.

Num contexto de permanente escassez de recursos, a lógica do financiamento foi ditando o ritmo das disputas, o que definiu um certo modo de fazer política pautado em incentivos financeiros, que impactaria os rumos da saúde mesmo muitas décadas depois. Esse

¹² Visava fortalecer a relação entre os diferentes níveis de governo para a pactuação intergestores em cada estado (COHEN; LIMA; PEREIRA, 2006).

¹³ Buscava fortalecer a relação entre os diferentes níveis de governo para a pactuação intergestores em nível federal (COHEN; LIMA; PEREIRA, 2006).

desenho de gestão criou um efeito funil, com um protagonismo crescente das secretarias, estando os trabalhadores, os usuários e os movimentos sociais muito distantes das decisões relativas à política de saúde.

O efeito disso foi com que os atores passassem a ter modos preestabelecidos de atuar, estando os gestores estaduais em uma posição de maior poder em comparação com os gestores municipais. Apesar da existência dos conselhos, foi se esvaziando a sua capacidade de decisão política, concentrando as disputas especialmente nos espaços “dos gestores”. O efeito dessa dinâmica nas diferentes políticas não é homogêneo, mas esse foi um movimento geral que foi se estabelecendo (FEUERWERKER, 2005).

Com isso, construiu-se uma certa linguagem na relação entre o gestor federal, os gestores estaduais e os gestores municipais que ficou fortemente pautada na lógica do financiamento. Ao invés de promover o debate a respeito da política e dos valores que se desejava construir, questões que eram fortemente colocadas pelos movimentos sociais anteriormente, o campo da saúde centralizou sua produção política especialmente em torno dos recursos financeiros.

Essa diluição da potência dos movimentos sociais teve um efeito catastrófico no campo macro de definição das políticas. A escolha pelo modelo de organização dos conselhos que saiu vitoriosa na disputa institucional acabou sendo mortal para a força de tensionamento dos movimentos sociais. Esse distanciamento instaurou uma institucionalidade que não conversava com a vida, fabricando uma lógica contrária àquela vivida nos municípios.

Apesar desse cenário nacional, no campo das invenções municipais a articulação com os diversos atores e movimentos sociais fabricou experiências que desafiavam a lógica majoritária da participação social e do desenho organizativo da Atenção Básica na construção do SUS. O campo da Saúde Coletiva, reconhecido como um campo próprio e característico da Reforma Sanitária brasileira, foi um campo que informou muitas das diferentes experimentações nos municípios, elevando-o à uma revolucionária máquina de produção de enfrentamento ao modelo médico assistencial-privatista. A saúde coletiva experimentou uma potente produção de territórios, valorizando sobremaneira as ações coletivas (JUNIOR, 1998).

Havia, no entanto, também muita disputa em torno desse campo e uma ampla diversidade nas experimentações municipais, que representaram uma produção contra hegemônica importante na manutenção da resistência aos arranjos federais que não conversavam com a produção dos territórios.

Foi por meio dessas experiências que a saúde travou o combate contra as políticas liberais produzidas no âmbito federal e definidas a priori. Elas trazem para o debate a importância dos municípios paulistas e a possibilidade de invenção de arranjos mais equânimes, explorando a possibilidade de diferentes formas de fazer política e gestão, uma revolução na produção da mudança conectada à produção da vida.

Pistas para a análise genealógica

A construção dos desenhos organizativos está inserida em um campo de forças, que se materializa em disputas de projetos/ interesses entre diferentes atores envolvidos nos diferentes campos de produção do cuidado e também fora deles, societariamente. No processo de luta por democracia, contexto de construção do SUS, a disputa era efervescente nos municípios, que tiveram um importante protagonismo nas experimentações iniciais dos desenhos organizativos da atenção. Cenários distintos, que possibilitaram gestões municipais progressistas em Bauru, Campinas e Santos, foram efeito das lutas democráticas e da mobilização social, que se expressaram em arranjos político-partidários de governo e na montagem de dispositivos singulares que produziram desenhos inventivos de organização da atenção.

A partir da segunda metade dos anos 70, uma dinâmica de intensos debates e articulações em torno da luta pelo direito à saúde e depois pela construção do SUS, incluía movimentos populares, organizações profissionais e sindicais, setores das universidades e movimentos específicos da saúde, como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde), a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), entre muitos outros. A partir dos anos 90, foi instituída dinâmica de intensa publicação de livros sistematizando debates e experiências e explicitando tensões no campo da saúde coletiva. Ou seja, o debate sobre a saúde extravasava os espaços institucionais e fervilhava.

Com diferentes intensidades, características e expressões políticas em diferentes lugares do país, esse debate invadia a produção de agendas governamentais e as experiências municipais citadas aqui são efeito dessa dinâmica. Este trabalho destaca apenas alguns aspectos de experiências reconhecidas como inventivas, não sendo elas uma representação de toda a construção em São Paulo. Portanto, com essa escolha não se busca contar toda história do SUS paulista, mas dar visibilidade a um certo campo de disputas em torno da construção da rede básica.

Os municípios escolhidos para a análise foram Bauru, Campinas e Santos, que tiveram suas experiências em um contexto de gestão em governos municipais democrático-populares, próximo (Bauru) ou governado diretamente pelo Partido dos Trabalhadores, do meio da década de 1980 até meados dos anos de 1990. A escolha dessas experiências foi intencional, considerando serem elas reconhecidas como inovadoras no âmbito do SUS e da saúde coletiva,

e também em função de haver amplo material de sistematização, análise e debate a seu respeito. A gestão em saúde do governo Luiza Erundina no município de São Paulo também produziu experiências interessantes, no entanto não amplamente sistematizada.

Uma primeira marca das experiências escolhidas foi a aposta democrática que, de diferentes modos, implicou a busca de arranjos e dispositivos que favorecessem a participação da população e dos trabalhadores e o planejamento estratégico situacional foi um deles: quem planeja também governa. Segunda marca: a busca de concretizar saúde de modo amplo, o que incluía iniciativas não somente no campo da atenção, mas no das condições e modos de viver, bem como uma aproximação viva dos territórios e a busca de ampliação radical do acesso.

O município de Campinas contava com significativo movimento popular e social, ao mesmo tempo que a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) foi construída em importante conexão com o contexto municipal e regional, contribuindo para a construção de políticas sociais. No campo da saúde, destacamos o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA), que apoiou a construção de múltiplas experiências de construção do SUS, não só em Campinas e região, mas também em municípios e serviços em diversos locais do país. Esse era um espaço de articulação plural entre a academia e os serviços de saúde, em que se refletia, teorizava e inventava a respeito de experiências inovadoras de gestão e de produção da saúde (JUNIOR, 1998).

Com uma aposta democrática e descentralizadora, a gestão na saúde abriu espaço para o exercício de experimentação e produção local, tanto para as equipes como em relação à participação popular ao longo de todo o processo. Para alcançar esse deslocamento, a gestão apostou na produção de dispositivos que proporcionassem acesso e acolhimento, espaços coletivos de processamento do trabalho, organização colegiada, valorização da produção dos afetos e uma disputa pelo cuidado em toda rede, não limitado às unidades básicas de saúde (CECÍLIO, 1994).

Apesar de os municípios de Bauru e Santos terem contado, na saúde, com a gestão/condução de David Capistrano e sua equipe, eram distintos, em cada cidade, os arranjos políticos e governabilidade para efetivação dos diferentes projetos

Intensas mobilizações e lutas no combate à ditadura e no processo constituinte implicaram que Santos vivesse uma fervilhante experimentação de prestação de serviço público junto às comunidades. Tendo como base o modelo cubano das policlínicas, foram construídas de maneira a ter uma proximidade maior com a produção da vida nos diferentes bairros (PIMENTA, 2006).

Gestão combativa e inovadora deixou heranças e marcas nos modos de fazer saúde em Santos, formando quadros e influenciando também de modo significativo no debate nacional da saúde, apesar da descontinuidade imposta pelas sucessivas derrotas do PT nas eleições municipais a partir de 1996. Mesmo enfrentando tensões e conflitos significativos, foi desenvolvido um projeto inovador, que experimentou arranjos até o limite do possível na criação de programas ousados para o período. Houve uma radicalidade no campo da política, por meio de um enfrentamento incansável contra os limites da máquina pública e do poder local (PIMENTA, 2006).

Em Bauru, a experimentação na saúde foi feita dentro de uma administração pública progressista, que entendia que a invenção de novos modelos, conhecimentos e maneiras de produzir saúde permitiria a integração dos saberes da clínica e da epidemiologia como campos complementares, desafiando a histórica separação dos dois campos do conhecimento na produção da saúde pública brasileira (PIMENTA, 2006).

Em Bauru, como em outros projetos com participação do PT, houve aposta no diálogo com os movimentos sindicais, o que se expressou em iniciativas no campo da Saúde do Trabalhador, tomado como o principal dispositivo participativo na produção das políticas de saúde. Ainda assim, houve também aposta em espaços de processamento do cotidiano, valorizando o vínculo profissional-usuário e a demanda espontânea. Embora com limites na construção de um modelo radicalmente usuário centrado, Bauru lançou possibilidades inovadoras de gestão da atenção, contra hegemônicas em relação ao modelo de gestão tradicional e aos valores do saber médico (PIMENTA, 2006).

A saúde mental - a luta contra os manicômios, as práticas manicomiais e o desenho de arranjos de cuidado em liberdade - foi um importante campo de acumulação nas experiências desses três municípios. E, certamente, as aprendizagens nesse campo foram importantes também, em graus diferentes, para os arranjos organizativos da atenção à saúde em geral.

Apesar das diferenças de contexto e formulação, nas três experiências havia uma aposta importante na produção de dispositivos de gestão, reconhecendo a articulação entre modos de gestão e modos de cuidar, tomando o processo de trabalho em saúde como objeto de reflexão. Isso já era uma novidade importante, considerando as marcas do funcionalismo e das relações verticais que persistem até hoje na gestão em saúde. Ao revisitar essas experiências municipais, busco conferir visibilidade às disputas que estavam colocadas, a uma análise dos dispositivos adotados, seus efeitos e aos valores produzidos por eles.

A garantia de acesso aos cuidados em saúde, em que a atenção básica cumpre importante papel, se configurou como uma das estratégias centrais na disputa pela saúde como um direito. Atenção básica capilar, de porta aberta, reconhecendo especificidades dos diferentes territórios, era fundamental para que a população tivesse acesso à saúde no tempo certo e da melhor maneira possível.

A análise dos dispositivos de cuidado permite acessar os modos como cada experiência produziu, concretamente, a organização da atenção básica municipal. Práticas, valores, subjetivações como efeito. É nesse campo que o cuidado acontece e as resistências são atualizadas. As políticas no SUS estavam em franca produção, embora partindo dos princípios e diretrizes, multiplicavam-se as experimentações e também as continuidades. A formulação era viva e em ato, favorecendo a produção de arranjos inventivos que marcariam o campo da saúde de maneira importante.

Defesa radical de todos os modos de vida, ampliação do acesso, conexão com a vida nos territórios e o enfrentamento de situações complexas materializavam a ampliação do conceito de saúde e convocavam articulação com outras forças dos territórios, como na saúde mental.

Uma disputa viva que estava colocada de maneira intensa nesse contexto de produção do desenho tecnoassistencial era o conceito de território, que interfere na produção de valores que operam diretamente na produção do cotidiano do cuidado, produzindo certas visibilidades e agenciamentos.

No modelo médico-previdenciário, nem se vislumbrava outro plano de produção da vida que não fosse o biológico. Na saúde pública tradicional o território foi fabricado com uma interpretação meramente geográfica, como se esse fosse um objeto a ser mapeado, desvendado à priori, e sem a participação de seus viventes. A relação estabelecida com o território, nessa perspectiva, é a de intervenção sobre qualquer desejo ou construção de soluções que uma dada população possa ter. Os cidadãos acabam sendo reconhecidos enquanto “necessitados” de uma disciplinarização que o campo da saúde teria, supostamente, a oferecer (CAMPOS, 1991) (MERHY, et. al, 2020).

A Programação em Saúde acabou fabricando uma certa linha de continuidade com essa perspectiva, ainda que tenha sido um desenho que se ofereceu para fazer o enfrentamento do modelo médico hegemônico. Na perspectiva programática, a elaboração das prioridades

ocorria a partir do olhar epidemiológico sobre o território, antes do encontro e sem a participação das pessoas nesse processo.

As políticas e práticas de saúde são construídas a partir do saber de especialistas que falam sobre uma realidade da qual muitas vezes não fazem parte e a partir do estabelecimento de prioridades que não refletem necessariamente a característica das múltiplas realidades locais. A receita nesse arranjo é a produção de estratégias que não respondem a realidade de diferentes grupos e coletivos e muito menos os caracteriza enquanto cidadãos ativos e produtores de conhecimento e projetos a respeito de sua realidade.

A experimentação nos municípios aqui analisados apostou na fabricação de mecanismos que privilegiassem uma outra relação com o território, abrindo a disputa de modo que as múltiplas realidades ganhassem expressão. Essas gestões municipais produziram uma relação com o território que valorizava a fabricação de modos de viver, histórias e múltiplos afetos. Para isso, essas experiências buscaram compreender de qual maneira os cidadãos o habitavam, por onde passavam a maior parte do dia, os fins de semana, de que forma se construíam relações e as diferentes formas de produção de vida.

A disputa de valor travada a fim de produzir o encontro com territórios vivos construiu uma maior visibilidade para os grupos populares. Com isso, se privilegiou a aposta em ações que garantissem o direito à multiplicidade das existências, valorizando o saber, o poder e o dever das pessoas. A fabricação dos dispositivos buscou garantir a ampliação daqueles que governam, tensionando de maneira inventiva as diferentes estratégias de participação social.

Na medicina previdenciária nem se cogitava a ideia de construção compartilhada. Também a saúde pública tradicional não abria espaços formais de participação popular, estando os múltiplos movimentos sociais da época disputando o direito à saúde fora dos espaços institucionais da saúde. Na perspectiva da Programação em Saúde, os dispositivos produzidos operavam na lógica do governo da vida e da definição das prioridades a partir de uma perspectiva rígida da produção do saber epidemiológico. Tanto a liberdade de agir para os profissionais, quanto a incorporação de demandas/reivindicações da população, seriam profundamente marcadas pelo saber médico-hegemônico. A programação é que garantiria, por meio da epidemiologia, a visibilidade para problemas para além dos biológico-individuais.

O movimento pelo direito à saúde foi marcado pela intensa participação de movimentos populares e de trabalhadores; assim, tanto o texto constitucional como o arranjo institucional do SUS buscaram afirmar e assegurar a participação social, por meio dos conselhos e

conferências de saúde. A disputa no processo de construção do SUS e na saúde coletiva se dava em torno da “suficiência” da participação nos espaços formais e por meio da representação. Havia, já nas primeiras experiências de construção do SUS nos municípios, quem reconhecesse que as disputas contra o modo hegemônico de pensar e fazer saúde precisariam ser feitas também no cotidiano, por meio da participação direta de trabalhadores e da população no debate dos arranjos e práticas. Isso incluiria as práticas de cuidado, o processo de construção do desenho da atenção. Assim como na saúde mental, a atenção básica não poderia ser construída apenas pelos gestores, sendo a gestão municipal um campo em disputa pela maneira como seriam desenhados esses espaços (CAMPOS, 1992).

Alinhados a essa perspectiva, os municípios de Bauru, Campinas e Santos fabricaram diferentes estratégias a fim de garantir a participação social na gestão. Diferentes dispositivos, diferentes efeitos em cada local.

A construção do modelo de gestão no município de Bauru contava com a participação intensa de militantes da Reforma Sanitária, bem como de outros movimentos sociais que reivindicavam por mudanças fazendo vizinhança com o campo da saúde, sendo os sindicatos atores muito atuantes (PIMENTA, 2006).

Para a construção das estratégias e orientar as ações de cuidado no território, seminários semanais foram espaços importantes de debate. Nesse processo, houve o reconhecimento de que seria fundamental a participação dos trabalhadores durante todo o processo de elaboração das ações e fabricação democrática do modelo de atenção (PIMENTA, 2006).

Isso possibilitou uma aproximação com aspectos da produção da vida que foram incorporados no desenho das estratégias de enfrentamento municipal, no entanto, ainda que se tenha oferecido uma aproximação da população e dos movimentos organizados ao processo de delimitação dos problemas ali vivenciados, a característica do dispositivo utilizado conferia uma maior centralidade aos profissionais de saúde em comparação com a população.

As demandas dos usuários apareciam por meio do olhar dos profissionais da equipe, o que coloca em questão o caráter interpretativo que esses atores poderiam fabricar a partir de seu olhar. Nesse desenho a participação social acabou restringida nos espaços de maior poder deliberativo, sendo a população apenas consultada no processo de delimitação das prioridades para a agenda. O principal “lócus” de participação de movimentos se materializava no diálogo com os sindicatos na saúde do trabalhador, sem que fosse possível assegurar transversalidade em outras ações, nem reconhecendo que os coletivos se definem também por outros planos que não o “ser trabalhador”.

Ao colocar em análise outros momentos do processo de fabricação da política, a participação social não foi garantida durante o percurso contínuo de disputas pelo desenho organizativo das práticas de saúde. A aposta no planejamento estratégico¹⁴ como dispositivo central de governar, sem a presença de outros que pudessem produzir fissuras e atravessamentos que favorecessem a expressão das necessidades dos usuários, limitou a população ao lugar de informante de prioridades para a gestão.

Como efeito, o que se recolhia eram as necessidades da população identificadas pelos trabalhadores, concentrando unicamente na gestão o protagonismo e a função deliberativa. Esse limite no desenho de participação popular criou uma impossibilidade no compartilhamento do governo, que era operado principalmente pelos gestores, um exemplo de como a depender do dispositivo adotado os valores fabricados no discurso podem não fabricar possibilidades de efetivação.

O município de Campinas, por outro lado, operou a participação social para além dos espaços de planejamento. Para levantar as demandas importantes vivenciadas nos diferentes centros de saúde, o município apostou em grupos coordenadores e seminários para debater temas relevantes no funcionamento dos serviços, tais como políticas salariais, administrativas e o funcionamento da rede, a participação popular ou mesmo os relacionamentos interpessoais. Para esses encontros, o convite incluía todos os envolvidos com o funcionamento dos serviços, como membros da equipe multiprofissional, atendentes, motoristas, chefias de diferentes setores, entre outros (CECÍLIO, 1994).

Esses colegiados buscavam aproximar os momentos de formulação com os de tomada de decisão e execução das ações de saúde. A formulação das diretrizes básicas era realizada de maneira singular em cada unidade, em um esforço de propiciar maior apropriação dos coletivos de trabalhadores. Para dar suporte aos colegiados, foram organizadas oficinas com o apoio de equipes do nível central, que buscavam facilitar a construção do vínculo entre trabalhadores e usuários. O objetivo era facilitar a efetividade nas ações e a garantia de acesso da população a espaços de acolhimento (CECÍLIO, 1994).

A proposta buscava conquistar a cumplicidade/compromisso dos trabalhadores e usuários para com a defesa da vida, a fim de que essa não fosse apenas uma aposta governamental, mas sim um valor cultivado pelos atores ali envolvidos. Dentro dessa

¹⁴ Perspectiva de análise dos problemas de saúde que estuda a determinação social do comportamento dos atores sociais, as relações de Poder que fabricam práticas de saúde conformadoras de sujeitos e as propostas de planejamento que fabricam ação política no campo da saúde (GIOVANELLA, 1990).

perspectiva, cada profissional participava ativamente, compartilhando de suas experiências, percepções e aprendizados junto aos usuários da rede de saúde (CECÍLIO, 1994).

Após a realização dos seminários, foram escolhidos representantes distritais a fim de garantir que as demandas e anseios cotidianos e vivenciados coletivamente tivessem espaço de ventilação em meio às autoridades que ocupavam cargos que permitiam oferecer uma resposta mais concreta às problemáticas levantadas. Esse processo influenciou não apenas a construção municipal, mas também o nível regional/estadual incluindo a figura do secretário de saúde da época, João Yunes. Esse desenho encontrava eco dentro do gabinete do diretor do Escritório Regional de Saúde, que apostou numa construção onde o diálogo fosse priorizado sobre o autoritarismo (CECÍLIO, 1994).

Diferentemente da gestão em Bauru, Campinas apostou em dispositivos que garantissem essa proximidade durante todo o processo. O convite para esses espaços de construção foi feito a trabalhadores de todas as categorias, para além da equipe de nível superior das unidades. Essa aposta fabricou dispositivos que vazam a relação profissional-usuário, garantindo espaços de debate para uma gama mais ampla de atores envolvidos. Com isso, o desenho da gestão deslocou papéis e tensionou as relações de poder, permitindo que arranjos inventivos de cuidado pudessem se estabelecer.

Em Campinas, assim como na gestão em Bauru, foi feita uma aposta no planejamento estratégico como ferramenta de gestão, no entanto o município de Campinas, por fabricar outros dispositivos que buscavam garantir brechas para o caráter organizador do planejamento estratégico, a produção de vida continuou entrando no desenho de gestão. Com isso, a experiência de Campinas produziu um outro modo de governar, com mais espaços de compartilhamento e de centralidade dos usuários durante todo o processo de construção da política.

Já no município de Santos a característica da participação social, que também era uma proposta importante da gestão, foi de confronto e combate, em vizinhança com movimentos sociais de outros setores. A saúde somou forças com esses movimentos que se fortaleceram nas disputas em torno de temas muito polêmicos e que abalavam os interesses da elite santista, organizando intervenções no município no sentido da garantia de acesso aos direitos fundamentais.

Com a gestão semiplena, Santos conquistou uma maior responsabilidade por seu Conselho, que passou a compor um criterioso processo regulatório das ações privadas de saúde. Outros segmentos da administração pública acabaram inspirados, criando conselhos, organizando conferências em áreas como a habitação, transporte, educação, luta pelo

saneamento básico, entre muitos outros. A organização desses conselhos fortaleceu o controle social do município, o que expandiu a participação social na disputa pela expansão dos equipamentos públicos (CAMPOS, 1991).

Nessas demandas, a agenda de reivindicações da saúde incluía aspectos como ampliação de empregos, salários, condições dignas de habitação, educação, alimentação, saneamento básico, serviços de transporte de qualidade, cuidado ao meio ambiente e acesso ao lazer, cultura e ao esporte. Santos produziu um ideal de qualidade de vida que buscava que o município pudesse se tornar uma cidade saudável por meio da produção de políticas públicas que garantissem o acesso aos direitos sociais básicos (CAMPOS, 1991).

Os valores fabricados no projeto de construção de Santos enquanto uma cidade saudável incluíam o fortalecimento da comunidade por meio da participação social nas decisões do poder público. A busca pela justiça social era um valor central da proposta, que apostava na valorização da herança cultural, garantia de um meio ambiente favorável e de uma economia inovadora que atendesse às necessidades da população, viabilizando serviços públicos de qualidade (CAMPOS, 1991).

Santos empregou grande esforço em fazer cumprir o artigo constitucional que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Para tal, a prefeitura investiu em uma abordagem ampla em seu conceito de saúde, mas também compreendeu que para alcançar esse objetivo era necessária a participação ativa de organizações comunitárias, movimentos sociais diversos, cooperativas de trabalho e associações. Devido a isso, os Conselhos Gestores acabaram ocupando um lugar central na produção dessa experiência, local de produção política da saúde enquanto direito (CAMPOS, 1991).

A gestão e a lógica do planejamento santista buscavam inverter as prioridades liberais, tradicionais na cidade, afirmando uma política que se comprometesse com a classe trabalhadora, excluída do acesso a seus direitos fundamentais. Juntamente ao governo, a gestão da saúde travou um radical enfrentamento às elites locais e à classe média conservadora da cidade (CAMPOS, 1991).

A aposta em um desenho organizativo com uma característica intrínseca de operar dispositivos que permitem o processamento e a improvisação de práticas possibilitou a renovação do embate entre conservação e transformação. Essa aposta permitiu que os municípios aqui analisados, em especial Santos e Campinas, mesmo que diferentemente, fabricassem serviços de saúde em geral e uma atenção básica, em especial, mais permeável às construções coletivas.

O protagonismo conferido aos atores envolvidos com a produção cotidiana dos serviços de saúde foi estabelecido de maneira singular em cada município, tensionando de maneira diferente a característica democrática da gestão. Enquanto Bauru elencou apenas os profissionais da saúde a uma posição de centralidade na produção de cuidado, o município de Campinas incluiu recepcionistas, motoristas e equipes de limpeza ao patamar de produtores de saúde nas unidades. As experiências de Campinas e Santos acabaram produzindo maior inclusão de outros atores para além das equipes assistenciais, o que fabricou diferenças no impacto da gestão e nas respostas para os problemas do território.

A experiência de Campinas reconheceu que todos produziam cuidado e saúde, o que ampliou a potência do cuidado para além dos profissionais de nível superior com formação no campo da saúde. Esse é um embate que continua pautado até hoje. A realização de reuniões apenas com a chamada “equipe técnica” exclui do campo do cuidado atores que produzem impactos profundos na produção cotidiana de cuidado das unidades básicas de saúde, sendo essa uma disputa importante para o campo da saúde pública de forma geral.

O tensionamento de quais atores são reconhecidos na produção de cuidado abre um campo de visibilidade e disputa em torno do nível de democratização da gestão. A produção de saúde sofre interferência de todos os atores que fabricam o cotidiano das unidades, os usuários e todos os trabalhadores produzem saberes a respeito do território, conhecem a realidade local de maneira mais ampla, sendo essa produção muito valiosa para a produção de um cuidado contextualizado e pautado na produção da vida.

Como efeito desse arranjo, Campinas produziu visibilidade para formulações que estavam em sintonia com as necessidades da população. As unidades contavam com espaços de compartilhamento na fabricação do projeto de cuidado, incluindo todos os envolvidos. Essa aposta requer um esforço no processamento das disputas travadas, as providências diante da ausência de consenso e da ampliação do protagonismo popular, no entanto a organicidade na produção do desenho da atenção e a apropriação de valores construídos de modo compartilhado é totalmente diferente da produzida por modelos que não fizeram esse reconhecimento.

Como efeito desse desenho, as unidades de saúde fabricaram respostas mais potentes para alterar as condições de saúde do território. O cuidado ampliado, continuado e compartilhado, a construção de redes de compromisso com outros equipamentos, diagnóstico dos problemas do território, a vigilância do ambiente, de alimentos, medicamentos e de epidemias foram exemplos de práticas que se fabricaram dentro e principalmente fora dos muros das unidades básicas de saúde em Campinas (CECÍLIO, 1994).

Ao colocar em análise os dispositivos para a participação social, Santos apresenta uma maior radicalidade nas intervenções políticas governamentais, enquanto a experimentação em Campinas construiu uma radicalidade política sustentada em uma radicalidade democrática da gestão. Apesar de o valor da democratização estar pautado em todos os municípios analisados, as estratégias adotadas tensionaram a construção de efeitos diferentes em cada município.

A agenda de produção social da saúde no município era fortemente intersetorial, não sendo suficiente apenas os enfrentamentos no campo da saúde. Santos vivia acentuadas desigualdades sociais em seu território, tornando decisivo o reconhecimento dos direitos fundamentais como parte das necessidades básicas dos usuários. A intersetorialidade do cuidado era frequente nas ações propostas, que tensionavam de maneira polêmica problemas sociais em que a saúde fazia vizinhança com outros setores. Esse arranjo é um vislumbre da ampliação da agenda municipal, que buscava garantir a equidade por meio de um olhar amplo da situação de vida, muito além apenas do campo da assistência à saúde.

Enquanto a experiência de Santos construiu um enfrentamento um tanto brutal dos problemas priorizados, aproveitando as janelas de oportunidade política do município de modo ágil e cortante, a característica do arranjo e a dinâmica política impressa pela gestão, produziram maior isolamento político em comparação com a construção em Campinas, que construiu uma base de apoio mais ampla, como efeito do reconhecimento de todos os atores envolvidos. Sustentação mais ampla implicava, em Campinas, em uma resposta mais lenta diante do processo de negociações, que demandava um processo mais intrincado na fabricação de contratos e acordos que buscavam garantir o protagonismo de todos os atores nas ações propostas.

O cotidiano das UBSs, a composição e a história das equipes e do território, as relações intersubjetivas envolvidas no cuidado e nas práticas de saúde interferem nos arranjos organizativos, nos sentidos comuns produzidos e nos modos de trabalhar. No plano dos encontros se configuram campos de disputa e produção singulares, na micropolítica, os municípios de Bauru, Campinas e Santos também fizeram apostas interessantes na produção do cuidado (MERHY, et. al, 2020).

Os municípios analisados fizeram a aposta em equipes assistenciais marcadamente multiprofissionais, incluindo: médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e auxiliares de consultório dentário, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. O privilegiamento de uma abordagem interprofissional buscava produzir

deslocamentos do eixo central do médico em direção à construção de equipes de acolhimento, favorecendo a articulação de diferentes formações profissionais e diversos saberes, como o da epidemiologia, ciências sociais, política, clínicas, educação, saúde, entre outros.

Justamente as necessidades, os desejos, a legitimidade da expressão das questões trazidas pelos usuários, individual e/ou coletivamente, é que são tomadas/ tomados como dispositivos para interrogar os saberes estabelecidos, majoritariamente médico-hegemônicos. Por isso a ideia do acolhimento e da escuta aos usuários, a valorização do que é trazido no formato de demanda espontânea ou identificado como problemas em diferentes espaços de conversação com a população, coletivos e usuários individuais. Essas experimentações, portanto, tensionavam um campo muito intrincado de disputa, que permanece operando no campo da saúde até os dias atuais. A aposta nas equipes multiprofissionais e na escuta atualizava essa disputa, pedindo arranjos, articulações e proposições inventivas de cuidado.

O trabalho nas unidades básicas de saúde, quando fabricado pelos valores de centralização do saber médico-biológico, subestima a potência dos encontros fabricados entre a população e os demais profissionais. Nesse arranjo hegemônico, todos os atores implicados se vêem desvalorizados de sua capacidade de enfrentamento dos problemas, alienando os trabalhadores de seu processo de trabalho e excluindo os usuários da construção do cuidado. Como efeito, se reduz a oferta de serviços por conta da fragmentação e se reduz a potência da atenção básica (MERHY, et.al, 2020) (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O tema da produção das equipes e das redes também foi tomado como relevante. A reunião de diferentes trabalhadores com a atribuição de tarefas complementares por si só não garante a construção de uma equipe. Assim como as redes de cuidado, as equipes demandam construção ativa, que implica no reconhecimento e enfrentamento de diferenças, na produção de conversa, no processamento das relações de poder e na fabricação de um comum entre seus membros. Nesse processo se enfrentam diferentes olhares, clínicas e potências para o cuidado, além da tendência de exclusão dos usuários que necessita constantemente ser debatida (MERHY, et.al, 2020) (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O trabalho de construção das equipes assistenciais foi uma problemática interessante fabricada no município de Campinas. O processo de construção das equipes busca prevenir dinâmicas de funcionamento em que as ilhas de competência operam disputas de poder definidas pelo estabelecimento de papéis fixos de mestres e aprendizes, fabricando fragmentação, desresponsabilização e incompetências e desautorização em uma dinâmica

sofrida para todos os membros da equipe e contraproducente para o cuidado (MERHY, et.al, 2020).

A produção de subjetivação¹⁵ acontece de maneira imprevisível a depender da natureza das relações que se estabelecem entre gestores, trabalhadores e usuários. O cotidiano das unidades é fortemente marcado por histórias de vida, encontros com a população ou pelos efeitos do funcionamento das equipes, sendo a versátil dinâmica de encontros um elemento valioso na construção dessas experimentações (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Para que fosse possível fabricar um novo desenho de gestão e de cuidado, que favorecesse o controle social e a construção de outro perfil de trabalho e de trabalhadores, a aposta nos espaços coletivos de debate e processamento foi uma aposta e campo fértil para a produção dos dispositivos. Muitos diálogos férteis com as acumulações e invenções da saúde mental foram produzidos. Posteriormente, a prática das conversas e das reflexões, esses e outros dispositivos analíticos do processo de trabalho e do cuidado compuseram o repertório de conceitos e práticas aglomerados na construção da política de Educação Permanente em Saúde, tal como se conhece atualmente.

Cada equipe e cada serviço construiu espaços coletivos para resolver os problemas enfrentados no trabalho, processando a singularidade dos encontros na produção de ações que fizessem sentido para cada território. Com a delimitação desses espaços, os municípios buscavam criar possibilidades de trazer, aos serviços e à própria lógica de gestão, o componente da produção de vida, aquilo que, para as pessoas, eram necessidades de saúde, mas que poderiam não se enquadrar no referencial teórico das diferentes formações da saúde.

O processamento do cotidiano do cuidado foi um dispositivo utilizado em todas as experiências aqui debatidas, ainda que com algumas diferenças. De maneira geral, havia uma aposta de construção coletiva em que os atores envolvidos ativassem processos vivos de transformação, colocando em análise conceitos, valores, desejos, necessidades e práticas que estivessem naturalizados e dificultando compromissos e mudanças.

Com esses espaços de processamento do cotidiano, a referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta qualificada¹⁶, decodificação e produção de cuidado estavam cotidianamente em debate. Esse processo favoreceu a organização da atenção,

¹⁵ Processo de subjetivação diz respeito ao processo de tensionamento que agencia continuamente modos de estar no encontro (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

¹⁶ Ferramenta de encontro com a subjetividade dos indivíduos, qualificação do diálogo a fim de propiciar o cuidado integral, estabelecimento de vínculo a valorização da diversidade no encontro profissional-usuário de modo a fabricar protagonismo nos usuários em relação às suas demandas (MAYNART, 2014).

seguindo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidado aos indivíduos, coletivos e grupos sociais. Como efeito, os desejos e necessidades emergiam de maneira profusa, convocando o desenvolvimento de estratégias dinâmicas e sensíveis, capazes de superar os arranjos rotineiros no escutar, traduzir e trabalhar as necessidades de saúde.

Foram produzidos e experimentados dispositivos para colocar o trabalho cotidiano em análise, para mapear diferenças, descompassos, ruídos, efeitos mútuos produzidos nos encontros e desencontros e para criar espaços de negociação e construção de acordos e composições entre os diferentes participantes do trabalho.

O município de Bauru apostou em espaços de reuniões mensais com o intuito de discutir o processo de trabalho, valorizando os temas trazidos pelas equipes na construção das práticas dos serviços de saúde. No nível central da Secretaria foram também criadas equipes interdisciplinares para o apoio às UBS, exercendo uma espécie de acompanhamento/supervisão do trabalho. Um dos dispositivos utilizados nesses espaços era a discussão de prontuários, que contribuiu de maneira positiva na composição do processo de planejamento e avaliação do trabalho realizado (PIMENTA, 2006).

O processamento do cotidiano das equipes em Bauru separava os profissionais por categoria profissional. Esse pode ser considerado um limite em sua experimentação, pois ainda que esse desenho de processamento permitisse uma compatibilização nas discussões, ele não favorece a construção da equipe interdisciplinar e cristaliza fragmentações e disputas.

O município também criou espaços de reflexão e discussão para os diretores das unidades, o que impactou na maneira como eram enfrentados os desafios na gestão das unidades básicas de saúde. Ainda que com todos os limites, os espaços de processamento coletivo aumentaram o compromisso ético-político dos atores envolvidos, que se constituíram como sujeitos do processo.

O município de Campinas construiu Distritos de Saúde compostos por equipe multiprofissional e com a função de coordenar as ações da Atenção Básica por região da cidade. Essas equipes realizavam um enfrentamento à organização vertical do sistema. O investimento em construir equipes com esse formato buscou desafiar a tradicional organização da atenção por categoria profissional, que historicamente alimentava o corporativismo. (CECÍLIO, 1994).

Havia um convite para a ressignificação do tradicional lugar dos usuários e trabalhadores no cotidiano das relações de cuidado. Ao se problematizar o cotidiano a partir desse olhar, a construção do processo de gestão do trabalho favoreceu a articulação entre

usuários, trabalhadores e gestores sob o enfoque do controle público, tratando de maneira coletiva os diferentes interesses em questão (CAMPOS, 1991).

Nesse processo se produziu uma reavaliação da clínica e do atendimento individual, pela qual se buscava o rompimento com as limitações da tradicional relação médico-paciente, tão fortemente atrelada à prática privada dos consultórios. Ao trabalhador se abriu um campo de visibilização para a sua motivação e a própria constituição dos trabalhadores como sujeitos ativos no processo de defesa da vida. O debate a respeito das ações de saúde se aproximou sobremaneira do debate pela produção de cidadania e dos valores democráticos (CECÍLIO, 1994).

A retomada da clínica enquanto instrumento de produção de cuidado na micropolítica, que havia sido completamente suprimida na perspectiva da Programação em Saúde, conformava um campo de disputas que foi retomado nessas experimentações de maneira radical. A aposta feita por essas experiências foi a de que as ações clínicas¹⁷, como parte da produção de cuidado, compõem o enfrentamento ao modelo médico hegemônico. É no campo da produção do cuidado que os municípios de Bauru, Santos e Campinas operaram a produção de escuta, vinculação e responsabilização nos diferentes projetos de intervenção (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A clínica, em composição a outros saberes, faz parte da caixa de ferramentas de enfrentamento aos problemas, necessidades e desejos fabricados pelo campo da produção da vida das pessoas. Nessas experimentações a clínica é atravessada e afetada pela produção das questões que reatualizam o viver, compondo as estratégias de cuidado das questões disparadas no encontro (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

As primeiras experiências de acolhimento constam desse período de experimentação municipal, uma aprendizagem adquirida com a produção do campo da saúde mental. Os municípios reorganizaram os serviços a fim de garantir o acesso universal, produzindo respostas criativas para os problemas levantados pelos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Com a plasticidade produzida pelo dispositivo do acolhimento, a organização dos serviços de saúde foi colocada em debate a fim de radicalizar a garantia do acesso e o enfrentamento dos problemas levantados pelos usuários.

¹⁷ Processos de intervenção tecnologicamente orientados que visam operar sobre um campo de necessidades de uma pessoa a fim de processar algum aspecto de um certo modo de viver a vida (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os espaços de acolhimento revolucionaram a dinâmica de recebimento dos usuários nas unidades, que contavam com uma equipe de acolhimento, composta por profissionais de nível superior e outros trabalhadores da unidade, para oferecer escuta para os usuários. Os médicos ficavam na retaguarda, sendo esse um espaço de livre demanda para todos os usuários que o procurassem, independentemente de agendamento prévio (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Embora a implantação de um dispositivo como o acolhimento amplie o potencial técnico e de cuidado dos trabalhadores da unidade, sua fabricação não se deu sem tensões importantes. Os efeitos de sua implantação incluíram maior acessibilidade aos cuidados nas unidades, maior rendimento profissional, maior resolutividade dos problemas, diminuição da demanda reprimida, fortalecimento dos espaços de discussão e favorecimento da democratização da gestão (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Nos municípios aqui analisados, o primeiro atendimento foi qualificado como espaço de garantia de atenção integral, que ia muito além da detecção de riscos à saúde. Havia um estímulo da gestão para a realização das consultas em conjunto entre a equipe médica e de enfermagem, a fim de criar maior resolutividade dos atendimentos. Além disso, houve uma aposta para que o atendimento fosse integral ao grupo familiar, em detrimento a uma atenção individualizada. A fim de garantir a eficácia de suas ações, foram estabelecidos mecanismos de avaliação permanente (CECÍLIO, 1994).

A partir das relações mais aproximadas, a transferência entre usuários e trabalhadores operou um processo de produção de vidas, desburocratizando o cuidado e impactando sobre o problema da impessoalidade no campo da saúde. A promoção desse tipo de relação buscava integrar a comunidade ao seu território, fortalecendo também a interação com os coletivos que existiam no território (CECÍLIO, 1994).

No contexto das experimentações, a resolutividade estabeleceu uma relação direta com o campo dos afetos, onde trabalhadores e usuários trabalhavam juntos a fim de produzir satisfação e alívio do sofrimento. As intervenções, fortemente marcadas pela potência do vínculo, mobilizaram todo tipo de tecnologia à disposição. Nesse cenário, os profissionais se utilizavam de recursos para além da clínica, do aspecto individual, incluindo aspectos coletivos do cuidado e se comprometendo com o valor da integralidade de maneira mais efetiva (CECÍLIO, 1994).

A aposta central na construção do vínculo no processo de produção do cuidado visava ampliar a responsabilização das equipes assistenciais pelos problemas levantados pelos usuários, grupos e coletivos. A partir da maior proximidade com o campo da produção das

diferentes histórias de vida, outra aprendizagem a partir da saúde mental, o vínculo favorece a construção de relações de afetividade e confiança, que carregam em si um enorme potencial terapêutico (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Essa construção de maior apropriação do trabalho favoreceu a construção do protagonismo, valorizando a capacidade de todos os envolvidos na criação e elaboração de respostas. Um outro aspecto relevante a respeito desses desenhos organizativos era o monitoramento, pois se fazia a avaliação da eficácia das ações construídas. Com a experiência, esse processo se tornou um identificador de novos problemas, o que favoreceu o ajuste dos projetos. Por conta do processo de avaliação permanente, as ações se mantinham conectadas aos problemas do território e à produção da vida das pessoas (CECÍLIO, 1994).

Com a ida das equipes ao território, foi possível rastrear casos de sofrimento intenso que não chegavam às unidades e as equipes operaram para além do modelo de consultação. Devido aos dispositivos utilizados e a aposta na potência da equipe multiprofissional, a centralidade do médico foi encolhida, permitindo participação mais ampliada da equipe no direcionamento das ações. É através da construção compartilhada que o saber médico hegemônico foi deslocado, não sendo apenas objeto de crítica no plano do discurso.

O saber a respeito dos usuários deixou de estar concentrado em uma categoria que domina as demais, ele se ampliou para o campo do encontro e do saber da experiência. Esse deslocamento produziu uma mudança brutal na produção do desenho organizativo da atenção, que foi definido pelas três experiências municipais analisadas como desenhos usuário-centrados.

Nessa perspectiva, os usuários foram reconhecidos como protagonistas na produção de suas existências, incorporando seus saberes na construção de cuidado da rede de saúde e enriquecendo a produção da gestão municipal.

Com a definição dos problemas de saúde de maneira mais ampla e a implantação de espaços de acolhimento, as agendas também foram expandidas. Elas pediam arranjos diferentes, produzindo cuidado para muito além das tradicionais agendas programáticas. O cuidado passou a pertencer a muitos, sendo articulado por múltiplos saberes, em um processo intensivo de problematização de demandas, dos limites da clínica ou mesmo dos papéis estabelecidos.

Com a valorização da demanda espontânea, as unidades básicas de saúde ficaram mais próximas das questões relacionadas à produção da vida. O modo de viver ocupou o campo da

organização do cuidado, tensionando a maneira como os serviços se organizam e a conexão que se produz com a vida que pulsa no território.

Os arranjos eram móveis, sendo essa plasticidade uma característica muito inventiva nessas experiências. O desenho organizativo permitiu maior flexibilidade na inclusão de outras demandas, acolhendo de maneira diferente um imprevisível número de problemas, organizando o serviço de outro modo, em função da definição das prioridades que estavam colocadas.

Ao fazer a defesa radical da ampliação do acesso, a questão da porta de entrada passou a ser pautada para além das UBSs, com a defesa da ampliação do acolhimento para outros equipamentos da rede de saúde e com o questionamento das relações de hierarquia entre diferentes serviços. O desenho tecnoassistencial do sistema de saúde com a adoção do modelo em pirâmide marcou uma ideia de complexidade crescente, em direção ao hospital, que ocupa o topo da pirâmide e delimita mecanismos rígidos de acesso ao sistema pela população, que são efetivamente barreiras de acesso.

Diante da ampliação da compreensão dos problemas de saúde, em que demandas complexas pedem articulações de muitos saberes, atores, setores e equipamentos, os municípios de Bauru e Campinas buscaram fazer o enfrentamento ao modelo médico-hegemônico de maneira global, e não setorizado apenas no campo da Atenção Básica. Os atores implicados nesse debate defendiam que sem disputas e mudanças nos demais pontos da rede a disputa não seria suficiente para a ampliação do conceito de saúde.

A questão da ampliação do acesso havia se tornado um valor fundamental, sendo a defesa de uma rede de serviços com múltiplos equipamentos porta aberta uma disputa importante para ampliar as possibilidades de acolhimento e cuidado. A rede de cuidado tem em si um potencial de manejo de problemas complexos. A disputa que estava colocada era de que a saúde ampliaria o cuidado caso os diferentes equipamentos atuassem articuladamente, de portas abertas e implicados com a produção do território vivo. Ou seja, a disputa pela construção de um desenho organizativo da atenção que envolvesse diferentes portas, continuidade e compartilhamento do cuidado, sem uma separação ou hierarquização para a entrada na rede.

A experimentação em Bauru disputou o cuidado hospitalar, sendo que os plantonistas fizeram parte desse processo a fim de qualificar a atenção à urgência e emergência, além dos dispositivos para fortalecer o processo de construção da equipe interdisciplinar. Mesmo com todos os investimentos, o impacto encontrado acabou sendo menor. A equipe médica com sua

total autonomia o exercia conforme seus interesses, muitas vezes cometendo abusos na relação com os usuários. Com isso, as estratégias adotadas acabaram cumprindo mais uma função de fiscalização e controle do que mudanças efetivas na contratualização entre médicos e pacientes (PIMENTA, 2006).

Além do trabalho realizado no ambiente hospitalar, a gestão municipal também teve uma produção importante em relação à gestão do cuidado ao câncer, com o Centro de Prevenção e Orientação do Câncer (CPOC), e com o manejo da saúde mental no município, com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Em 1985 o município implantou o Ambulatório de Saúde do Trabalhador, que foi estruturado em articulação com o movimento sindical local, e que desenhava um campo de protagonismo para o trabalhador no processo de construção de ambientes de trabalho mais saudáveis (PIMENTA, 2006).

Em Santos, houve uma disputa interessante pelo desenho dos pronto-socorros, que incluiu plantonistas de áreas como a psiquiatria, cirurgia bucomaxilofacial e traumatologia. Mesmo diante do grave cenário nacional de financiamento limitado da saúde e das disputas políticas no município, a gestão de David Capistrano travou um ferrenho enfrentamento à proliferação e centralidade da oferta de consultas médicas e exames laboratoriais. A gestão enfrentou ainda disputas acirradas como no campo da garantia de acesso gratuito a medicamentos e também a estratégias de redução de danos, inclusive aqueles para o cuidado de pessoas que vivem com HIV/AIDS, que não tinham o apoio das esferas institucionais na época (PIMENTA, 2006).

Os hospitais se organizam, tradicionalmente, de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece os demais serviços da rede, os territórios e seus arranjos singulares, as subjetividades e as histórias de vida das pessoas. A atenção organizada por especialidades fragmenta e desresponsabiliza, de modo que cada especialista cuida da sua parte, não conhece e não se responsabiliza pelo usuário como um todo.

Diante de dispositivos que favorecem a reprodução dos valores do saber médico hegemônico, o grande desafio para a experiência de atenção básica de Santos era modificar esse cenário de negligência em relação ao processo saúde-doença, a superficialidade do vínculo equipe-usuários e a burocratização no funcionamento da rede de serviços. (CAMPOS, 1991).

Foram experimentados arranjos que possibilitaram que a compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos ganhasse novos espaços de ampliação, havendo maior reconhecimento da complexidade da atenção básica e suas relações com a população e seus problemas sanitários.

Ao recolher alguns dos aspectos marcantes dessas experimentações, foi possível debater a potência da disputa no campo da micropolítica na defesa de modelos organizativos conectados às peculiaridades de cada território. A participação da população na formulação e gestão da saúde municipal, apesar de todos os desafios implícitos em um processo de tamanho privilegiamento do debate, garantiu a inclusão de muitos atores e serviços, o reconhecimento da produção da vida, a proximidade com o território, juntamente com a fabricação de dispositivos que operaram o enfrentamento radical aos valores médico hegemônicos.

Essas experiências disputaram com a ideia da “regularidade” traduzida como homogeneização, que enuncia que uma política pública necessariamente precisa ter um desenho regular, que garanta a mesma cartela de serviços para todos os territórios, como se isso fosse justo ou possível diante das heterogeneidades e desigualdades que existem no Brasil. Em última instância, a visita a essas experiências traz visibilidade para a riqueza da construção de desenhos organizativos da atenção que fabricam aberturas e respostas singulares, construídas de modo dialógico e compartilhado.

Desenhando forças-valores

As forças que operam sobre a produção do cotidiano na produção da saúde fabricam campos de disputas que conformam modos de estar no encontro. Essa disputa é constante e simultânea entre diferentes forças-valores que atuam sobre o campo da micropolítica. Apesar da impossibilidade de apreensão de todas as forças-valores em disputa, a análise das experiências municipais em Santos, Bauru e Campinas destacam algumas das forças-valores que interferiram sobre o campo de produção da AB no estado.

O que teria sido singular na montagem das políticas de saúde em São Paulo?

A província de São Paulo era pequena, pobre, com baixa visibilidade até a explosão da cultura cafeeira. Ações de saúde pública só as campanhistas no início do século XX- modelo explicativo bacteriológico-controle de epidemias. Assistência à saúde até então, práticas tradicionais para boa parte da população, caridade das Santas Casas de Misericórdia e médica-individual-privada para quem tinha dinheiro. A primeira faculdade de medicina em São Paulo só foi criada em 1911.

Lado a lado com o processo de industrialização, a assistência à saúde começa a entrar na agenda política, numa combinação do modelo médico-sanitário para ações coletivas e de educação sanitária com a assistência médica individual, pelas caixas, para os trabalhadores.

Essa composição favoreceu criação de serviços e alguma ampliação de cobertura da assistência médica individual.

Assim, a partir desse processo de industrialização, a força-valor governo da vida e a força-valor disciplinarização da vida se expressam de modo significativo em São Paulo quando comparado ao contexto no restante do país. Havia vidas a proteger, mesmo que nos termos do capital! Ainda que incipiente, o movimento operário paulista produziu nesse momento tensionamentos significativos por melhores condições de vida, o que incluía o alargamento da agenda da saúde. Assim, essa dobra governo da vida/vida melhor contribuiu para que a atenção à saúde fosse de algum modo e em algum grau incorporada à agenda pública de políticas nos anos 20-30 do século XX.

Dando um salto no tempo, foi também a mobilização social e política dos trabalhadores da cidade e do campo que intensificou as forças-valores de ampliação do conceito de saúde e de saúde como direito nos anos 50-60, articuladas com a agenda democrática de reformas de base.

Corte produzido pela ditadura.

Daí, retomada de lutas e debates. Singular momento no início dos anos 70, com força-valor extensão de cobertura e força-valor ampliação do conceito de saúde em tensão com a força-valor modelo médico-hegemônico-mercado.

Expansão da rede de serviços, criação da carreira de médico sanitário, intensa disputa de valores no campo da saúde por forças progressistas, que expressavam movimentos populares articulados com a militância política de profissionais de saúde e outros movimentos democráticos.

São Paulo foi lugar privilegiado da gestação de movimentos políticos e sociais inovadores que culminaram com a criação do Partido dos Trabalhadores. Movimentos que incluíram modos militantes de compor a academia com os movimentos sociais e que intensificaram forças-valores ampliação do conceito de saúde e saúde como direito. Implicaram também em experimentações inovadoras de produção e cuidado à saúde fora de governos e depois em gestões municipais democrático-populares.

A força-valor-descentralização foi um elemento relevante no contexto da democratização política do país. Governo estadual eleito diretamente, movimentação ativa de forças democrático-progressistas em governos municipais, movimentos de trabalhadores da saúde, movimentos populares por direitos impulsionaram as forças-valor extensão de cobertura, ampliação do conceito de saúde e a disputa política por governos mais partilhados da saúde. Ampliação da rede de atenção, movimentos de regionalização e municipalização da

saúde, bem como a criação do Cosems-SP (entidade muito combativa e propositiva até os dias de hoje) são efeitos desses embates.

Na disputa de valores com a força médico-hegemônica, a proposta da Programação em Saúde expressou uma força-valor marxista-tecnocrática, que propôs um regramento normativo das ações de saúde, em que a epidemiologia se sobrepõe à clínica e a normatização ao trabalho vivo. Essa força-valor está associada ao não reconhecimento da possibilidade de disputar valores, ao vivo e em ato, no cotidiano da produção da vida, com o modelo médico-hegemônico no contexto do capitalismo.

Experiências locais e de governos democrático-populares impulsionaram a força-valor democratização da gestão, que teve como efeito a ampliação da participação direta de trabalhadores e usuários na construção das políticas e das práticas de saúde, tensionando, complexificando e contextualizando as agendas políticas da saúde.

No enfrentamento dos desafios de governar e produzir saúde no sentido da ampliação da potência das vidas, emerge a força-valor micropolítica, que produz como valor o reconhecimento da disputa cotidiana na gestão e nas práticas de cuidado como lugar central de combate ao modelo médico-hegemônico. Emergem como valores, então, dispositivos para favorecer outros processos de subjetivação e valores em defesa da vida: acolhimento, escuta qualificada, centralidade do vínculo no cuidado, a defesa pela construção compartilhada, o cuidado operado por equipes multiprofissionais, entre outros.

Emerge também a força-valor território, reconhecendo o território como lugar de produção intensiva de conexões, potências e desafios. Mergulho no território-produção tomado como decisivo para a vida invadir e tensionar a agenda da gestão e do cuidado, trazendo o usuário em sua singularidade para o centro das práticas de saúde. Em acoplamento com a força-valor saúde/cuidado, produziram-se valores fundamentais para interrogar saberes técnicos homogeneizadores e descontextualizados. Como efeito, se construiu uma maior visibilidade para os grupos, coletivos e movimentos populares, a potência dos múltiplos modos de viver, histórias e afetos, valorizando saberes locais e o viver na diferença. Além disso, o reconhecimento de que a produção do cuidado pertence ao mundo da vida e não está restrita aos saberes profissionais. Produção do cuidado reconhecida como lugar de disputa pelo governo da vida.

Para além dos espaços das unidades básicas de saúde, como efeito da compreensão de que demandas complexas pedem articulações de muitos saberes, atores, setores e equipamentos, foi produzida a importância de disputar conceitos, valores e arranjos nos demais pontos da rede. A força-valor disputa com modelo médico-hegemônico em todos os pontos da

atenção. Ou seja, atenção básica e saúde mental não podem ser campos exclusivos para a disputa com o modelo médico-hegemônico: todos os lugares de atenção à saúde precisam ser invadidos pelos valores democráticos e pelas apostas de produção compartilhada do cuidado.

Com a produção da força-valor rede viva/cuidado compartilhado produziu-se como valor a construção ativa e singular de conexões e sentidos compartilhados, fundamentais para a continuidade e compartilhamento do cuidado.

Também emergiu uma força-valor governo de esquerda-portador altaneiro de saberes, que, entre outros, produziu o planejamento estratégico como máquina de guerra, não favorecendo a construção democrática de políticas e práticas de saúde.

Nesse intrincado cenário de disputas, a força-valor modelo médico-hegemônico esteve sempre presente e intensificada pelos modos de gestão e de fazer política que capturam o trabalho vivo, restringindo as possibilidades de resistência e invenção coletiva. Essa força produz valores como saúde como consumo de objetos produzidos segundo a racionalidade médico-biológica, padronização das vidas, centralidade dos procedimentos, governo normativo do trabalho em saúde etc. etc.

Então, atenção básica como política de cuidado pode ser tensionada e enriquecida com valores e processos de subjetivação produzidos em muitas experimentações municipais, tais como as analisadas neste breve exercício analítico.

Recolhimentos do processo de pesquisa

Após caminhar pela produção da pesquisa, ao recolher movimentações e caminhos percorridos nessa inédita experimentação de construção de um exercício genealógico, percebo alguns pontos que precisam ser também analisados a fim de expressar as potências e dilemas encontrados.

Meu percurso anterior à pesquisa era o de trabalhadora no campo da saúde mental, produzindo fôlego no cotidiano de resistência da luta antimanicomial do território da extrema zona sul de São Paulo. Minha aproximação com o campo da atenção básica se dava por conta do matriciamento, na tentativa de produzir projetos em conjunto com um campo de cuidado que me causava um certo desconforto que eu sequer sabia definir.

Como diria Lancetti¹⁸, enquanto no CAPS em que eu trabalhava sofríamos com o problema de uma certa centralização em nós mesmos e um desejo enorme de proximidade com a produção do território, a UBS tinha uma lógica de produção que desejava essa proximidade, mas as equipes acabavam indisponíveis por conta de programas que lotavam as agendas, não restando muito tempo para o encontro com produção da vida.

Além disso, mesmo nos momentos quando estava com essas equipes em ações no território, percebia que havia um script já muito bem escrito antes de qualquer contato ou novidade que pudesse ocorrer, o que me intrigava muito. Na época não sabia descrever essa sensação da maneira que estou fazendo agora, mas sentia que havia algo que não se encaixava naquelas

cenas.

Muito intrigada por esse dilema, me aventurei a buscar estudar esse campo, precisava de alguma maneira processar os estranhamentos do meu cotidiano de trabalho. Esse espaço de processamento encontrei no grupo de estudos Micropolítica e saúde, onde encontrei um campo de reflexão a respeito de minha prática que não havia encontrado nos diversos cursos em que investi e que haviam reforçado a visão de que o cuidado estaria garantido caso eu seguisse uma certa cartilha de procedimentos.

Meu conhecimento prévio havia sido produzido por meio de leituras de textos oficiais, portarias que a gestão exigia que deveríamos seguir e diferentes cursos que, juntos, construíram

¹⁸ LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2016

uma visão de que esse era um campo de verdades que estavam acima de qualquer questionamento.

A história da saúde pública com que eu tive contato havia me apresentado a um certo campo de produção, onde se afirmava que a saúde coletiva havia produzido as suas formulações em um contexto de absoluta complementação/composição, obscurecendo o silenciamento de projetos que disputaram, e ainda disputam, o campo da produção do cuidado e o desenho organizativo da atenção.

Com o espaço do grupo, compreendi que alguns dos meus estranhamentos tinham eco na história de disputas pela produção do cuidado. Movida por esse desejo de conhecer e processar o meu cotidiano, escolhi o campo da atenção básica como objeto de estudo e o exercício genealógico a fim de produzir visibilidade para esse cenário de disputas que eu desconhecia completamente.

Inicialmente, Laura e eu havíamos feito a aposta de que a pesquisa deveria ter um caráter fortemente coletivo, dado que eu não tinha uma longa experiência com o campo da AB e precisava me apropriar de um grande volume de materiais que expressavam a produção de outros olhares que haviam sido silenciados dentro do campo da Saúde Coletiva. Além disso, como efeito do movimento de exploração das possibilidades da pesquisa genealógica, havíamos definido que as fontes para o trabalho seriam múltiplas, além da possibilidade de colher o relato de experiência dos atores que atuavam na saúde no período sobre o qual eu iria me debruçar.

Esses encontros de processamento coletivo ocorreram no início do processo e foram muito produtivos para a minha aproximação com a genealogia e com o campo das disputas pelo desenho organizativo da atenção. Enquanto pesquisadora a minha experiência havia se dado em pesquisas etnográficas e cartográficas, sendo a genealogia um campo de muitas novidades e que encontrava muita potência nas discussões junto ao grupo “Micropolítica e saúde” e nos encontros do observatório microvetorial de políticas de saúde e de educação na saúde.

Com a pandemia, o distanciamento social e o acontecimento de perdas tão significativas na família de Laura e na minha, esses espaços não tiveram a constância que havia sido planejada. Diante de todos esses acontecimentos, e do período de adaptação a essa realidade, a produção da pesquisa acabou ganhando um tom mais solitário, o que hoje considero como um limite na minha produção.

Devido ao recorte da pesquisa, e com a busca de acesso a uma produção excluída da história linear contada pelos textos oficiais, as fontes textuais que eu buscava eram muitas vezes de difícil acesso de maneira remota. Diante desse cenário, meu contato com as experiências se deu apenas através de material escrito que esteve acessível, sem a possibilidade de utilizar os recursos da biblioteca da Universidade. Esse foi um desvio importante no planejamento prévio e, ainda que tenham sido exploradas outras possibilidades, produziu limites consideráveis.

Outro dilema vivo na minha produção diz respeito ao tempo dedicado à leitura necessária para que eu me aproximasse mais do contexto das disputas travadas. Esse processo se estendeu mais do que o planejado, sendo este também um recolhimento relevante da experiência da pesquisa. Sem uma trajetória mais longa na produção da atenção básica, foi necessário um grande investimento de tempo a fim de assegurar as bases para que as pistas para o exercício genealógico pudessem ser produzidas.

Mesmo com as leituras, orientações e o meu esforço em desconstruir certos valores, meu corpo ainda estava muito marcado pela força dos textos oficiais. Durante a produção da minha escrita apareciam muito facilmente ecos de formulações que são altamente discutíveis, sem que eu me desse conta. Ao longo de todo o processo de produção da pesquisa fiz um enorme esforço de manter um olhar crítico em relação às forças-valor que eu trazia para o debate, e mesmo assim, constantemente, tomava certas perspectivas como verdade, me deslocando de um olhar genealógico sobre a fonte que estava trabalhando. O processo de desconstrução dos valores me acompanhou durante todo o processo.

Um dilema igualmente importante foi a escolha pelo que ganharia expressão no texto da dissertação e o que não iria. Muito do material lido e resenhado fez parte do meu processo de construção de base a respeito do contexto das disputas para que eu tivesse ferramentas para produzir um olhar genealógico. Escrevi muito e grande parte do escrito serviu para ganhar algum fôlego analítico, mas não compõe o texto da dissertação. O dilema entre quanto desse recolhimento precisaria estar expresso para dar consistência ao exercício analítico me acompanhou durante todo o processo.

Como o mapa das forças-valor é realizado a partir do olhar da genealogista, há uma tensão entre a produção do olhar analítico, a expressão textual do processo de escolha e a própria construção das problematizações levantadas. Caso a genealogista não logre nessa tarefa, ela poderá apenas reproduzir os valores que constam nas fontes utilizadas, ou não dar condições para o leitor entender a maneira como essas forças-valores foram mapeadas enquanto relevantes para o tema da pesquisa.

Mas é difícil. O genealogista se depara com volumes enormes de materiais.

Visibilidades e invisibilidades serão produzidas. Capturas e linhas de fuga também. Processos coletivos de problematização parecem ser fundamentais para a consistência do processo analítico. No meu caso, a escrita foi configurada como o campo de problematização e diálogo. Precisou ser reinventada para dar língua aos afetos e disputas analisadas.

Portanto, meus principais dilemas dizem respeito ao acesso às experiências, aos espaços coletivos de processamento, ao acesso de múltiplos olhares e os impactos trazidos pelo sofrimento gerado na pandemia de COVID19 e os processos de luto.

A potência encontrada na produção de um exercício genealógico foi o brutal alargamento do campo. São múltiplas, muitas, intrincadas as várias experiências, valores e disputas travadas na construção da Atenção Básica. Ainda com todos os limites vividos na pesquisa, o exercício genealógico ao desvelar os campos de disputa silenciados pelo jogo de forças convoca à disputa pela produção da saúde enquanto direito, trazendo pistas valiosas para a produção de resistências aos projetos de desmonte da saúde.

Considerações Finais

O campo das políticas públicas é atravessado por diferentes valores produzidos a partir de acirrados jogos de poder. Há uma certa produção de valores que se sobrepõem a outros. É corrente uma versão de que os textos das políticas públicas são expressão de uma verdade, construída/destruída a partir de sua validação no âmbito legal. Nessa lógica, análises e avaliações se dão estudando a conformidade das práticas em relação ao preconizado.

Em oposição a essa perspectiva, há o reconhecimento de que as políticas estão sempre em disputa, em muitos planos, atravessados todos por forças e valores, que seguem em campo apesar das vitórias/derrotas parciais expressas nos textos das políticas. Nesse sentido, a política pública se produz no campo das ações desenvolvidas por múltiplas instituições, atores, coletivos e pela produção cotidiana, terminando por orientar e definir estratégias que dão vida à política (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999) (TRIANA, 1994).

A produção das experiências municipais analisadas neste trabalho antecedeu a formalização da Política Nacional de Atenção Básica, que ocorreu em março de 2006. Ainda que não estivessem sistematizadas como uma política nacional em um texto legal ou infralegal, é inegável que havia política em produção. Os valores produzidos nas experimentações paulistas em torno da rede básica são parte constitutiva da intensa disputa da construção do campo da saúde pública.

Limitar a política ao texto oficial é uma estratégia para desarmar, desautorizar as disputas no cotidiano vivo que produz as políticas, reafirmando certos valores, obscurecendo outros. Expressa o não reconhecimento da produção viva, da potência instituinte dos cotidianos em diferentes planos.

O campo da atenção básica está em proximidade muito grande com a produção da vida, das relações e dos afetos de indivíduos, grupos e coletivos. Sua posição é estratégica para projetos que visam o governo da vida e a disciplinarização dos corpos. As forças da biopolítica e biopoder disputam a produção de valores orientadores de hábitos e comportamentos, sendo o texto da política, quando utilizado como prescrição de modos de viver, um poderoso instrumento de controle da vida pelo Estado em seus diferentes braços.

O campo de disputas pela construção do modelo organizativo da atenção nos municípios de Bauru, Campinas e Santos, possibilitou enfrentamentos em múltiplos lugares de produção, tensionando estratégias desenhadas pelo encontro e comprometidas com a produção

de vida das pessoas. Posteriormente, como efeito da formulação do texto oficial, se fabricou uma normalização importante das práticas. Obscurecer o campo vivo das disputas foi dispositivo para um empobrecimento do debate e das experimentações.

Como consequência disso, a inventividade perdeu força diante da normalização e regularidades fabricadas a partir do texto e dos dispositivos das políticas. Ainda que a força-valor normalização tenha conquistado tamanho impacto, os valores produzidos pelas experimentações municipais seguem vigentes, constitutivos das disputas sustentadas no cotidiano de muitas equipes em muitos territórios.

Os arranjos inventivos resistem no cotidiano, sustentados pelas força-valores direito à saúde e direito à vida. Ainda que sob ataques, esse campo não está derrotado dentro da arena de disputas, que se atualiza a todo momento, e que permanece produzindo no encontro sua potência ao se somar à força de produção de resistência de trabalhadores, usuários, diferentes disciplinas e movimentos sociais. A disputa, portanto, está posta o tempo todo.

Referências Bibliográficas

- BALL, S. J. Educational reform: a critical and post-structural approach. Buckingham: Open University Press, 1994a. _____. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. In: BALL, S.J. (Ed.). **Education Reform: a critical and poststructural approach**. London: Open University Press, 1994. cap. 2, p.14-27
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. SOBRE POLÍTICA (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas. In **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.03, jul-set. 2004
- BORGES, C. F; BAPTISTA, T. W. F; MATTOS, R. A. Um ensaio sobre a ideia de Reforma Sanitária brasileira. In. GUIZARDI, F. L. (Orgs). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In. Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009
- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma - Repensando a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992
- CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. 1. ed. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.
- CAMPOS, F, C. B, et. al. **Contra a maré à beira-mar**. São Paulo: Hucitec, 1997

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão - Trabalho médico e o Programa Saúde da Família.** 2003. Tese - UNICAMP CAMPINAS, São Paulo, 2003

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados.** v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, 1980

CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO (COSEMS/SP). **25 anos SUS e COSEMS/SP: Da constituinte 1988 ao decreto 7.508/2011,** 2013. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2017/11/25-Anos-1.pdf> Acesso em: 24 mar 2021

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA: saúde para todos nos anos 2000, 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm Acesso em 20 Jan 2019

DELEUZE, G. **Conversações.** 2 ed. São Paulo: Editora 34, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - comunicação, saúde, educação,** v.9, n.18, p.489-506, set/dez, 2005

FEUERWERKER, L. C. M. A produção do SUS como política. Os modos de fazer política marcando a produção do SUS. In MERHY, E. E. et al (orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis, 2016

FEUERWERKER, L. C. M. Da Atenção Básica à Atenção Primária - do cuidado integral territorializado à focalização médico-centrada no SUS. AMAP, PMAQ e remuneração por “resultados”. In AKERMAN, M. (Org). **Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação**

e pesquisa na APS: perspectivas, avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2020

FRANCO, T. B.; BUENO, W, S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v.15, n.02, p.345-353, abr/jun, 1999

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** 5.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 24.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos Saúde Pública**, v. 06, n. 02, April/June, 1990

GOHN, M.G. **Teoria dos Movimentos Sociais – Paradigmas Clássicos e Contemporâneos.** Edições Loyola. São Paulo: 1997

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil.** 1. ed. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998

JUNIOR, A. G. S. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998

JUNQUEIRA, L. A. P. **Mudança uma causa compartilhada: do ERSa ao SUS.** 1996. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1996

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. **Rev. Adm. Públ.**, Rio de Janeiro. 24(4): 7-25, ago-out. 1990

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2016

MAYNART, W. H. C. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.** 27(4): 300-3, ago-out. 2014

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo. 7: 433-46, 1973

MATIAS, M. M. M. **Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil: uma análise de bastidor.** 2020. Tese - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020

MELLO, G. A.; IBÁÑEZ, N.; D'ÁVILA VIANA, A. L. Um olhar histórico sobre a questão regional e os Serviços Básicos de Saúde no Estado de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 04, p. 853-866, 2011

MERHY, E. E, et al. **O trabalho em Saúde - olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva, 2003

MERHY, E. M. et al. Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em debate**, v. 43, n. esp. Rio de Janeiro. Jul 10, 2020

MERHY, E. E; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.177-184, abr/jun, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **3ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília:DF. Anais/3ª Conferência Nacional de Saúde; promovido pelo Ministério da Saúde Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília:DF. Anais/8ª Conferência Nacional de Saúde; Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987

MIRANDA, A. C.; CASTRO, H. A.; SOUTO, L. R. F. Democracia, direitos humanos, desigualdade e saúde: que caminhos trilhamos? **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v. 42, n.

ESPECIAL 3, P. 4-9, Nov 2018

MOREIRA, L. C. H. **Reflexões sobre clínica e cuidado no Programa Médico de Família de Niterói a partir da com-vivência no território.** 2010. Tese - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

MÜLLER NETO, J. S. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa.** 2010. 321 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010

NEWELL, K. W. Selective primary health care: the counter revolution. **Soc Sci Med** 1988; 26(9):903-906

NIETZSCHE, F. **A genealogia da Moral.** São Paulo: Editora Escala, 2005

PALUDO, C. **Educação popular: Brasil anos 90: para além do imobilismo e da crítica, a busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático e popular.** (Tese de doutorado) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de PósGraduação em Educação, Porto Alegre, BRRS, 2000.

PIMENTA, A. L. **Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão.** 2006. (Tese de doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(7):2135-2144, 2017

ROVERE, M. Atención Primaria de la Salud en Debate. **Saúde em Debate**, v.36, n. 94, p. 327-342, jul/set, 2012

_____. Respuesta a los comentaristas. **Saúde em Debate**, v.36, n. 94, p. 358-361, jul/set, 2012

SANTOS, N. R. "Novo capítulo da estatização da medicina" ou "velho capítulo da mercantilização da saúde"? 15 mai. 1988. 7p. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/handle/prefix/147>> Acesso em 17 Jan 2021

SCHRAIBER et al. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva, 1990

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo. Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva, 1996

SILVA Jr. A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - O debate no campo da saúde coletiva**; Hucitec, São Paulo, 1998

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

SUNDFELD, A. C. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo**. 2016. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2016

TRIANA, A. Z. **Sistemas Locais de Saúde: uma via para o Sistema Único de Saúde? O caso de São Paulo 1989-1992**. 1994. Dissertação - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1994