

**CLÁUDIA HAUSMAN SILVEIRA**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
um estudo de caso no município de  
Joinville – Santa Catarina**

**CURITIBA  
2000**

**CLÁUDIA HAUSMAN SILVEIRA**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
um estudo de caso no município de  
Joinville - Santa Catarina**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Área de Concentração em Sociologia das Organizações, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.**

**Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia**

**CURITIBA**

**2000**



## PARECER

Os Membros da Comissão Examinadora designadas pelo Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Sociologia, para realizar a argüição da Dissertação da candidata **CLAUDIA HAUSMAN SILVEIRA**, sob o título "Programa de Saúde da Família: um estudo de caso no município de Joinville (SC)", para obtenção do Título de Mestre em Sociologia, após haver realizado a atribuição de notas são de Parecer pela ~~APROVADA~~..... com conceito ".....A....." sendo-lhe conferidos os créditos previstos na regulamentação do Curso de Pós-Graduação em Sociologia, completando assim todos os requisitos necessários para receber o **Título de Mestre**.

Curitiba, 18 de abril de 2000.

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior

Prof. Dr. José Miguel Rasia (orientador)

Profª Drª Maria do Carmo Marcondes Brandão Rolim

*Sonho que se sonha só  
É sonho só,  
Sonho que se sonha junto  
É realidade.*

**Raul Seixas**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Miguel Rasia, por ter compreendido meu ritmo de trabalho e ter tido a sensibilidade de me apoiar sempre com muita sabedoria. Um exemplo a ser seguido.

Aos professores do Mestrado de Sociologia, pela paciência com que me mostraram novas possibilidades de produzir conhecimento em Saúde. Foram verdadeiros mestres.

À disponibilidade e apoio recebido de todos aqueles envolvidos com o Programa de Saúde da Família de Joinville, desde os níveis diretivos da Secretaria Municipal da Saúde, passando pelas equipes, que sempre receberam com paciência e entusiasmo os momentos de coleta de dados, até os usuários dos serviços através de suas lideranças. Por isso, o respeito e admiração por essas pessoas que lutam cotidianamente para construir um setor de saúde digno de todos os cidadãos joinvilenses precisa ser evidenciado, e é com esse respeito e com o espírito de contribuir na realização dessa tarefa que são tecidas as considerações deste trabalho.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>O SISTEMA DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA</b> .....	10
1.1 A SAÚDE E AS CIÊNCIAS SOCIAIS .....	10
1.2 FALANDO DE MODELOS.....	24
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	40
2.1 ANTECEDENTES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	40
2.2 A PROPOSTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	49
2.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOINVILLE (SC): UM CASO ESPECÍFICO.....	54
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>ALCANCES E LIMITES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	69
3.1 SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMA OU ESTRATÉGIA? .....	69
3.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDE CONVENCIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	75
3.3 O DUPLO CARÁTER DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	82
<b>CONCLUSÃO</b> .....	93
<b>ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO NÍVEL CENTRAL DA SECRETARIA DA SAÚDE DE JOINVILLE</b> .....	99
<b>ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO NÍVEL LOCAL DA SECRETARIA DA SAÚDE DE JOINVILLE ( EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA)</b> .....	100

<b>ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS REPRESENTANTES DA POPULAÇÃO DE JOINVILLE ATENDIDA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO 4 - MAPA DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE COM A DISTRIBUIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>103</b>

## RESUMO

No processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) através da municipalização, o Ministério da Saúde propõe um Programa, denominado Saúde da Família, que pretende ser uma estratégia capaz de mudar o modelo de atenção básica no setor público. Através do estudo de caso da implantação e implementação deste programa em Joinville, em Santa Catarina, buscou-se identificar seus alcances e limitações, sua articulação com os demais níveis de atenção que compõem o Sistema Municipal de Saúde daquele município, bem como seu potencial transformador. Conclui-se, com o estudo, que embora o Programa Saúde da Família não reorienta o modelo de assistência à saúde, potencialmente constitui uma proposta capaz de alterar de forma positiva as práticas sanitárias, desde que o cenário conjuntural assim o permita. Este trabalho integra a linha de pesquisa Identidade, Imaginário e Cultura nas Organizações.

## **ABSTRACT**

Over the Unified Health System (SUS) construction in Brazil, through a decentralization process towards municipal level, the Ministry of Health proposed a program called Family Health Program, which intended to consolidate a strategy capable to change the health care model throughout the public sector. Though a case study in Joinville, where this program has been implanted and developed, I tried to identify its strengths and limitations, and its relationship with other health care levels that compose the Municipal Health System of the above mentioned city, as well as its capacity to promote change. Thus, I concluded in this study that, even though the Family Health Program does not re-orientated the health care model, it can potentially be a proposal capable to change, in a positive way, the sanitary practices, as long as the political and cultural conjuncture allows it. This work is part of the research cluster of identity, imaginary and culture of the organizations.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde, vem se constituindo em uma prática bastante recente nos municípios brasileiros. Sua fundamentação teórica tem alicerces importantes na regionalização e no planejamento local em saúde dentro da vertente estratégica. Atualmente, os municípios buscam a melhor maneira de adequar-se a tal formulação, encontrando sérias dificuldades a serem transpostas, tanto organizacionais, gerenciais, financeiras ou em termos de disponibilidade de pessoal conceitual e tecnicamente apto a desenvolver novas práticas.

É importante lembrar que o Brasil pós-ditadura tem tentado reconstruir suas instituições públicas, readequando-as a uma situação mais participativa. A dura realidade de organizações centralizadoras, sucateadas nos seus recursos financeiros, materiais e humanos, administrativamente rígidas e mal gerenciadas durante anos, exige quase que uma “força sobrenatural” daqueles que se propõem tal tarefa.

Na área<sup>1</sup> da saúde, após a Constituição de 1988, o setor público tem assumido como estratégia para a construção e consolidação do SUS a municipalização da saúde, transferindo ao município a responsabilidade pelo gerenciamento do sistema local e pela prestação dos serviços. Tal empreendimento é bem mais complexo do que pode parecer e constitui um tema muito amplo de estudo. Os municípios têm reagido das mais diferentes formas a este desafio de ordem econômica, política, social e cultural. Alguns poucos negam-se a entrar no sistema (mesmo contrariando a Constituição); uma ampla maioria, apesar de explicitar adesão ao projeto, na realidade avançou muito pouco, e alguns outros

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, as palavras *área* e *setor* são utilizadas como sinônimos.

municípios chegaram a um estágio importante de desenvolvimento de seus Sistemas Municipais de Saúde.

Além de delinear qual o sistema desejável, os municípios brasileiros precisavam definir qual o método que entendiam capaz de permitir sua construção e que também ajudasse a flexibilizar e readequar as estruturas burocráticas à nova formulação. Algumas experiências foram assessoradas, inicialmente, pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS), organismo ligado à Organização Mundial de Saúde (OMS), com sede em Brasília, e que tiveram o aporte metodológico do Planejamento Estratégico no desenvolvimento de seus trabalhos.

É fundamental lembrar que este aporte metodológico, fornecido primeiramente às instituições públicas de saúde, em alguns casos também foi posto à disposição das organizações não-governamentais que, de alguma maneira, encontravam-se vinculadas aos Conselhos de Saúde,<sup>2</sup> fossem locais, municipais ou estaduais.

O acompanhamento do processo de regionalização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (1992-1994), o trabalho de assessoria na forma de oficinas às Secretarias de Saúde de Paranaguá (1992), Toledo e Assis Chateaubriand, no interior do Paraná (1993), e de Joinville em Santa Catarina (1995-1999), e o conhecimento de outras experiências, através de literatura e seminários, a respeito de processos semelhantes ocorridos em outros municípios brasileiros, apontam a necessidade de um embasamento maior, através do desenvolvimento de sistemas de informação em saúde mais efetivos e maior produção de conhecimento na área.

Empiricamente, o que se observa é que os municípios que conseguiram avançar e que têm maior autonomia, em relação ao nível federal, no gerenciamento

---

<sup>2</sup> Criados pela Lei nº 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências Intergovernamentais, podem ser municipais, estaduais ou federal. Os conselhos estaduais e municipais são compostos por representantes da sociedade civil (50%), representantes do setor privado de saúde (25%) e representantes do setor público de saúde (25%). Os presidentes dos conselhos, que são deliberativos, normalmente são os Secretários estadual e municipal de saúde, respectivamente.

de seus recursos para a saúde têm apresentado melhorias significativas nos seus principais indicadores de saúde.

É a partir de 1995 que se começa a falar de forma mais significativa no Programa de Saúde da Família. Nesse ano, o município de Joinville (SC) solicita assessoria ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesco/PR)<sup>3</sup> na área de planejamento. O processo de oficinas desencadeado visava capacitar, na área gerencial, um grupo de profissionais que conduzia as políticas institucionais e, dentre elas, a implantação do Programa de Saúde da Família naquele município.

Em 1997, o Núcleo de Estudos em Saúde da Família (Nesf)<sup>4</sup> trabalhava no Paraná, junto à Universidade Federal (UFPR), na elaboração do currículo de um Curso de Especialização nesta área. A partir de então e das aulas ministradas no curso desenvolvido em 1998, intensificou-se o meu interesse de aprofundar o tema. Para culminar este processo, também no ano de 1998 o município de Joinville, através do Pólo Regional de Capacitação de Santa Catarina, volta a solicitar ao Nesco assessoria no sentido de capacitar suas equipes do Programa de Saúde da Família. Naquele momento, isto significava um contingente de 135 trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde pública. Foi proposta a realização de oficinas de Planejamento que, dentro de um enfoque estratégico, buscassem abordar temas conceituais que fundamentassem e instrumentalizassem para a organização dos serviços e a readequação dos processos de trabalho necessários ao funcionamento do Programa de Saúde da Família em Joinville. A metodologia de trabalho de cada oficina desenvolvida teria a duração de 56 horas, distribuídas em 24 horas (3 dias) em uma semana e 32 horas (4 dias) na semana seguinte, sempre com 8 horas por dia de trabalho. Seriam

---

<sup>3</sup> O Nesco é uma instituição sem fins lucrativos, que nasce em 1984 vinculado às Universidades Estaduais do Paraná. O Núcleo visa integrar ensino, pesquisa e serviço, e se autofinancia prestando serviços de assessoria ao setor público de saúde.

<sup>4</sup> O Nesf é um espaço criado a partir de 1997 junto à UFPR com o objetivo de congregiar todas as instituições públicas e privadas que tenham interesse em produzir e divulgar conhecimento a respeito do tema Saúde da Família.

utilizados diversos textos de apoio, dinâmicas de grupo, fitas de vídeo, exposição dialogada, leitura e trabalho em grupo e debates em plenária que conduziram à construção de diversos conceitos, soluções e propostas coletivas.

As turmas não deveriam ter mais que trinta participantes, o que, embora não inviabilizasse o trabalho, poderia trazer perdas qualitativas a sua realização.

Essa proposta de trabalho exigia também um espaço físico adequado, uma vez que os trabalhos em grupo necessitam de local próprio para o desenvolvimento das atividades, bem como a presença de dois monitores para sua condução e orientação.

O público-alvo seriam as equipes de saúde do Programa de Saúde da Família de Joinville. Aqui estão incluídas todas as categorias profissionais, com suas diferentes escolaridades, com o que se buscava diminuir as diferenças e uniformizar conceitos. Julgou-se imprescindível que os níveis intermediários de gerência participassem juntamente com as equipes. Quanto aos níveis diretivos da instituição, sua presença seria muito importante no sentido de reforçar e evidenciar a vontade política institucional, além de propiciar um sentimento de aproximação salutar que ajuda a desconstruir a idéia de “nós” e “eles” dentro da instituição.

A viabilização desse trabalho deu-se através de um convênio de cooperação técnico-científica que o Departamento de Saúde Comunitária da UFPR mantém com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Por outro lado, desde 1995 o Nesco mantém vínculo de assessoria com a Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, que, entendendo o aporte teórico metodológico e o alcance da proposta das oficinas, decidiu oportunizá-la às equipes, gerentes regionais e nível central da Secretaria. O financiamento das quatro oficinas foi garantido pelo Núcleo do Pólo Regional do qual Joinville faz parte e que dispõe de recursos para ser utilizados em capacitação de recursos humanos para o Programa de Saúde da Família.

Em 1997, institucionalizando na instância federal os pressupostos da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 na direção da construção do SUS, o Ministério da Saúde publica um material com o título *Saúde da*

*Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, no qual afirma o entendimento do Programa de Saúde da Família como “uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. [...] que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde [...] que visa à reversão do modelo assistencial vigente”. (BRASIL, Ministério..., 1997, p.8)

Em 1999, o Ministério da Saúde publica uma portaria que regulamenta o financiamento de dez Pólos de Capacitação e Formação para o Programa de Saúde da Família em todo o Brasil, exigindo, para tanto, a parceria entre as faculdades de Medicina e Enfermagem com a Rede Pública de Saúde.

A possibilidade de uma vivência prática, aliada à experiência acadêmica já citada, foi um enriquecimento valioso para a realização desta dissertação.

Ao se pensar no Programa de Saúde da Família como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde, fica evidente a necessidade de um instrumental que possa incorporar as diretrizes do SUS e que permita às equipes locais organizar seus processos de trabalho em consonância com os conceitos que fundamentam o distrito sanitário, espaço operativo de construção do sistema de saúde.

Apesar de ser um programa do Ministério da Saúde e, portanto, mais uma ação verticalizada, o PSF apresenta um grau de amplitude que permite a incorporação de necessidades loco-regionais. Seus objetivos fazem do território-processo, entendido como um espaço social construído dinamicamente pelo modo de viver dos diferentes grupos sociais, o espaço, também, de intervenção das equipes do Programa.

Na medida em que esta intervenção acontece nos domicílios, o contato das equipes de saúde com a população torna-se mais estreito e permite que a percepção sobre os problemas de saúde a serem enfrentados se aproxime.

A família e seu espaço social são eleitos como núcleo básico de

abordagem no atendimento à saúde. Segundo Boudon e Bourricard (1993), a família é uma das instituições características da sociedade humana em que se constrói um conjunto de relações entre seus membros, cônjuges, parentes e associados, e entre o sistema constituído por olos o os outros subsistemas da sociedade (especialmente econômico e político). O vínculo familiar é inseparável dos sentimentos e funciona como um regulador das relações, incorporando regras, crenças e valores vigentes para o grupo social ao qual a família pertence. Também os fatores de risco aos quais a população encontra-se exposta são percebidos pelas equipes e tratados de forma conjunta, levando em conta seus aspectos culturais e valorativos, podendo ou não constituírem ações intersetoriais.

A apropriação do território por parte da equipe e o enfoque por problemas de saúde enfrentados levam à necessidade de um reordenamento das práticas sanitárias nos sistemas municipais de saúde. As práticas sanitárias das equipes do PSF devem ser resolutivas, respeitando a integralidade e a humanização das ações e, ainda, precisam democratizar o conhecimento, fazendo com que a saúde seja reconhecida como um direito à qualidade de vida, estimulando o exercício do controle social.

Dessa forma, se o PSF estiver implantado e funcionando em um determinado município, pressupõe-se que localmente:

- a) haja equipes multiprofissionais trabalhando em um território-processo, realizando visitas domiciliares e prestando assistência integral, contínua e resolutiva;
- b) as equipes realizem um diagnóstico de saúde da comunidade e intervenham sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, buscando parcerias e ações intersetoriais quando necessário;
- c) exista um sistema de informações que permita acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, incluindo um cadastro das famílias residentes na área, e que alimente o processo de planejamento e programação local em saúde;

- d) as unidades de Saúde da Família atuem de forma complementar a um sistema municipal hierarquizado, mantendo a referência e contra-referência das ações;
- e) as equipes de saúde sofram um processo de educação continuada em serviço que, em muitos momentos, envolve a população e/ou as lideranças comunitárias da área de abrangência da unidade;
- f) haja um vínculo entre profissionais e população que confira credibilidade ao PSF, ajude a organizar melhor os serviços, democratize o saber e o entendimento da saúde como direito e, conseqüentemente, favoreça o controle social sobre a Secretaria Municipal da Saúde.

Este trabalho partiu da hipótese de que o Programa de Saúde da Família seria capaz de realizar uma reorientação do modelo de assistência à saúde no município, mudando práticas sanitárias e compartilhando responsabilidades, desde que os pressupostos acima fossem total ou parcialmente implementados, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para identificar os pressupostos descritos, este estudo procura apreender como está sendo implantado e implementado o PSF em Joinville e se tal programa tem conseguido reverter o modelo de atenção à saúde no município. Tais mudanças devem ter apresentado como conseqüência a melhora dos serviços prestados e dos indicadores de saúde da população usuária desses serviços, ou seja, espera-se que haja ocorrido um salto qualitativo na atenção à saúde.

Daí a necessidade de um trabalho de campo, aqui representado por um estudo de caso. Pois assim como o conhecimento não brota espontaneamente, a possibilidade de formular um problema intelectualmente está vinculada a sua existência na realidade, de forma empírica, localizado historicamente em determinado grupo social.

O trabalho de campo, na pesquisa social qualitativa, é composto fundamentalmente por duas categorias. A entrevista, que Minayo (1996, p.107) diz

“fazer parte da relação mais formal do trabalho em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da FALA dos atores sociais” e que foi utilizada conforme os roteiros que constituem os anexos 1, 2 e 3 deste estudo, e a Observação Participante, definida pela mesma autora como “o momento que enfatiza as relações informais do pesquisador no campo” (p.107) e que aconteceu durante a realização das oficinas já mencionadas, em que os profissionais se manifestavam constantemente.

As entrevistas foram realizadas com quatro equipes que trabalham em Postos de Saúde da Família, o que representa 18,2% das 22 equipes existentes. Em cada equipe foram entrevistados um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e um agente de saúde pública, além de um líder comunitário. Também foram entrevistados o Secretário da Saúde, a chefe da Divisão de Assistência à Saúde, a coordenadora do PSF e dois coordenadores regionais, todos vinculados ao nível central da Secretaria da Saúde, totalizando 25 entrevistas.<sup>5</sup>

É a partir da observação da realidade, no que concerne à implantação do PSF nos municípios, em contraponto com a fundamentação teórica e metodológica do Programa, que se pensa na necessidade deste trabalho, reforçada pela pouca produção de conhecimento que reflita de forma mais aprofundada a situação dos municípios brasileiros nesta área.

Este estudo pretende verificar como o Programa de Saúde da Família se articula ao Sistema Único de Saúde, bem como caracterizar a implantação do Programa através do estudo de caso no município de Joinville, identificando seus alcances e limitações.

A dissertação divide-se em três capítulos. O primeiro faz uma reflexão teórica sobre o Sistema de Saúde no Brasil. Primeiramente, por meio de uma aproximação teórica e conceitual entre as ciências sociais, a saúde coletiva e o seu

---

<sup>5</sup> Por uma questão de ética, os entrevistados não terão seus nomes citados no corpo do trabalho, exceção feita às autoridades quando nominadas ao se caracterizar períodos de gestão.

instrumental transformador, o planejamento estratégico em saúde – entendido aqui como uma possibilidade de intervenção na realidade, mas não a única. Assim sendo, realizou-se um levantamento bibliográfico que permitiu evidenciar a fundamentação teórica enfocada e sua relação na construção do objeto de pesquisa, uma vez que este é uma representação da realidade construída pelo pesquisador em função da sua “visão de mundo”. Parte-se da idéia de que a formulação de uma pergunta implica a necessidade de algum tipo de informação sobre sua resposta. Em segundo lugar, a reflexão deu-se através da revisão do conceito de modelo assistencial em saúde e do seu desenvolvimento no País.

No segundo capítulo buscou-se caracterizar o Programa de Saúde da Família propriamente dito. São abordados os antecedentes históricos que convergiram para a sua construção e, em seguida, apresenta-se a proposta do Programa tal como o Ministério da Saúde o tem divulgado para os municípios. Ainda neste capítulo, mostra-se o caso específico de Joinville, em que se traz a história da implantação, implementação e situação atual do Programa no município.

No terceiro capítulo identificam-se as possibilidades transformadoras do PSF, bem como suas limitações, incorporando depoimentos de dirigentes, técnicos e usuários do serviço, que interpretam esses alcances e limites. Discute-se sua natureza – se se trata de programa ou estratégia –, identifica-se sua relação com a rede convencional de atenção à saúde existente anteriormente e volta-se para o aspecto das possibilidades políticas do Programa, seus conflitos, contradições, seu duplo caráter e os fatores condicionantes para que se transforme em política de saúde.

Na conclusão, são tecidas algumas considerações que têm o intuito de servir como alerta e estímulo à reflexão sobre as correções de trajetória necessárias para que o Programa de Saúde da Família constitua uma proposta transformadora para o setor público de saúde.

## CAPÍTULO 1

### O SISTEMA DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

#### 1.1 A SAÚDE E AS CIÊNCIAS SOCIAIS

Jeffrey Alexander, em seu trabalho *O Novo Movimento Teórico* (1987), fala do surgimento de duas linhas básicas de produção teórica para combater o funcionalismo<sup>6</sup> no pós-guerra. Uma dessas linhas é a das macroteorizações, que enfatiza o papel coercitivo das estruturas no comportamento individual e coletivo; a outra é a das microteorizações, que centraliza a negociação individual, conferindo um caráter mais contingencial à ordem social.

O dilema de optar por uma ou outra se faz presente no debate em saúde coletiva e, mais especificamente, nas discussões sobre a organização das instituições públicas de saúde. Há uma tendência histórica nesta área de conhecimento em trabalhar com categorias macrossociológicas de análise. Mas como analisar estruturas tais como o Estado, Instituição, Categorias Profissionais ou Movimentos Sociais sem desvendar o que acontece no seu interior, como são determinados seus arranjos, acordos e jogos de interesse?

Os anos 60 e 70 foram muito produtivos no desenvolvimento da microsociologia, que se colocava como alternativa à macrossociologia no estudo do mundo moderno. No trabalho citado, Alexander faz referência a algumas linhas de pensamento, comentadas a seguir.

Goffman, talvez o mais importante representante do interacionismo simbólico,

---

<sup>6</sup> Variante do positivismo sociológico, cujos representantes são Merton, Parsons, Radcliffe-Brown e Malinowski. Esses autores diferenciam-se de Comte e Durkheim por negarem a existência de leis gerais que regem a sociedade como um todo. Seus conceitos centrais são: sistema, subsistema, estrutura, função, adaptação, integração, desvio, consenso, etc. O sistema social é entendido como um organismo vivo cuja estrutura permanece e se revigora no movimento funcional. Nele as mudanças sociais não atingem as estruturas; ocorrem na superestrutura com a função de adaptação e manutenção do *status quo*. (Minayo, 1996)

procura explicar o comportamento institucional como originado nas relações individuais, onde ocorre a manipulação de cada um frente aos papéis estruturados socialmente.

Berger e Luckmann, em 1966, propõem uma alternativa teórica e metodológica que radicaliza na proposta de construir uma sociologia oposta aos pressupostos da macrossociologia. Em *A Construção Social da Realidade* não há uma realidade a ser estudada, mas sim uma realidade a ser construída socialmente; desse modo, o sociólogo não deve estudar as instituições e as macroestruturas independentemente da realidade construída pelos indivíduos. A vida cotidiana, para estes autores, é partilhada com outros e a linguagem é fundamental. O mundo da vida cotidiana é estruturado de forma espacial e temporal, podendo ser apreendido num contínuo de tipificações que se tornam anônimas à medida que se afastam do “aqui e agora”. Seu método é o comentário e, neste sentido, é situacional.

Giddens propõe superar o vazio explicativo entre atores humanos e o nível institucional através da “hermenêutica dupla”, em que agente e estruturas se constituem mutuamente. O nível micro é o da ação humana da qual são tiradas as normas e os recursos que a constituem e qualificam, não existindo anterioridade do sistema sobre a ação. Em função da reflexividade da atividade humana elabora uma teoria de “estruturação” (Alexander, 1987) que busca relacionar contingência, estrutura material e normas.

Habermas entende que as macroestruturas da sociedade fazem parte dos mecanismos de ação individual e as experiências cotidianas do mundo da vida são formas de ação comunicativa. Para ele, a complexificação do mundo dos sistemas está interferindo no mundo da vida e impedindo a ação comunicativa entre os homens.

Collins (1988) diz que “micro e macro não podem ser tomados como categorias absolutas, mas como pólos de um contínuo”; os níveis de análise podem ser mais macro ou mais micro, dependendo do olhar. Apesar de criticar a distorção permitida pelas grandes categorias da macrossociologia, também vê problemas na forma desideologizada que as microanálises podem assumir, entendendo-a como

uma questão teórico-metodológica superável. A questão que se coloca é: como ser científico sem perder o entendimento das estruturas que determinam e condicionam a ação individual e, ao mesmo tempo, conseguir objetivar as escolhas individuais cotidianas que, por sua vez, determinam e condicionam as estruturas? Segundo Bourdieu (1988), a interioridade exige o conhecimento da exterioridade para ocorrer. É na reflexão científica e nos processos de construção das representações objetivas que descobrimos a estrutura de pensamento que as norteou.

### Segundo Minayo:

A relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa a teoria, que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação. A teoria domina a construção do conhecimento através de conceitos gerais provenientes do momento anterior. Seu aprofundamento, de forma crítica, permite desvendar dimensões não pensadas a respeito da realidade que não é evidente e que não se dá: ela se revela a partir de interrogações elaboradas no processo de construção teórica... (1996, p.92)

A imagem de cientificidade é construída com elementos normativos através dos quais a pesquisa interroga a realidade. Cabe à Epistemologia demarcar a prática científica e analisar o processo de objetivação desta realidade. Portanto, o problema que nos aflige é epistemológico.

Para Alves (1995), o conhecimento científico sempre vivenciou a tensão entre o racionalismo e o empirismo; trata-se, fundamentalmente, da forma como é concebida a relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento. Este dilema não tem impedido, no entanto, que a pesquisa social se desenvolva e aperfeiçoe seus métodos de autocontrole dentro de um conjunto de idéias reguladoras ou parâmetros científicos.

Ao se tratar de cientificidade é preciso discutir o processo de objetivação na pesquisa social. Ainda para Alves (1995, p.66), “a objetivação do conhecimento científico é a arrumação de uma rede conceitual que possa dar conta do real, explorá-lo, expressá-lo de forma fundamentada e adequada”. Desta forma, é fundamental a semântica para a apreensão racional de um objeto, integrando-o a um esquema operacional. O campo semântico tem a ver com a formalização ou conceitualização de

uma pesquisa. O grande desafio é objetivar um conhecimento a respeito de uma realidade na qual o homem é sujeito da ação, onde se coloca o embate entre a faticidade objetiva da sociedade e o significado subjetivo da ação humana.

Apesar do entendimento mais recente desta complementaridade, a exemplo de Collins muitos teóricos das ciências sociais os têm tratado como opostos e antagônicos, originando duas perspectivas analíticas. Uma delas é estrutural, macroanalítica, chamada de sistêmica, e a outra é microanalítica, subjetivista, denominada de compreensiva (Alves, 1995). A análise social no campo da saúde tem se apoiado historicamente na primeira.

A teoria sistêmica privilegia proposições que podem assumir um “status de cânone” (Alves, 1995) por pressupor grandes sistemas de idéias que padronizam as experiências reais dos atores sociais, explicando o objeto de estudo por meio da estrutura dos sistemas. Esta teoria não descarta o elemento empírico, mas os fenômenos sociais só se tornam reais quando apreendidos intelectualmente.

É preciso compreender que a sistematização de estudos das ciências sociais em saúde data da década de 60 e início dos anos 70. Este movimento não é aleatório; o regime de exceção que se instalara no País leva à necessidade de explicar a realidade desde uma perspectiva que ultrapassasse as ciências naturais. Integrantes do movimento sanitário multiplicam experiências de trabalhos com a participação da comunidade local e, posteriormente, dos movimentos sociais, assim como a capacitação de profissionais que iriam formar a “massa crítica” capaz de semear idéias e produzir mudanças na realidade. É desta forma que o aporte das ciências sociais para a saúde ocorre através das teorias marxistas e de seus seguidores mais contemporâneos, tratando da relação entre o processo saúde/doença, classe social e o Estado.

Na década de 90, a situação política do Brasil mudou. O setor saúde, hoje, constitui-se em um campo<sup>7</sup> onde avanços e retrocessos são negociados

---

<sup>7</sup> No sentido utilizado por Bourdieu (1983).

cotidianamente. Ainda que fatores estruturais condicionem essas negociações, eles não são os únicos determinantes na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a maior prova disto é o capítulo relativo à saúde na Constituição Federal. Apesar de ser considerado um dos mais avançados do mundo, sua implementação tem mostrado a real importância das perdas ocasionadas pelas alianças políticas necessárias à sua aprovação. O movimento sanitário alicerçava-se no apoio dos partidos de esquerda; os partidos de centro e aqueles que, explicitamente, eram de direita, apoiavam o setor privado da saúde. Esta questão nos aponta a luta pela hegemonia na saúde, uma vez que durante todo o período da ditadura militar o setor privado foi financiado pelo Estado. É o fracasso deste modelo, no sentido de alterar o perfil epidemiológico da população, que abre espaço para a construção de uma contra-hegemonia. O Estado precisa recompor suas alianças.

Gramsci, teórico marxista italiano, explica do seguinte modo essa relação:

A hegemonia pressupõe que se tenham em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais esta hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa, mas não há dúvida também de que tais sacrifícios e tal compromisso não podem dizer respeito ao essencial... (1974, p. 303)

Gramsci afirma ainda que, em diferentes medidas, todos os três poderes são também órgãos da hegemonia política. Ou seja, as incoerências internas do projeto constitucional são fruto do embate da classe dominante com as forças progressistas do setor saúde no sentido da manutenção da sua hegemonia. Isto não quer dizer que não houve avanços. As incoerências também são fruto do avanço que se construiu nas brechas da luta política em um momento em que as reivindicações populares contavam com a força do término do regime de exceção.

Segundo Nogueira (1988), as idéias de Gramsci começam a ser divulgadas no Brasil no momento em que se concretizava a crise econômico-social dos anos 70-80 e que se construía o processo democrático brasileiro de abertura. Este último, sempre dificultado pela “capacidade de reprodução do regime autoritário”. (p.133)

Nogueira lembra também que as idéias de pensadores italianos ganharam a simpatia da esquerda e a atenção geral entre 1976 e 1982. Entre outros autores,

Gramsci ajuda a revitalizar uma esquerda desmantelada pela violência ditatorial e pela agressiva modernização capitalista do País e Giovani Berlinguer inspira o Movimento Sanitário brasileiro na luta pela redemocratização da saúde.

Conceitos tais como situação, ator coletivo, consenso, alianças, negociações, recuos táticos, conquista de posições, legitimação de saber e outros, apontados por Gramsci, acenam com uma possibilidade de combater o autoritarismo por dentro e pelas bases, sem desprezar os movimentos sociais.

Pode-se dizer que um projeto de inspiração socializante – o SUS – desenvolve-se hoje dentro de uma realidade neoliberal.<sup>8</sup>

Não por casualidade é que o enfoque estratégico do planejamento tem sido entendido como o instrumento mais adequado para as equipes de saúde organizarem suas práticas no Programa de Saúde da Família.

O planejamento estratégico chega ao setor saúde oriundo de três linhas de pensamento: a programação estratégica da Escola de Medelin, o pensamento estratégico de Mario Testa e o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus.

A programação estratégica da Escola de Medelin propunha a elaboração de programas operativos que viabilizassem, em nível local, alcançar o lema proposto na Conferência Internacional de Alma Ata (1978), “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT 2000). Tal corrente, contudo, não avançou muito. As possibilidades de concretização da proposta de Alma Ata distanciaram-se muito da realidade.

Já o pensamento estratégico de Mario Testa,<sup>9</sup> ainda que não se configure

<sup>8</sup> Ideologia que identifica o mercado como o único meio para a obtenção da liberdade econômica e política. Adquire concretude no fim dos anos 70, quando entra em crise o crescimento econômico desencadeado pelo segundo pós-guerra e pelo Estado de Bem-Estar Social. Seus principais representantes são: Milton Friedman, Von Hayec e a Escola de Chicago. Aponta a excessiva intervenção estatal como responsável pela atual crise econômica, propondo a privatização do Estado e a liberalização da economia, juntamente com o desaparecimento das políticas sociais.

<sup>9</sup> Testa, médico argentino docente na Universidade de Rosário, participou do grupo que desenvolveu o método de programação em saúde conhecido por Cendés/OPS, em 1965, e que faz uma autocrítica que o leva, posteriormente, as suas formulações teóricas. Escreve diversos trabalhos durante a década de 70 e 80, mas seu livro *Pensar em Saúde* (que circulou como rascunho em xerox, no Brasil, a partir de 1987) só vai ser editado em Porto Alegre, pela editora Artes Médicas, em 1993. Em 1995, edita, pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), *Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde*.

numa metodologia de trabalho, traz discussões de importância fundamental para a área de saúde.

Testa entende que a intervenção na realidade interessa quando pretende uma transformação social. Aborda o diagnóstico em saúde postulando um enfoque não reducionista; é fundamental o reconhecimento do social enquanto totalidade, única forma de realizar uma correta caracterização do setorial e de formular propostas que o articulem corretamente com outras formulações. Para ele, “um *diagnóstico* é a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo”. (Rivera, 1989, p.60). O planejamento global e o da saúde, em especial, apresentam três grandes propósitos: de crescimento ou reprodução, de mudança e de legitimação. Cada propósito origina um viés particular do diagnóstico. Assim, o administrativo corresponde ao crescimento, o estratégico à mudança e o ideológico à legitimação. O diagnóstico é um momento analítico, mas deve concluir-se com um momento integrador, de síntese das observações que compõem os diferentes níveis examinados.

Para Testa, o centro da problemática estratégica é o **poder**. Entende o poder enquanto exercido em organizações, e dessa forma tipifica-o. O poder pode ser técnico, referindo-se à informação; administrativo, quando se refere à orçamentação; e político quando relacionado à ideologia. Para ele **política** é uma proposta acerca da distribuição de poder e **estratégia** é a forma de implementar uma política. A ação deve ser analisada quanto a sua viabilidade e impacto na distribuição do poder dentro e fora do setor, devendo, para tanto, haver uma articulação da parte programática (ações) com a direcionalidade e coerência interna e externa do projeto.

Formula ainda um postulado, que denomina **postulado de coerência**, estabelecendo uma relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organizações ou estruturas onde os métodos são desenvolvidos.

O Planejamento Situacional de Matus<sup>10</sup> é uma proposta para a ação centrada no aumento de governabilidade. Em seus fundamentos metodológicos desenvolve um conjunto de técnicas, métodos e habilidades que permitem ao ator aumentar sua capacidade de direção, gerência, administração e controle do sistema social em pauta. Parte de uma *situação* inicial, que é a realidade explicada por um ator que nela vive em função da sua ação. Para descrever uma situação é preciso recorrer a três planos articulados de explicação da realidade: a) fenoprodução ou plano onde se produzem e explicitam os fatos; b) fenoestrutura ou plano das acumulações sociais; e c) genoestrutura ou plano das leis básicas (determinações).

Para ordenar didaticamente sua lógica, Matus recorre ao conceito de *momento* porque este não possui limites definidos de início e término, podendo compreender a idéia de simultaneidade. Assim, utiliza os quatro momentos a seguir: 1) **momento explicativo**, para analisar a situação inicial (“é”), 2) **momento normativo**, para descrever a situação-objetivo desejada (“deve ser”), 3) **momento estratégico**, para analisar a viabilidade política, econômica e organizativa das ações propostas (“como pode ser”), e 4) **momento tático-operacional**, para colocar as ações em prática, avaliando-as no que tange aos processos e resultados (“ação/avaliação”).

Para Matus (1987a, p.744), o ator social é uma personalidade, uma organização ou um agrupamento de pessoas que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular poder, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação. Estes atores apresentam uma perspectiva explicativa da situação a que Matus chama de auto-referência. Para o autor, a possibilidade de uma ação ser decidida, executada e mantida define sua viabilidade, que pode ser política, econômica ou organizativa (técnica e material).

Uma vez que o cumprimento do plano depende da luta política, é esta

---

<sup>10</sup> Carlos Matus é economista, foi ministro do Planejamento do Chile no governo de Allende, tendo escrito, na prisão, *Adiós Señor Presidente*, livro que traz os fundamentos de sua metodologia.

viabilidade que ganha maior peso, pois se existe decisão política, o recurso financeiro e organizativo é viabilizado. Matus nos lembra ainda que a realização de nosso plano indica a inviabilidade do plano de outros atores.

Ambos os autores utilizam um referencial marxista, ampliando suas construções teóricas com o aporte de outros autores que aprofundam a interpretação dialética da realidade, representados, principalmente, pelos conceitos de Gramsci e os teóricos do pensamento gramsciano. Tanto para Testa quanto para Matus a intervenção planejada na realidade deve ser de cunho libertador, ajudando a transformar conduzidos em condutores. Dessa forma, introduzem a população como um ator no espaço formal das instituições públicas de saúde.

Segundo Giovanella (1990, p.141), “Poder é uma relação social que, na sociedade dividida em classes, tem os seus fundamentos nas relações de produção e na divisão social do trabalho”. É exercido em um Estado ampliado, resultado de uma relação de forças entre classes e frações de classes. Pode ser sustentado pela repressão e pelo consentimento, pela coerção e pela persuasão. Poder é luta, é relação de controle e sujeição na luta poder-resistência, macroexercido nas relações entre classes e grupos sociais e microexercido nas relações entre pessoas. O poder social não é só poder de Estado, mas se articula ao Estado. É relação sempre desigual, presente em todas as relações sociais, com base material ou não. As relações de produção e a divisão social do trabalho determinam as relações de poder e, ao mesmo tempo, fundamentam a contradição que produz conflito.

As referências de Giovanella fazem parte de um estudo sobre o entendimento do poder em Testa, para quem pensar uma vontade coletiva – enquanto ação transformadora – significa pensar a relação de poder não apenas como repressão, mas também como ideologia. Para Testa, ideologia é uma relação dialética entre saber e prática, assim como comportamento e consciência, prática e concepção de mundo são inseparáveis. O poder, para ele, é uma categoria explicativa da realidade e o pensamento estratégico objetiva alterar as relações de poder – capacidade de uma classe social de realizar seus objetivos históricos. Mas

não é só capacidade, é também relação – cujo resultado é sempre algo novo, diferente dos interesses estritos de cada participante – que constrói a sociedade e é intrinsecamente ligada ao Estado.

Como já se mencionou, Testa considera a existência de *tipos* de poder, quando analisa os setores de atividade dos atores sociais (aqui, o setor saúde). Assim, entende por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar e manipular informação de diferentes características e, por poder administrativo, a capacidade de apropriar-se e de alocar recursos. Já o poder político é a capacidade de desencadear uma mobilização que depende, basicamente, de uma visão de realidade, de um saber, empírico ou científico. Este saber é que constrói a auto-referência identificada por Matus. Para Testa, o poder enquanto prática ideológica traduz-se como dominação (submissão de uns a outros) e como hegemonia – capacidade de viabilização de um projeto.

Para estes autores as questões relativas à distribuição do poder representam um ponto central para o planejamento estratégico, seja no âmbito das instituições governamentais ou das relações que estas estabelecem com o restante da sociedade.

A compreensão do poder como um recurso que pode ser acumulado pelos atores à medida que se legitimam pelas suas idéias faz do planejamento estratégico uma forma organizativa democrática, que permite incorporar novos atores ao processo sócio e ampliar as possibilidades de mudança frente a grupos hegemônicos.

No setor saúde, isto se traduz na abertura do setor à participação direta da população, que se constitui em ator coletivo no processo de construção dos Sistemas Municipais de Saúde, através dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É nesse sentido que o planejamento local oferece, dentro do enfoque estratégico, uma base conceitual e operacional para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde.

O conceito de diagnóstico, tal como nos aporta Testa, permite uma percepção ampliada da situação a ser modificada, dos determinantes da situação e, fundamentalmente, dos atores sociais que dela participam e das idéias que estes legitimam.

Através da Metodologia da Estimativa Rápida, uma metodologia qualitativa de origem inglesa, este diagnóstico pode ser construído por aproximações sucessivas, favorecendo o relacionamento da equipe com a população do território-processo. Transformar paisagem em dados primários e diagramar as informações em mapas constituem um inteligente processo de espacialização de dados que permite a detecção de microáreas de risco e a priorização de problemas de saúde.

A explicação de problemas priorizados através do fluxograma explicativo de Matus, ainda que de forma simplificada, permite o entendimento da determinação do problema nos diferentes níveis de explicação da realidade e, desta forma, a percepção de suas possibilidades de resolução institucionais ou fora delas.

A programação das ações resulta na análise de sua viabilidade política, econômica e organizativa, bem como na construção da viabilidade inexistente através de novas ações. Ações avaliativas de processos e de resultados permitem, ao serem programadas, as correções necessárias no arco conjuntural e a manutenção do arco direcional do plano.

Aqui cabe um alerta: apreender as técnicas de uma metodologia não garante a compreensão da lógica que a fundamenta. Pode-se utilizar o instrumental proposto por Matus e permanecer atrelado à normatividade. À medida que a vertente estratégica de planejamento reconhece o conflito gerado pela multiplicidade de atores em situação e entende o poder como um recurso de que estes atores dispõem – no sentido da possibilidade de acumulação (legitimação) deste recurso – é que ele passa a ser um instrumento capaz de mudança nas organizações públicas de saúde e, conseqüentemente, nos níveis de saúde da população.

Nesta perspectiva, o planejamento estratégico, tanto no nível local quanto nos níveis diretivos das instituições de saúde, é um instrumental poderoso para a

consolidação do Programa de Saúde da Família, não pretendendo ser “a resposta”, mas ajudando a construir aquelas que se fizerem necessárias.

Por fim, desde o início deste trabalho falou-se em sistema de saúde. É chegado o momento de buscar compreender seu significado e sua utilização neste caso. Segundo Chaves (1980), com o volume crescente de conhecimento acumulado pela ciência tornou-se necessária a especialização. O progresso da análise traz consigo a síntese, aí entendida como a necessidade de teorias holísticas que englobem todas as ciências. Bertalanfy, um biólogo, propõe uma teoria de sistemas gerais como doutrina universal de integração e organização, numa busca por princípios gerais aplicáveis a todas as ciências. Um pouco antes, Wiener, matemático e filósofo, desenvolveu uma ciência das ciências, a cibernética.

O nome tem origem grega, *kybernos*, que significa o leme do navio, no sentido de governar. Tal ciência era destinada a explicar problemas de controle e comunicação na máquina, no homem e na sociedade e, para tanto, Wiener cercou-se de uma equipe multiprofissional composta por engenheiros, médicos, cientistas sociais e outros interessados em controlar problemas dentro de sistemas físicos, biológicos ou sociais. Com o advento dos computadores, na década de 50, a cibernética coloca-se para esse autor como uma ciência multidisciplinar de sentido prático, com possibilidades de governar as atividades humanas. O avanço tecnológico dos computadores nas décadas seguintes realmente ocasionou mudanças profundas nos modos produtivos e na gerência da atividade humana, refletindo-se em todos os sistemas. Assim, a teoria dos sistemas gerais é um esforço de integração das ciências em um corpo doutrinário único, enquanto a cibernética desenvolve-se como uma ciência de controle e comunicação em sistemas gerais.

Vivemos num mundo de sistemas. Sistema pode ser definido como um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo. A idéia de sistema dá uma conotação de plano, método, ordem, arranjo. [...] Uma idéia implícita na noção de sistema é a de relação entre as partes, de modo que o todo reúne características próprias, não existentes em cada parte isoladamente; essa idéia é semelhante à idéia de Gestalt em psicologia. O sistema incluindo as partes e mais as relações entre elas torna-se uma entidade nova, não uma simples soma de partes. (Chaves, 1980, p.5)

Lembrando Durkheim, pode-se levantar a hipótese de que um sistema e, mais especificamente, o sistema de saúde, é um fato social. Da forma como os atores entendem este fato decorrem as representações sociais.

Embora não seja objeto deste estudo, é importante definir de algum modo o conceito de representação social. Moscovici (1991) a entende como a interpretação do fato social construída processualmente por uma dinâmica social, partilhada por grupos em suas trocas e interações. Assim, as representações existem tanto no **mundo** quanto na **mente** e a teoria difere da sua representação social. Segundo o autor, a teoria das representações é um bom instrumento para perceber mudanças ocasionadas por eventos externos, sendo que a dicotomia entre individual e coletivo pode e deve ser superada por uma comunicação que permita a convergência.

Segundo Tarride (1998), quando Maturana e Varela (1986) dizem que “tudo que é dito é dito por alguém”, falam da existência do observador de sistema e da sua inevitável relação com o objeto observado. Desse modo, um mesmo sistema pode parecer diferente a diferentes observadores. Poder-se-ia dizer mais: um mesmo observador fará referência ao mesmo sistema de várias maneiras, dependendo do momento.

Observa-se que o conceito de sistema compreende uma idéia de movimento associada ao processamento da realidade e seus efeitos. Portanto, os sistemas, apesar de distinguíveis uns dos outros - e de poder estar formados por subsistemas -, podem estar dinamicamente relacionados.

Assim, quando se fala em Sistema de Saúde é preciso considerar todas as relações envolvidas na sua organização e no seu funcionamento, bem como a representação disso para o corpo social, ou seja, está-se falando de um sistema aberto. A disposição para acatar diferentes formas de agir e pensar de diferentes observadores parece ser necessária para o enfrentamento de problemas de saúde determinados socialmente. Quando dessa diversidade surge um novo saber que possa ser validado pela comunidade científica ocorre aquilo que Kuhn (1982) chama de mudança de paradigma.

Aqui se depara com outra questão epistemológica: a existência, ou não, de uma verdade científica. Ainda segundo Kuhn, a validade de uma afirmação científica é dada pelo consenso obtido numa comunidade de cientistas, o que pode levar a supor a inexistência de uma única verdade científica. Porém, a cientificidade pressupõe um conhecimento racional, universal, validado pelo estabelecimento de leis e conceitos. Assim, o conceito científico teria tanto a função de referir-se à existência concreta do objeto quanto a de representar este objeto através do pensamento.

É importante compreender o que se disse acima para perceber que o reducionismo analítico do método científico não consegue explicar a complexidade geradora do processo saúde/doença e tampouco as necessidades de organização para seu enfrentamento, pois é incapaz de dar conta dos problemas relativos ao homem.

Para Tarride (1998), a forma como a saúde pública tem se organizado mostra uma discrepância entre o discurso e a realidade. Desde o pós-guerra, com larga influência do modelo americano, a saúde tem-se organizado no Brasil de forma medicocêntrica e altamente medicalizada, sendo o discurso da atenção primária à saúde uma tentativa racionalizadora que, antes de se aproximar da multiprofissionalidade e do conceito de equipe de saúde, criou uma medicina pobre para pobres.

O pensamento dominante da saúde pública deve deixar de se vincular fundamentalmente ao método epidemiológico,<sup>11</sup> em que deve ser quantificável e só o que é quantificável é verdadeiro, se quiser adquirir um caráter mais social no sentido da promoção da equidade. Uma outra forma de reducionismo enfrentada pela saúde pública é a forte explicação economicista que incorpora em relação a sua crise, segundo a qual “a crise dos sistemas de saúde é vista como consequência de falta de recursos, financiamento, capacidade de gestão, eficiência”. (Tarride, 1998, p.39)

---

<sup>11</sup> O método compreende quatro etapas: descritiva, analítica, experimental e avaliativa. As equipes de saúde do PSF não implementam as etapas analítica, experimental e avaliativa, conforme a proposta do método.

Por outro lado, epidemiologistas como Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh têm conseguido incorporar as determinações sociais ao processo saúde/doença, dando uma nova perspectiva de análise à epidemiologia.<sup>12</sup> Esta perspectiva visa construir uma nova dimensão contra-hegemônica em saúde, entendendo-a como produto da inserção do indivíduo na forma de organização social e produtiva à qual pertence, a epidemiologia social.

Conhecer e interpretar a realidade é fundamental para construí-la. A discussão sobre a saúde pública deve passar por uma revisão paradigmática e epistemológica.

Ainda para Tarride, “assumir a crise da saúde pública como questão epistemológica é expandir o pensamento e buscar enfoques e crenças mais abrangentes, que facilitem o desenvolvimento de métodos gerais e específicos para compreender a realidade”. (Tarride, 1998, p.39)

A complexidade que Tarride referencia expressa-se tanto na complementaridade existente entre a produção social e a ação individual, quanto na possibilidade de mudança na distribuição de poder em determinado grupo social, pela construção de um saber que fundamente a formulação de uma contra-hegemonia.

## 1.2 FALANDO DE MODELOS

A concepção de saúde tem se transformado através dos tempos e das civilizações, fato que indica sua estreita relação com a história e a organização política, econômica e cultural de um grupo social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, assim definiu saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [...] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (ÍNTEGRA do Relatório..., 1986)

---

<sup>12</sup> “É o estudo da distribuição, da frequência e dos determinantes dos problemas de saúde e das doenças nas populações humanas.” (Vaughane e Morrow, 1992, p.9)

Vaitsman afirma que não se deve reduzir a determinação das doenças à determinação das formas da organização social da produção. E acrescenta:

A existência de saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afotividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. (Vaitsman, 1992, p.170)

Segundo o autor, “uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo”. (p.171)

Para Facchini (1994, p.34), não só os especialistas, mas também os cidadãos buscam estruturar logicamente elementos que expliquem os acontecimentos vivenciados. Historicamente, a Medicina entendeu a inferência causal das doenças de três formas: através das crenças mágico-religiosas, do empirismo racionalista e da ciência, vertente hegemônica até os dias de hoje.

A “teoria microbiana” anunciada por Pasteur em 1878, na França, e a “teoria do contágio”, defendida por Koch em 1882, consolidam a hegemonia da unicausalidade para a explicação das doenças. O modelo da unicausalidade, embora seja um paradigma científico rudimentar, tem sido responsável, em grande parte, pela produção do conhecimento e pelo desenvolvimento das práticas médicas desde então. (Facchini, 1994, p.38)

Essa hegemonia não significa que outras interpretações e estudos não fossem feitos. A revolução industrial inglesa e sua desmedida exploração da classe trabalhadora criam um cenário que exige relacionar condições de vida e trabalho com seu impacto sobre a saúde. Essas teorias, representadas entre outros autores por Virchow, Grotjahn, Farr e Chadwick, ainda que minoritárias não desapareceram e, neste século, na década de 20, voltam à tona durante a crise capitalista alemã (Facchini, 1994; Silva Junior, 1998).

Com a Segunda Guerra Mundial, o mundo ocidental passa por uma

reestruturação produtiva acompanhada de intenso desenvolvimento tecnológico, juntamente com o crescimento, em grau de importância, da saúde e educação entre as políticas sociais. A estatística e o surgimento da informática permitem a análise de um grande número de variáveis simultaneamente. É nesse contexto que surge o modelo da multicausalidade na saúde.

A multicausalidade tem sido muito utilizada para explicar problemas de saúde pública, elaborando uma “rede de relações causais entre os fatores de risco e as doenças”.( Facchini, 1994, p.39)

O Modelo Ecológico, divulgado por Leavell e Clark, em 1976, que propõe organizar a intervenção a partir da História Natural da Doença, principalmente as infecto-contagiosas, é uma variação da multicausalidade.

O Enfoque de Risco foi criado e divulgado pela Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde na década de 80. Por risco entende-se os fatores aos quais um indivíduo ou grupo estão expostos, podendo levá-los, no futuro, a um dano em sua saúde, conceito que tem servido para orientar o planejamento e a programação dos serviços. Exige certo grau de descentralização e conhecimento epidemiológico de uma população em um território. Também é um enfoque do modelo multicausal. A crítica que se faz a este enfoque é que não são discutidas as causas dos diferentes tipos de risco entre os vários grupos populacionais, o que acaba levando a propostas controlistas e superficiais, uma vez que não incorpora, na explicação da realidade, as determinações sociais do processo saúde/doença no âmbito estrutural.

Nessa vertente, Breilh (1991, p.39) afirma que este modelo enfrenta, também, uma fragilidade metodológica que se oculta atrás de um paradigma reducionista da saúde, “o que leva a interpretar o social como uma associação estatística de dados individuais e completar o raciocínio com a justaposição dos, assim chamados, fatores socioeconômicos às somatórias de morbi-mortalidade, a fim de demonstrar relações de associações estatísticas”. Explicita-se a incapacidade de incorporar o social como uma variável intrínseca da inferência causal em saúde.

Em função da concepção de saúde e de sua determinação os serviços são organizados, constituindo, por sua vez, modelos assistenciais de saúde.

Segundo Campos, a noção de Modelo Assistencial tem sido entendida de forma rígida e condicionadora de um desenho organizacional e técnico. Afirma que:

deveria ser conceituado como o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Este novo conceito tem duas utilidades imediatas: uma analítica, na medida em que permite identificar um determinado modo de produção existente; e outra operacional, que possibilita a construção de novas políticas para além da anúnciação de diretrizes gerais, ou seja, permite pensar modelos assistenciais novos, imaginados onquanto objetivos estratégicos a serem atingidos. (Campos, 1989, p.53)

Para o mesmo autor, historicamente, no Brasil, identificam-se vários modelos assistenciais que foram construídos através das diferentes políticas de saúde implementadas. Destaca três deles, por serem significativos na conformação do setor e por estarem ainda presentes no cenário político: o modelo liberal-privativista, o modelo racionalizador-reformista e o Sistema Único de Saúde.

O primeiro é organizado pelo mercado. Investe-se onde há possibilidade de lucro e o usuário paga sempre pela assistência, seja de forma direta ou através da Previdência Social. Isso gerou desigualdade no acesso aos serviços e estruturou duas formas de atenção: um atendimento especializado, tecnicado e resolutivo para a população de maior poder aquisitivo, e um Pronto-Atendimento, impessoal e pouco resolutivo, comprado pelo Estado, que contratava ou credenciava hospitais e serviços. Foi justamente essa intervenção estatal, no sentido do aumento de cobertura, que permitiu a expansão do modelo liberal-privativista cuja lógica de atenção médica era individual, curativa e economicamente racionalizadora. Neste modelo coube ao Estado o financiamento, a compra de serviços e o atendimento daqueles cidadãos que não faziam parte do mercado formal.

Assim, desenvolveram-se no Brasil as Campanhas Sanitárias e os Centros de Saúde tradicionais que trabalhavam apenas com alguns programas considerados necessários ao controle de endemias ou da mortalidade infantil e materna. Foi com essa lógica que, mais recentemente, se desenvolveram os "Postinhos de Saúde", dentro da proposta de atenção comunitária aos carentes e marginalizados. (Campos, 1989, p.54-55)

Esse modelo encontra-se em crise financeira, crise de eficácia e de legitimidade há pelo menos vinte anos, porém ainda conta com o apoio de alguns setores da sociedade, empresários, parte dos médicos e da população de maior poder aquisitivo.

Em função da crise do modelo anterior e da pouca expressividade dos movimentos sociais, nasce, dentro do Estado, um projeto que, sem pretender acabar com a medicina de mercado, tenta minimizar algumas distorções da sua prática liberal. Assim surge o modelo racionalizador-reformista, cujos projetos mais significativos foram, entre outros, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Esses projetos contribuíram para ampliar a capacidade de atenção do Estado e introduzir o planejamento de caráter racionalizador e normativo em saúde como substituto do mercado na alocação de recursos, constituindo-se em um contraprojeto aos serviços prestados e organizados pela lógica liberal. Esta coexistência dos opositores acaba por estagnar o avanço de ambos.

Assim, vem ocorrendo no Brasil uma penetração dos princípios e da organização liberal mesmo na parte "reformada" dos serviços; fazendo com que antigos Centros de Saúde transformem-se em Pronto-Atendimento, Hospitais Municipais sejam organizados como se fossem privados, recursos públicos continuem passando ao setor privado para financiar uma assistência ainda gerenciada pela busca do lucro. Particularmente, interessa a essa discussão assinalar que dentro desse modelo híbrido a "rede básica" não tem conseguido desenvolver-se, a não ser como extensão dos pronto-atendimentos do setor privado, principalmente porque os recursos prioritariamente continuam sendo investidos com outras finalidades. (Campos, 1989, p.55-56)

O terceiro modelo, um projeto em construção, é o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o planejamento substitui o mercado de modo a permitir que as necessidades de saúde sejam o critério de maior importância na organização da atenção. Exige uma rede básica bastante grande para garantir, inclusive com pronto-socorro, a entrada no sistema. Possui, segundo Campos (1989, p.56), alguns "objetivos estratégicos":

- a) constituir uma rede básica distribuída por critérios demográficos e socioeconômicos;

- b) compatibilizar as práticas preventivas, individuais e coletivas com a atenção à demanda espontânea;
- c) dispor de tecnologia, trabalhadores capacitados, apoio diagnóstico e terapêutico e infra-estrutura física capaz de possibilitar uma resolutividade de, aproximadamente, 80% dos problemas;
- d) dispor de postos na rede básica que ofereçam o maior número de atividades possível todos os dias, em diversos períodos, fazendo com que o usuário se desloque o mínimo possível da sua região;
- e) humanizar o atendimento e formar um vínculo com o usuário que seja baseado na parceria e no respeito às diferenças;
- f) construir um sistema de gerência capaz de democratizar os processos de decisão e controle com competência técnica e política.

O alcance desses “objetivos estratégicos”, necessários à construção do modelo, que apresenta as diretrizes e princípios organizacionais descritos no capítulo 2 (item 2.1) do presente trabalho, faz com que o SUS percorra uma trajetória conflituosa em meio às suas próprias contradições e àquelas oriundas da coexistência de outros modelos.

Se se pensar na concepção de saúde como norteadora da organização dos serviços, Vaitsman, ao construir um conceito ampliado, confere sentido às práticas sanitárias construídas para atender tanto à lógica curativa individual quanto à lógica preventiva e coletiva. Este conceito resgata o usuário e os profissionais como sujeitos da produção em saúde e explicita uma relação intrínseca entre a determinação estrutural e individual do processo saúde/doença.

Na busca da operacionalização do modelo, através da construção dos distritos sanitários, alguns municípios têm buscado referenciar-se na experiência de países cujos sistemas de saúde são reconhecidos mundialmente. Os três modelos estrangeiros que mais têm inspirado as experiências nacionais são o cubano, o canadense e o inglês.

Segundo Dupuy (1991), para o modelo de Cuba a questão da saúde não é somente um problema teórico, é também um problema prático e intersetorial que precisa ser enfrentado pela saúde pública. A categoria saúde-doença, base da medicina, é social e histórica e sofre mudanças em função dos modos de produção econômico-sociais e das bases de justiça social e eqüidade que fundamentam a organização de determinado grupo social. Por isso, a saúde e as instituições responsáveis por ela não podem ser concebidas como autônomas ou independentes da sociedade à qual pertencem e que as produziu. Em Cuba, a responsabilidade pela saúde da população é do Ministério de Saúde Pública, único dirigente do governo social. (Dupuy, 1991, p.4-5)

As principais medidas adotadas pelo Ministério da Saúde de Cuba no período de trinta anos de revolução são as seguintes:

- a) decisão política do Estado e do governo para realizar transformações profundas em saúde;
- b) reconhecimento da saúde como um direito do povo e um dever e responsabilidade do Estado;
- c) garantia da saúde a cada cidadão, pelo Estado, tornando gratuita a atenção à saúde para grupos, famílias e indivíduos;
- d) criação de um único órgão de saúde – o Ministério de Saúde Pública –, com a responsabilidade principal de garantir a saúde de toda a população;
- e) a medicina tem uma base profundamente profilática, curativa, integral, sociobiológica e não exclusivamente biologicista;
- f) aumento substancial do orçamento para a Saúde Pública, visando atender às necessidades crescentes da medicina hospitalar e ambulatorial;
- g) garantia da atenção à saúde através da Medicina Familiar: há uma policlínica e um consultório do Médico de Família para cada 720 indivíduos, atendendo toda a população urbana e rural;

- h) participação das massas na solução dos problemas de saúde da nação por meio das diferentes instâncias do Poder Popular e organizações de massas;
- i) desenvolvimento, em todos os níveis de Saúde Pública, de um processo de integração da assistência, docência e investigação.

Segundo Dupuy, Cuba, um país subdesenvolvido, desde 1983 havia conseguido cumprir o objetivo emblemático estabelecido na Conferência de Alma Ata em 1978 de “Saúde Para Todos no ano 2000”. Isto, no entanto, não quer dizer que o projeto de Estado não tenha sofrido ajustes e, em 1985, é introduzida a figura do Médico de Família, figura chave para o sistema até hoje.

O modelo do médico de família de Niterói é de inspiração cubana.

Vasconcellos (1998, p.167) cita o encarte de divulgação do Programa do Médico de Família de Niterói que cita o modelo cubano:

O Plano Médico de Família de Cuba fundamenta-se na concepção humanística, a qual prioriza o homem como sujeito de sua história, a partir de determinantes sociais. Em termos de programação, o conceito de medicina familiar não estabelece uma relação de subordinação entre partes ou níveis, e sim uma matriz de inter-relações de apoio e fortalecimento, o que não é confundido com a quebra de hierarquização dos níveis de atenção.

Para a autora, o Programa Médico de Família de Niterói foi criado como uma estrutura paralela à chamada “rede” para viabilizar seu projeto político. A equipe básica era formada pelo médico generalista e a auxiliar de enfermagem, tendo por retaguarda supervisores nas mais diferentes áreas.

O modelo canadense se aproxima do Movimento de Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde, no qual verifica-se a ênfase da saúde como política central de governo e a articulação intersetorial como principal estratégia de atuação. (Silva Junior, 1998, p.94)

No Fórum “Saúdecidade”, realizado em Curitiba em dezembro de 1994, o Dr. Jack Lee, Chefe do Departamento de Saúde Pública de Toronto, afirmou que os principais pontos a serem trabalhados de forma indissociável no projeto das cidades saudáveis são a equidade, a economia e o desenvolvimento. O Estado tem a função

de prover políticas e legislação ambiental e educacional, bem como de estabelecer parcerias com a comunidade que lhe garantam exprimir suas necessidades e buscar soluções. Para Lee, Toronto pretende uma política de saúde baseada na participação da comunidade, cooperação multissetorial e horizontal, pois uma cidade saudável é aquela que está, continuamente, modificando e recriando mecanismos sociais que permitam mudanças não só nos indicadores de saúde, mas também nos processos desenvolvidos para a sua produção. Neste enfoque, a atuação do setor saúde deve dar ênfase à prevenção, a tomada de decisão deve ser compartilhada entre todos os segmentos da comunidade e governo e, ainda, deve haver co-responsabilidade na construção e desenvolvimento dos processos geradores de saúde.

O médico de família do modelo canadense é responsável pela saúde das famílias a ele vinculadas, independentemente dos seus locais de residência, e utiliza o método clínico centrado no paciente, chamado de diagnóstico abrangente. Este tipo de atenção exige seis intercomponentes: a exploração da doença e da experiência de adoecer, a compreensão integral do indivíduo, a busca de um campo comum, a incorporação da prevenção e promoção da saúde, a melhora da relação médico-paciente e a percepção realista das situações. Para o Canadian College of Family Physician, o médico de família incorpora em sua prática quatro princípios de Medicina Familiar: competência clínica, prática que leva em conta a idéia de “população de risco”, respeito pela comunidade e suas características e vínculo estreito com seus pacientes. Tal figura de médico, com aprofundada formação clínica, tem sido o ideal das especializações em medicina familiar, reivindicado por esta categoria profissional.

O modelo inglês constrói-se, historicamente, na segunda metade do século XIX, quando o Estado liberal não consegue mais furtar-se das investigações sobre as condições de vida nas cidades, das ações de saneamento do meio, do controle das endemias e da assistência médica aos pobres no âmbito local.

Segundo Rosen (1994), as “Leis dos Pobres” na Inglaterra constituíram-se em um sistema de assistência que surge no século XVI e subsiste até a Segunda Guerra Mundial, tendo sido alvo de diversas mudanças nesse longo período. Por volta de 1600 a pobreza e o desemprego já assumiam proporções alarmantes na Inglaterra isabelina, fazendo com que o Estado assumisse o problema que a Igreja não conseguia mais resolver. As freguesias foram orientadas a arrecadar impostos, conseguir empregos, punir os indolentes e prestar caridade aos idosos, doentes e incapacitados.

No século XVIII, os trabalhadores que recebiam salário abaixo da subsistência passaram a receber pensões que, por sua vez, oneraram de tal forma os gastos do Estado que levaram à votação, em 1834, de uma nova Lei dos Pobres, bem mais dura, em que a pobreza dos fisicamente capazes era entendida como uma falha moral e a assistência passa a ser restrita às casas asilares (*workhouses*). O crescimento de filosofias humanitárias no século XIX leva ao abrandamento da nova lei.

É preciso entender que é a partir da Lei dos Pobres que a medicina inglesa torna-se social, impondo um controle médico sobre o pobre. Um elo de autoritarismo une ricos e pobres nas cidades, os primeiros garantindo não serem afetados pelas epidemias originadas nas classes pobres e os segundos podendo se tratar gratuitamente ou com baixo custo. Esta forma de atenção torna as classes pobres mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas. Em 1875, a criação do *health service*, com seus aproximadamente mil *health officers*, garante coletivamente o mesmo controle já mantido pela Lei dos Pobres. Este serviço tinha por funções localizar e intervir nos locais insalubres, controlar e obrigar à vacinação e localizar e registrar a ocorrência de doenças epidêmicas. Tal forma autoritária de controle médico não se desenvolve impunemente e é enfrentada, historicamente, por diversos grupos, principalmente de dissidência religiosa. (Foucault, 1998)

A atribulada primeira metade do século XX (que passa por duas guerras mundiais, a Revolução Russa e a crise capitalista dos anos 30) acaba por reforçar a

intervenção do Estado na economia que, pressionado pelas organizações de trabalhadores, precisa desenvolver políticas sociais que terminam por gerar o seu Sistema Nacional de Saúde. A legislação social inglesa substituiu as Leis dos Pobres por um abrangente sistema de serviços públicos. O desemprego industrial do século XX mostrou também as determinações estruturais da pobreza.

A medicina social inglesa permitiu a coexistência de três sistemas de atenção à saúde em um mesmo grupo social: uma medicina assistencial dirigida aos mais pobres, uma medicina coletiva encarregada de atuar sobre situações de risco coletivo (vacinas, epidemias, etc.) e uma medicina privada cujo benefício restringe-se à população que dispõe de meios para comprá-la. Este modelo tem inspirado a organização de diversos sistemas nacionais de saúde, inclusive o brasileiro.

Em 1920, um médico inglês chamado Bertrand Dawson critica o modelo americano sistematizado por Flexner e propõe a reestruturação dos serviços de saúde na Inglaterra. Tinha o Estado como provedor e gerenciador de políticas de saúde executadas por serviços responsáveis por ações curativas e preventivas em regiões geograficamente determinadas. Também falava em ações coordenadas realizadas por médicos generalistas que atuassem sobre indivíduos e comunidades.

Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade, de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base.[...] Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar vínculo com o hospital. (Dawson, 1920, apud Silva Junior, 1998, p.54-55)

Silva Junior (1998) salienta que a aparente polaridade da medicina flexneriana americana - tecnificada, especializada, medicalizada, hospitalocêntrica, medicocêntrica e de alto custo – com a proposta de Dawson verdadeiramente representa os dois lados de uma mesma moeda. A conjuntura política e econômica inglesa da época fez com que o Estado incorporasse as demandas dos

trabalhadores sem que fosse alterada a estrutura de dominação de classe e a hierarquia de poder. Esta política atenuou as vocações socialistas do Partido Trabalhista inglês na década de 40. A proposta de Dawson foi implantada nessa mesma década com o plano Beveridge.

Assim, os médicos generalistas, com menor prestígio profissional, passaram a atender às periferias urbanas e às classes trabalhadoras, sendo cooptados pelo Sistema de Saúde, que os utilizava como triadores para os hospitais e médicos especialistas. Ainda hoje, a indústria médico-farmacêutica influencia a tendência dos gastos em saúde quando fixa os preços dos produtos comprados pelo Estado inglês.

Em 1994, o Dr. Walter W. Rosser, professor do Departamento de Família e Medicina Comunitária da Universidade de Toronto, proferiu palestra em Curitiba fazendo uma comparação entre países que trabalham com cuidados primários de saúde. Ele afirma que as práticas generalistas, ainda hoje, têm um papel muito importante no sistema nacional de saúde britânico. Mais da metade dos médicos na Grã-Bretanha são médicos gerais comunitários (*general practitioners* - GPs). Todo cidadão britânico deve se registrar com um GP, que é sua porta de entrada para o sistema. Um especialista só atenderá um paciente se ele for referenciado por um médico geral comunitário. Os GPs são pagos por um sistema de captação e são encorajados a trabalhar junto com uma enfermeira comunitária, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde. A partir de 1990 o médico geral comunitário que tem mais de 7.000 pacientes cadastrados deve manter um contrato com hospitais e especialistas para garantir a atenção em todos os níveis. Isto força os hospitais a melhorar a qualidade da atenção e, acredita-se, a baixar o custo do atendimento. O sistema britânico tem estimulado os GPs a desenvolverem clínicas e, com a ajuda de outros profissionais, ofertarem algumas práticas específicas, além de fazerem visitas domiciliares na comunidade.

O modelo inglês é mundialmente reconhecido pela sua resolutividade e tem sido usado como referência para diversas experiências, inclusive na Ásia e

África de influência inglesa. No Brasil, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um dos maiores complexos hospitalares da América Latina, formado por quatro sociedades anônimas: o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., o Hospital da Criança Conceição S.A., o Hospital Cristo Redentor S.A. e o Hospital Fêmeina S.A., cada um com CGC próprio. O Ministério da Saúde tem 98% das ações do grupo e financia sua folha de pessoal. O custeio se dá através do faturamento.

Em 1983 começa o Serviço de Medicina de Família (SMF), com uma unidade experimental que visava formar Médicos Gerais Comunitários (MGC) e prestar assistência à comunidade vizinha ao hospital. Posteriormente, a atenção é ampliada para a comunidade funcional do Grupo Hospitalar Conceição. A população da zona norte de Porto Alegre já procurava o Hospital Conceição, que tinha autonomia legal para investir na proposta. O serviço começou com quatro unidades básicas de saúde, chegando a treze no período de 1990 a 1994. O espaço físico necessário foi viabilizado pela população local, que se responsabilizou pela delimitação e manutenção da área de abrangência do serviço. Em 1994, na gestão do então prefeito Tarso Genro (PT), a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre assume o processo de municipalização da saúde e define priorizar outras áreas para expandir a rede. Esta municipalização tardia é fruto de conflitos político-partidários entre o governo do Estado do Rio Grande do Sul (PMDB) e as duas gestões do PT na capital. A Secretaria Municipal negava-se a receber uma rede sucateada herdada do processo de estadualização da saúde e tampouco possuía serviço próprio, exceção feita ao Pronto-Socorro Municipal, um serviço de referência para o País.

Hoje, a Secretaria da Saúde de Porto Alegre conta com 30 postos de saúde que fazem Saúde da Família e que foram estruturados com a assessoria do Grupo Hospitalar Conceição, além dos 13 postos gerenciados por esse hospital. Além disso, oferece aproximadamente outros 100 postos de serviços de atenção primária.

A residência médica tem a duração de dois anos, sendo o primeiro ano desenvolvido integralmente dentro de unidades básicas de saúde e o segundo dividido igualmente entre a unidade básica e o hospital. O serviço baseou-se no modelo inglês de assistência e, também, teoricamente, nos anais da Conferência de Alma Ata, ocorrida na Rússia em 1978. Sua proposta de trabalho conseguiu se legitimar dentro de uma instituição hospitalar apoiando-se em movimentos populares e em alianças políticas na busca da construção do SUS. Como foi uma das primeiras propostas institucionalizadas a apresentar resultados concretos e satisfatórios, passou a ser referência visitada por gestores e equipes que tinham a responsabilidade de construir sistemas locais de saúde. (Ferreira et alli, 1996)

Para o Chefe da Divisão de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Djalmo Sanzi Souza, entrevistado em setembro de 1999, a idéia dos cuidados primários em saúde precisa ser resgatada e entendida de forma complementar a um sistema que apresente referência e contra-referência em diferentes níveis de complexidade da atenção.

O que chama a atenção na abordagem dos três modelos é que, em fases mais atuais de seu desenvolvimento na década de 80, assumem como marco conceitual as recomendações da Conferência de Alma Ata, que referenda os cuidados primários de saúde e a racionalização de recursos como estratégias para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000. Um segundo ponto é que os três modelos citados são medicocêntricos, ou seja, têm neste profissional o pilar do sistema.

Já no caso brasileiro, na sua história mais recente, a equipe de saúde e o compartilhamento de responsabilidades pelos seus membros têm sido fundamentais na oferta dos serviços. Segundo Nemes (1990, p.76), a programação foi a forma de organização que a Saúde Pública, a partir da experiência de São Paulo, encontrou no Brasil para responder às necessidades das políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde na década de 70, e fundamenta-se em duas vertentes de pensamento sobre os serviços de saúde: a medicina comunitária e o planejamento em saúde.

A medicina comunitária surge como um modelo alternativo para realizar uma reforma médica nos EUA dos anos 60 que visava atender às minorias marginalizadas, buscando intervir também na organização dos serviços.

A medicina comunitária é uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades de saúde das populações que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social. Mas localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos do ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura da atenção que tomam por base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos. (Donnangelo, 1976, p.86)

A medicina comunitária consolida-se como movimento mundial na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata. A programação em saúde incorpora a atenção primária à saúde integrando atividades de promoção, prevenção e cura em uma mesma unidade, regionalizando e hierarquizando as atividades e utilizando amplamente trabalhadores não médicos nos serviços.

O Planejamento normativo, metodologia de governo no período da ditadura no Brasil, estende suas propostas economicistas aos setores sociais. Segundo Nemes, “programar é sinônimo de planejar o melhor uso para os recursos disponíveis”. (1990, p.77). Assim, as idéias da medicina comunitária ajudariam a usar de modo mais racional os recursos disponíveis, apoiada nas concepções do modelo Cendes/OPS (1965) de planejamento e programação em saúde. Ainda para a autora, “a programação procurou incorporar a assistência médica individual a um conjunto de outras atividades que compunham um plano de intervenção dirigido a coletivos”. (p.78)

O enfoque programático definia atividades de rotina e atividades eventuais. As primeiras eram previstas por grupos de clientes que participavam de programas e subprogramas. Suas principais atividades normatizadas eram o atendimento médico individual e as atividades básicas realizadas pelo restante da equipe, como vacinação, visita domiciliar, chamada aos faltosos e realização dos exames laboratoriais disponíveis. As atividades eventuais destinavam-se ao atendimento da demanda espontânea individual.

Os dois conjuntos de atividades foram articulados pela História Natural da Doença de Leavell e Clark, em 1976. Os programas respondiam a grupos populacionais específicos por idade, sexo, etc. e, os subprogramas, aos danos sofridos por aqueles grupos, tudo isso visando aumentar a eficácia dos serviços. Dentro da mesma lógica, para estender a cobertura são instituídas a pré e a pós-consulta, bem como o atendimento de enfermagem, buscando racionalizar a utilização da consulta médica. Além disso, trabalhava-se com o conceito de assistência integral, afastando da Saúde Pública a idéia de fazer somente prevenção. O enfoque programático introduz um forte controle no sistema, normatiza os processos de trabalho e sistematiza a avaliação.

O enfoque de risco, que fundamenta o Programa de Saúde da Família conceitualmente, é uma das correntes de explicação multicausal na determinação do processo saúde/doença. Este modelo embasou também a construção do enfoque programático na operacionalização da Saúde Pública ainda na década de 70.

Porém, tanto a Medicina Comunitária quanto a Conferência de Alma Ata perdem potência racionalizadora, uma vez que não conseguem mudar a lógica do procedimento centrado no profissional médico, e tampouco propõem alterar a micropolítica do processo de trabalho médico cotidiano.

## **CAPÍTULO 2**

### **O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **2.1 ANTECEDENTES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Para construir o objeto deste estudo é importante que se conheça um pouco da história das políticas de saúde no País e a organização das instituições de saúde onde atualmente desenvolve-se o Programa de Saúde da Família nos diferentes municípios do Brasil.

Pode-se dizer que o início da Saúde Pública caracteriza-se por uma fase de sanitarismo campanhista que vem a ser transformado, fundamentalmente, após o golpe militar de 1964. A partir daí desenvolve-se a construção de um modelo médico assistencial privativista até que, na década de 80, tem início o projeto neoliberal.<sup>13</sup>

A transformação ocorrida em 64 é crucial para a organização dos serviços de saúde. Esta passa a ser tratada como uma política nacional, ainda que de forma absolutamente centralizada, a tal ponto que, em 1967, os Institutos de Aposentadorias e Pensões são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), retirando qualquer possibilidade de participação dos trabalhadores na gestão dos recursos. Segundo Escorel (1999), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em junho de 1974, torna-se o segundo maior orçamento da União, superado apenas pelo próprio orçamento federal.

O aumento de cobertura promovido pela União é privatizante, fazendo do INPS um repassador de recursos para o setor privado, que elitiza, tecnifica e medicaliza as práticas médicas. Assim, diversos hospitais privados são construídos e equipados com dinheiro público em troca de atendimento para a população previdenciária, suspenso pelo empresariado do setor, tão logo as tabelas de

---

<sup>13</sup> Ver nota explicativa nº 8, no primeiro capítulo deste trabalho.

pagamento de procedimentos médicos deixaram de ser lucrativas.

Nesse período começa a se formar um movimento de oposição ao governo militar, que nasce setorialmente, avança na crítica e na denúncia do modelo vigente, bem como na produção de conhecimento, e que ficou conhecido como Movimento Sanitário Brasileiro.

O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US). (Escorel, 1999, p.51)

Este movimento é responsável pelas teses apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde que, culminando uma história de sete conferências anteriores, transforma-se, em 1986, num marco da reorganização do sistema de saúde nacional: a reforma sanitária brasileira.

A reforma sanitária deve ser entendida como um processo político e democratizador da saúde conquistado pela sociedade e que exige transformações jurídico-legais, administrativas e operativas no sistema de atenção à saúde.

O relatório final da 8ª Conferência orientou a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal que criou o Sistema Único de Saúde, definindo suas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade e seus princípios organizativos de regionalização/hierarquização, resolutividade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado.

As diretrizes do SUS devem ser compreendidas da seguinte forma:

- **Universalidade:** é a garantia da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão nos serviços públicos ou contratados no território nacional, em consonância com a passagem da Constituição Brasileira segundo a qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado...". (BRASIL, Constituição..., 1988, p.91)
- **Equidade:** todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido, conforme suas necessidades, até o limite do sistema.

- **Integralidade:** o homem é um ser integral, possuindo, minimamente, três dimensões: uma biológica, uma emocional e uma social, devendo todas serem contempladas por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Seus princípios organizativos orientam para a:

- **Regionalização e hierarquização:** os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida com vistas a um ótimo grau de resolutividade.

O acesso deve dar-se pelo nível primário de atenção, a unidade básica de saúde, que deve resolver a maioria dos problemas e referenciar a serviços de maior complexidade, se necessário. Organizado desta forma, favorece as ações de vigilância, educação, atenção ambulatorial e hospitalar.

- **Resolutividade:** trata-se de dar solução aos problemas dentro de cada nível de competência.
- **Descentralização:** redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais localmente a decisão for tomada, maior a chance de eficácia e efetividade.

Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – municipalização da saúde –, cabendo ao município, portanto, a maior responsabilidade das ações.

- **Participação dos cidadãos:** garantia constitucional de participação organizada no processo de formulação de políticas e no controle de sua execução em todos os níveis, através de: Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e da organização de Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde; garantidas

todas as informações necessárias à população no que diz respeito à saúde.

- **Complementaridade do setor privado:** quando for necessária a contratação de serviços, exigem-se três condições (BRASIL, Constituição..., 1988):
  - deve se dar na forma de um contrato de direito público;
  - o serviço privado deve incorporar os fundamentos, princípios e técnicas do SUS, uma vez que atua em nome deste;
  - deverá obedecer à mesma lógica organizativa do SUS, atendendo a sua necessidade de regionalização e hierarquização.

Terão prioridade os serviços não lucrativos (BRASIL, Constituição..., 1988).

Primeiramente, o gestor deve planejar o setor público e depois complementá-lo com o privado, seguindo as diretrizes e princípios do SUS. É fundamental definir normas e procedimentos a serem anexados aos convênios e contratos.

A partir desse momento histórico, diversos atores sociais que participaram do movimento sanitário brasileiro passaram a se incorporar ao aparelho de Estado na condução do processo de construção do SUS.

Contudo, a incompatibilidade ideológica entre o projeto da reforma sanitária brasileira e a organização política e econômica desta sociedade determina um ritmo de desenvolvimento muito lento na implementação do projeto.

Reportando-nos à história recente do Brasil, Getúlio Vargas, nos anos 30, faz uma aliança com a burguesia industrial emergente e formula um projeto de desenvolvimento conservador. Já nos anos 50, Juscelino Kubitschek rompe o pacto de Vargas abrindo o mercado nacional para o capital estrangeiro. Esta redefinição do projeto desenvolvimentista brasileiro é alterada mais uma vez no governo militar, que refaz a aliança com a burguesia nacional além daquela já mantida com o capital estrangeiro, retirando do cenário econômico os segmentos populares.

Atualmente, o setor saúde, assim como outros setores nacionais, está submetido ao modelo neoliberal. A crise econômica brasileira da década de 80

rompe a aliança estabelecida entre o Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, levando consigo o modelo desenvolvimentista e conservador criado nos anos 30. Esta crise, que se expressa internamente por uma crise financeira e fiscal e, externamente, pela perda de liquidez e endividamento externo, tendo como pano de fundo a desigualdade da distribuição de riquezas, faz com que o Estado não mais consiga gerenciar as relações distributivas, tornando-se alvo de grandes mudanças. As elites, que sempre garantiram seus ganhos dentro dos espaços institucionais, viram-lhe as costas em busca de novas possibilidades de ganhos maiores. O Estado transforma-se no culpado que precisa deixar de existir, como se assim fossem desaparecer os problemas, criando-se o espaço para as propostas neoliberais do Estado mínimo. Nesse contexto, o sistema de saúde é constituído por três subsistemas: o de alta tecnologia (e também de alto custo), o de atenção médica supletiva (onde estão as medicinas de grupo) e o subsistema público (o espaço de construção do SUS).

Por maior que seja o arcabouço jurídico e legal que ampare o SUS, é no “fazer-se cotidiano” que ele adquire forma e consistência. Eugênio Vilaça Mendes chama de espaço operativo “aquele em que um sistema de saúde adquire concretude mediante o estabelecimento, num território determinado, de uma relação direta e recíproca entre suas unidades produtoras de serviços, geridas por uma autoridade sanitária e uma população dada, com suas necessidades e representações”. (1995, p.139). Ele aponta como o espaço operativo do SUS o distrito sanitário, criado pelo Art. 10 da Lei nº 8080, entendido como “o processo social de mudanças das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde” (1995, p.159), não se restringindo a ser apenas mais uma etapa no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde.

O processo de regionalização e distritalização desencadeado em diversos municípios brasileiros utilizou-se do enfoque estratégico de planejamento em saúde, que apresenta as seguintes características básicas (Rivera, 1989, p.157):

- a) vários atores planejam, e o ator que planeja compartilha uma realidade histórica com outros atores;
- b) em função do lugar que os atores ocupam na realidade constroem-se diferentes explicações ou diagnósticos para as situações da realidade;
- c) a realidade é um processo criativo, pouco estruturado, cuja previsão supõe um cálculo estratégico interativo que aceita todas as possibilidades do “eu com o outro”;
- d) a normatividade econômica não é única; a viabilidade política define as possibilidades da norma, bem como a sua direcionalidade, sendo entendida como um elemento interno ao plano;
- e) trabalha-se, neste enfoque, com sistemas de final aberto, probabilísticos.

Esta visão do planejamento fundamenta-se nos trabalhos teóricos de Matus e Testa, desenvolvidos na década de 80.

O processo de distritalização, tal como nos aponta Mendes (1995), apóia-se em três conceitos fundamentais: território, problema e práticas sanitárias, discutidos a seguir:

**Território** - a idéia de distrito sanitário está associada a uma base territorial que, em função do modelo adotado na organização dos serviços para resolver problemas de saúde, deve adotar uma concepção dialética de território, o território-processo. Para Giacomini,

Nesta concepção o espaço social é organizado conforme uma construção dinâmica, que leva em conta as tensões e os conflitos sociais existentes [...] que apontam para a construção de critérios que levam em conta a cultura, a participação política da sociedade organizada, o perfil epidemiológico da saúde/doença, a realidade sócio-econômica que divide a sociedade em classes e frações, diferentes umas das outras em seus modos de viver, adoecer e morrer. (1992, p.60)

O autor inclui na construção dos critérios os equipamentos disponíveis nos serviços de saúde, além de aspectos demográficos, geográficos e divisões administrativas preexistentes. Ele alerta para a complexidade da construção do território-processo que se realiza por “aproximações sucessivas” e, portanto, nunca está pronto.

A construção do território-processo identifica diferentes conjuntos sociais no seu interior que demandam sua identificação, através de uma diagramação dinâmica que associa os problemas às condições de vida dos diferentes grupos populacionais, configurando-se nos chamados “mapas inteligentes”.

Mendes (1995) sugere a seguinte subdivisão para o território do distrito sanitário: Território-Distrito, que obedece à lógica político-administrativa; Território-Área, que se refere à área de abrangência de uma unidade de saúde, um espaço de organização básico da prática da atenção à demanda; e Território-Microárea, como espaço definido pela homogeneidade socioeconômico-sanitária, que se aproxima do conceito de “área homogênea de condições de vida” e que tem como objeto a prática da vigilância à saúde.

Dentro da área homogênea de condições de vida pode-se identificar uma (ou mais de uma) “microárea de risco”, que é um espaço privilegiado de “enfrentamento dos problemas de saúde, de forma contínua, através de operações direcionadas à superação dos nós críticos identificados na rede causal”. (Mendes, 1995, p.168). As microáreas de risco são sempre o espaço prioritário das ações.

**Problema** - segundo Matus (1987a), o problema traduz aquela diferença entre o “é” e o “deve ser”. Por isso diz também que ele é sempre “auto-referenciado”, pois ele será problema dependendo do ator social que explica a realidade. Portanto, a concepção de saúde é fundamental para a problematização nesta área. Outra questão fundamental é o conhecimento do território nas suas singularidades.

A principal diferença entre o enfoque por problema e o enfoque por programa é que este último, da forma como tem sido desenvolvido, tem servido as concepções tecno-burocráticas dos serviços de saúde sem respeitar as necessidades de saúde da população, nem tampouco as singularidades dos territórios-processo envolvidos no planejamento local. O enfoque por programa parte sempre de problemas definidos e explicados da mesma forma para todos, segmentando a realidade, que é pensada de forma multidisciplinar. Citando Mendes, pode-se dizer que seguidamente encontra-se a seguinte situação: “enquanto a

sociedade tem problemas, as organizações de saúde têm programas, [...] que não dão conta de responder aos desafios de uma realidade articulada por problemas complexos e mal-estruturados, necessitando para seu enfrentamento uma ação interdisciplinar”. (1995, p.171)

Seguindo este raciocínio pode-se afirmar que o enfoque por problemas parte de um território, onde atores auto-referidos ideologicamente encontram e explicam problemas que serão enfrentados através de práticas sanitárias norteadas pela concepção de saúde da equipe e construídas de forma interdisciplinar.

Cabem aqui algumas observações:

- a) é importante evidenciar a diferença entre uma mera sobreposição de conhecimentos (multidisciplinaridade) e uma integração conceitual e metodológica de duas ou mais disciplinas (interdisciplinaridade), básica tanto para a eficácia do enfrentamento dos problemas quanto para o crescimento da própria equipe, e que deve estar atenta para a introdução de novos profissionais e de novos saberes, quando necessários, seja na forma de assessoria ou de forma mais permanente;
- b) ainda na perspectiva acima, esta interação de conhecimentos deve articular um “campo de produção do cuidado” (Merhy e Franco, 1999) dentro do qual a equipe de referência do usuário elaboraria um “projeto terapêutico” sob a gerência de um profissional, o “gestor do cuidado”;
- c) o enfrentamento de determinados problemas pode ser realizado através de programas, quando isto for conveniente, guardando as devidas adaptações. Não precisamos e não devemos partir sempre do zero; o que se coloca é a impropriedade de nortear as nossas ações por programas preestabelecidos.

Pode-se afirmar ainda que o enfoque por problema leva a um melhor diagnóstico estratégico, uma vez que possibilita o compartilhamento, no interior de um território, dos saberes de diversos atores, além de abrir espaço à população no planejamento das ações.

Segundo Mendes (1995), os problemas podem exigir fundamentalmente duas formas de enfrentamento: uma contínua, cotidiana, que se constitui no objeto das práticas sanitárias da vigilância à saúde, cujo maior espaço de atuação é no Território-Microárea; a outra, ocasional, quando percebida e demandada pela população, através da prática da atenção à demanda. Assim, para o autor, deparamo-nos com dois tipos de problemas de saúde: os problemas de enfrentamento contínuo (PEC) e os problemas de enfrentamento ocasional (PEO).

Além dos problemas de saúde propriamente ditos, a equipe enfrenta também os problemas de organização dos serviços, que, seguidamente, constituem um entrave a ser resolvido para garantir a solução ou a intervenção nos primeiros.

Os problemas já solucionados exigem ações que mantenham, consolidem e avaliem os resultados para garantir a resolutividade do sistema.

**Práticas Sanitárias** - são entendidas como “o conjunto de processos de trabalho – articulados em operações – que impõem uma estratégia de ação sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado”. (Mendes, 1995, p.176)

Assim, identificam-se duas práticas sanitárias: uma delas voltada para a intervenção sobre os problemas de enfrentamento contínuo, que se fundamenta na promoção à saúde e na atenção coletiva do modelo sanitário; e outra voltada para a intervenção pontual sobre os problemas de enfrentamento ocasional, que se fundamenta na atenção à demanda no nível individual autopercebido do modelo clínico.

Apesar de a intervenção no distrito sanitário utilizar de forma hegemônica o enfrentamento contínuo de problemas, as duas práticas devem ser organizadas de forma compatível, pois o enfrentamento de problemas ocasionais confere legitimidade ao sistema e aporta informações epidemiológicas às ações coletivas.

A vigilância à saúde deve contemplar ambas as práticas, que devem ser organizadas atendendo a lógicas próprias, sem perder de vista a integralidade das ações.

Quanto aos processos de trabalho, para Merhy e Franco (1999, p.30) os

“fazeres” que enfrentam problemas se concretizam nas “tecnologias de trabalho” utilizadas para produzir saúde. No mesmo trabalho, definem tecnologia como “o conjunto de conhecimento e agires aplicados à produção de algo”. Desta forma, entendem que o **acolhimento** (universalização do acesso, escuta qualificada do usuário e compromisso com a resolução do problema), o **vínculo/responsabilização** (estabelecimento de referência entre equipe e usuário e responsabilidade quanto à produção do cuidado) e a **autonomização** (produção de cuidado que leva à autonomia do usuário) são tecnologias fundamentais para a formação de uma nova subjetividade entre os profissionais de saúde.

Através dos antecedentes históricos e dos conceitos aqui trabalhados buscou-se identificar quais os fundamentos que devem nortear a organização dos serviços no SUS e em que cenário desejado deve ser implementado o PSF nos diferentes municípios brasileiros.

## 2.2 A PROPOSTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasce, em dezembro de 1993, como resposta a uma demanda dos municípios que solicitavam ao Ministério da Saúde apoio financeiro para mudar a operacionalização da rede básica de saúde.

Tal como é entendido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério..., 1997, p.1-33), é uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial de saúde. Tem o objetivo geral de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica de acordo com os princípios do SUS, conferindo às Unidades Básicas de Saúde uma nova forma de atuação, com definição de responsabilidades entre serviço e população.

Os objetivos específicos do PSF são:

- Prestar, na unidade de Saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta .
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, Ministério..., 1997, p.10)

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério..., 1997, p.1-33), devem ser seguidas as diretrizes abaixo, respeitando as diferenças loco-regionais:

- **Caráter substitutivo** das práticas convencionais, individuais e curativas, centradas na figura do médico. Embora seja hierarquizado, apresenta caráter complementar ao sistema que tem como porta de entrada a unidade básica de saúde.
- **Adscrição da clientela**, o que exige definição de território e área de abrangência a serem estabelecidos localmente, tomando-se em conta critérios de ordem sociopolítica e econômica das regiões, bem como densidade demográfica, acesso aos serviços e outros critérios de relevância local.
- **Cadastramento**, ou seja, criação de um sistema de informação, construído localmente através de visitas domiciliares que ajudarão a formar um vínculo entre equipe de saúde e população e um diagnóstico que permitirá identificar, além dos problemas de saúde, outras demandas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.
- A instalação das **unidades de Saúde da Família** poderá acontecer em unidades já existentes ou construídas para tal fim, desde que adequadas ao número de profissionais que irão compor a equipe, obedecendo aos princípios básicos de capacidade instalada, dimensão da população a ser atendida, enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, integralidade da atenção e possibilidades locais.

- É recomendável que a **composição das equipes** contemple, minimamente, um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estas equipes estarão sempre abertas a novas categorias profissionais em função das demandas e possibilidades locais, sendo responsáveis por uma população adscrita e devendo residir no município, com regime de trabalho de dedicação integral. Os ACSs devem residir na área de abrangência de seu trabalho.
- **A atribuição das equipes** envolve atividades a serem constantemente avaliadas através do acompanhamento dos indicadores de saúde da área de atuação, devendo as equipes estar preparadas para:
  - conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas
  - identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta
  - elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença
  - prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde
  - resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados
  - desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos
  - promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de:

- visita domiciliar - com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção
- internação domiciliar - não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe
- participação em grupos comunitários - a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades. (BRASIL, Ministério..., 1997, p.15-16)

Quanto à reorganização das práticas de trabalho, o Ministério propõe a necessidade de um **diagnóstico da saúde da comunidade** e, para tanto, refere-se à

diretriz do cadastramento das famílias da área de abrangência e à conseqüente formulação de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos que norteariam o planejamento e organização das ações de saúde. Também devem ser utilizadas outras fontes oficiais de dados e da comunidade para a construção deste diagnóstico. O **planejamento/programação local** baseia-se na idéia de considerar “tanto quem planeja como para quê e para quem se planeja [...] Além disso o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território [...] visando à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida [...] contrapõe-se ao planejamento centralizado”. (1997, p.19) Esta forma de planejamento amplia a participação e está em consonância com o enfoque estratégico de planejamento utilizado como referencial na construção do distrito sanitário.

O PSF é um dos componentes das políticas de saúde e as unidades que o implementam organizam-se de forma **complementar** ao sistema. Neste programa o atendimento deve ser realizado por uma equipe, visando a uma **abordagem multiprofissional** no enfrentamento dos problemas, de forma enfaticamente preventiva mas também curativa, com integralidade da atenção, em parceria com a comunidade e dentro das possibilidades locais. Quando da necessidade de encaminhamento para níveis de maior complexidade do sistema de saúde, em respeito ao princípio da integralidade da atenção e hierarquização do sistema, deve formar-se um processo de **referência e contra-referência**, em que a equipe do PSF permanece como responsável pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias.

A **educação continuada** é um processo de capacitação e informação que permite atender às necessidades de maneira dinâmica e eficaz, possibilitando aperfeiçoamento profissional, desenvolvimento do trabalho de equipe e criação de vínculo com a população. Este processo, respeitando as realidades loco-regionais, deve envolver também as instituições formais de ensino, tais como as universidades ou, até mesmo, educação à distância na capacitação de recursos humanos. A formação em serviço deve ser priorizada.

O **estímulo à ação intersetorial** deve ser constante, uma vez que os problemas de saúde ou a própria situação sanitária são determinados socialmente e, por sua vez, as questões sociais tampouco serão resolvidas setorialmente.

O **acompanhamento e avaliação** das ações deve considerar a realidade local e a participação popular, dado que seus resultados não são dados meramente técnicos, mas uma informação que interessa a todos os envolvidos, sejam gestores, profissionais de saúde ou população, sendo fundamental sua ampla divulgação e discussão. Os instrumentos usados na avaliação devem aferir minimamente as reais alterações ocorridas no modelo assistencial, a satisfação do usuário e dos profissionais, a qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe e o seu impacto nos indicadores de saúde. Já o acompanhamento e a avaliação da atuação das unidades de Saúde da Família podem ser feitos através da organização de um sistema de informação, de um relatório de gestão e de outros instrumentos a serem definidos pelos gestores municipais e/ou estaduais.

O **controle social**, que na saúde é entendido como a participação da população na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor, é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.142/90. Esta lei definiu, além dos demais fóruns formais e informais, "as conferências e os conselhos de saúde, nas três esferas de governo, como próprios para o exercício do controle social.

No referido documento constam ainda os níveis de competência das três esferas de governo, sendo o nível municipal definido como o espaço de execução da estratégia de Saúde da Família e, portanto, responsável por definir a melhor adequação dos meios e condições operacionais para a sua implementação, cabendo-lhe, dessa forma:

- elaborar o projeto de implantação da estratégia de Saúde da Família para a reorientação das unidades básicas de saúde - eleger áreas prioritárias para a implantação do projeto
- submeter o projeto à aprovação do Conselho Municipal de Saúde
- encaminhar o projeto para parecer da Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite
- selecionar e contratar os profissionais que comporão a equipe de saúde

- promover, com o apoio da Secretaria Estadual da Saúde, a capacitação das equipes de saúde
- implantar o sistema de informações e avaliação da estratégia de Saúde da Família
- acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das unidades de Saúde da Família
- inserir o financiamento das ações das unidades de Saúde da Família na programação ambulatorial do município, definindo a contrapartida municipal
- garantir a infra-estrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, Ministério..., 1997, p. 27-28)

A implantação e implementação do Programa de Saúde da Família que o Ministério da Saúde preconiza e que está fundamentado nos conceitos que norteiam a construção do SUS é o objeto deste trabalho, concretizado através do estudo de caso do município de Joinville.

### 2.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOINVILLE

O município de Joinville localiza-se no Estado de Santa Catarina e, apesar de não ser sua capital, é a maior cidade do Estado, com população em torno de 500.000 habitantes.

Sua atividade econômica predominante é industrial, porém tem um setor comercial e de serviços bastante desenvolvido. Situado próximo ao litoral, é servido por uma grande malha viária, podendo utilizar também o porto de Itajaí para o escoamento de seus produtos.

No setor da saúde, o município vinha demonstrando algum desconforto quanto à organização da atenção à saúde e, em março de 1994, em função do empenho de seu então Secretário da Saúde, membro da Comissão Tripartite no Ministério, é escolhido pelo Ministério da Saúde, juntamente com outros 14 municípios, para iniciar o Programa nacionalmente.

Nesse momento o município era administrado pelo prefeito Sr. Wittich Freitag, filiado ao PFL, e o governador do Estado era o Sr. Paulo Afonso Vieira, do PMDB. Como o governo estadual não demonstrou interesse de adesão à proposta naquele momento, a coordenação do Programa de Saúde da Família de Santa Catarina ficou sediada em Joinville.

Quando a Chefe da Divisão de Assistência à Saúde passa a coordenar

também o Programa, o fato, à primeira vista meramente administrativo, torna-se importante na medida em que coloca o PSF dentro da estrutura da Secretaria da Saúde de Joinville. Nesse momento, a Chefe da Divisão passa a ter um papel determinante na construção do Programa.

A partir de então o nível diretivo da Secretaria começa a discutir o modelo desejado. São visitados os municípios de Niterói e Curitiba para conhecer experiências em andamento, mas é no trabalho do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, que será baseada a construção de sua trajetória particular.

O perfil dos profissionais ocupa parte importante das discussões, que passam a fazer parte da pauta do Conselho Municipal de Saúde. Nesse fórum ampliado foi definido o número de vinte e nove equipes a serem implantadas em função das regiões periféricas que precisavam de atenção, tendo sido priorizadas doze equipes para iniciar o processo.

Pode-se dizer que, operacionalmente, a implantação do PSF em Joinville começa em 24 de julho de 1994.

A implantação dos primeiros Postos do PSF resultou num processo de aprendizado que ajudou a construir o conjunto de saberes do qual a Secretaria dispõe hoje. Estes saberes não são passíveis de ser transferidos de um município a outro, nem do Ministério da Saúde para os municípios, pois são construídos localmente, no espaço das relações institucionais e pessoais, no espaço dos sujeitos.

Quando a Chefe da Divisão é convidada a assumir um cargo de assessoria no gabinete do Secretário, o PSF desloca-se na estrutura e passa a ser gerenciado de dentro do gabinete. Mais uma vez, evidencia-se sua importância na concepção e operacionalização do Programa que gerenciou até abril de 1996.

Desde o início de 1995, começou-se a investir na capacitação dos profissionais na área de Saúde Coletiva, na organização do SUS, na humanização do atendimento e na atenção centrada à família.

Para dar início ao Programa foi escolhido o Bairro Jardim Paraíso, uma

área anexada do município de São Francisco e totalmente abandonada pela sua sede. O posto de saúde funcionava numa oficina de bicicletas, tendo um auxiliar de enfermagem que atendia três vezes por semana. Começou-se a fazer reuniões com o presidente da associação de moradores que, junto com os escoteiros, contaram as casas. A partir daí, nos meses de junho e julho, um médico, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem começaram a visitar as casas e fazer os cadastros, o que era feito utilizando-se o carro destes profissionais, e por sua conta e risco. Isso gerou demanda de consultas, e a equipe passou a trabalhar um turno no posto e outro turno fora. Nesse momento, a Secretaria já havia conseguido dinheiro para as equipes e o local para atendimento. Foram contratados mais um médico, uma auxiliar e um agente de saúde pública para formar nova equipe no Jardim Paraíso.

Cabe lembrar que o agente de saúde pública acima referido é um funcionário da Secretaria da Saúde, contratado, inicialmente, para realizar as tarefas administrativas nas equipes de saúde. Tem 2º Grau completo, recebe salário de R\$ 400,00 e não deve ser confundido com o agente comunitário de saúde tal como é definido na proposta do Ministério.

Em agosto ocorreu a implantação de mais uma equipe no Bairro Aventureiro II, que também funcionava na associação de moradores, em péssimas condições. Ali, o presidente da associação de moradores também colaborou na contagem das casas.

Com essas três equipes, começou a tomar forma o PSF de Joinville, realizando-se reuniões semanais para construir os instrumentos de trabalho e até formalizar algumas questões legais. Os salários foram ajustados à realidade local, muito abaixo da sugestão inicial do Ministério da Saúde (U\$ 2.500,00). O salário do profissional médico foi fixado em R\$ 1.600,00, por oito horas diárias de trabalho (40 horas semanais).

A instalação de novas equipes foi planejada de modo a formar um cinturão na cidade, priorizando novas áreas (anexo 4). A odontologia não fazia e não faz parte do PSF.

Em dezembro de 1994 foi realizado um processo seletivo para implantar mais três equipes que iniciaram o cadastramento no Bairro Paranaguá Mirim. Não havia posto de saúde, dado que o trabalho de cadastrar as moradias e famílias precedeu o início do atendimento.

Cabe um breve comentário, aqui, sobre o fato de que ora se fala em contagem de casas e, em outros momentos, em cadastramento. Inicialmente, começou-se com um trabalho censitário, que foi se ampliando. O cadastramento tem um sentido mais amplo, permite conhecer as famílias, coletar informações detalhadas acerca da realidade de cada domicílio e acompanhar as mudanças que ocorrem, o que permite atualizar o Sistema de Informação do município, do qual o PSF participa de forma complementar. Pelo cadastramento é possível conhecer as condições de saúde da população e identificar suas condições de habitação, bem como os serviços dos quais dispõe, a situação de trabalho e a renda dos moradores.

Em janeiro de 1995 foram completadas as duas equipes do Aventureiro II e as três equipes do Jardim Paraíso, tendo sido colocadas, ainda, uma equipe no Bairro Parque Guarani, três equipes no Bairro Boehmerwald e duas equipes no Bairro Profipo. Todos estes bairros tinham um posto de saúde funcionando de acordo com o modelo convencional e as equipes somente começaram a prestar atendimento depois de concluído o cadastramento. Isto quer dizer que duas práticas se desenvolviam em um mesmo espaço físico. Uma delas centrada na doença, no indivíduo e no saber do profissional médico, e outra centrada na atenção à saúde, na família e na comunidade, no saber de uma equipe multiprofissional e na busca da ampliação da participação da população na construção conjunta de soluções para o enfrentamento de problemas de saúde. Em fevereiro desse mesmo ano houve uma grande enchente, surgindo a necessidade de implantar uma equipe no Bairro Jardim Sofia.

Até o mês de junho não ocorreram novas implantações. O Ministério da Saúde, que desde o início do Programa vem repassando aos municípios um incentivo financeiro por equipe de PSF implantada, não financiou mais do que as seis primeiras das treze equipes implantadas. Este incentivo tem variado anualmente, mas está em torno de R\$ 2.800,00 por mês por equipe e, como o

próprio termo sugere, não se propõe a custear a folha de pagamento das equipes, uma obrigação do município.

Nesse período, o Estado assumiu a coordenação dos doze municípios que já haviam implantado o PSF em Santa Catarina. Entre os meses de fevereiro e março foi iniciada uma capacitação, com recursos do Estado, dirigida às equipes de PSF de Joinville, com a condução pedagógica do Hospital Conceição de Porto Alegre, sobre o que era essa nova forma de atender, com visão de família, saúde coletiva e humanização do atendimento. Paralelamente, foi iniciada uma capacitação técnica para adequar o perfil profissional de alguns médicos especialistas e propiciar conhecimento sobre o SUS.

A não existência de chefias em postos de saúde da rede e a necessidade de uma instância gerencial intermediária entre o nível central e o nível local fizeram com que fosse criado o cargo de coordenador regional. Estes coordenadores, juntamente com as chefias de divisão da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, passaram por um processo de capacitação, realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesco/Curitiba) na área de planejamento e gerência. Paralelamente, a empresa Holus começou um trabalho de cunho comportamental. Apesar da resistência de alguns profissionais médicos, esta assessoria permanece até hoje.

No final de 1995 houve o primeiro concurso público para profissionais do PSF, fato que lhes conferia estabilidade, uma vez que os profissionais do Programa tornavam-se servidores públicos municipais. Em novembro desse ano foi realizado um encontro estadual em Joinville para avaliar o PSF dos municípios envolvidos. Chamou-se: "Estratégias, Dificuldades e Perspectivas do PSF em Santa Catarina". Tal evento revelou a existência e gravidade de problemas que geravam um clima de desconforto e ansiedade nas equipes de Joinville. O trabalho, desenvolvido pelo então Secretário Dr. Altair Carlos Pereira e pela Chefe de Divisão Ana Maria Groff Jansen, ao buscar a solução dos problemas com cada equipe nos seus locais de trabalho evidenciou a necessidade de um coordenador específico para o PSF.

Concomitantemente, tornou-se impossível, para a Chefe de Divisão, manter a assessoria ao Secretário paralelamente à coordenação do PSF e, em abril de 1996, foi convidada a desempenhar esta função, pelo seu perfil e compreensão do processo, a enfermeira Denise Thum.

O episódio evidenciou o grau de importância do PSF para aquela gestão, uma vez que o Secretário da Saúde do município participou pessoalmente das discussões locais. Naquele momento, o Programa de Saúde da Família era a política de saúde do município, a ser desenvolvida em função do entendimento e do interesse do gestor.

Nesse estágio, já haviam sido implantadas mais três equipes em área rural. Esses locais possuíam serviço de odontologia e, depois de 53 reuniões com a população, optou-se por implantar o PSF, mesmo com a perda do atendimento odontológico. Isso aconteceu ainda em fevereiro de 1996 e, devido ao aprendizado anterior, foi um processo bem menos tumultuado. Estas equipes permanecem em número de três e têm conseguido desenvolver um trabalho bastante satisfatório, em razão do crescimento populacional mais discreto na área rural, o que permite uma maior integração entre os profissionais e entre estes e a comunidade. Isto pode ser apreendido da declaração de dois profissionais entrevistados:

A nossa equipe é privilegiada, conseguimos fazer todos os grupos, trabalhamos como uma equipe integrada, a comunidade é bem participativa e nos conhece bem. (auxiliar de enfermagem)

A nossa equipe em especial é muito boa. Temos os nossos conflitos, mas procuramos resolver tudo como uma família. Às vezes nos surpreendemos quando conseguimos nos superar e coisas que achávamos que não eram possíveis acontecem. (agente de saúde pública)

Também na fala do presidente de um Conselho Local de Saúde da zona rural encontramos um grau de satisfação bastante elevado:

O posto de saúde existe há mais tempo, mas o PSF tem uns três anos. Antes o posto não funcionava todos os dias e não resolvia. Agora o médico fica direto no posto. Ainda acho que deveria ter um dentista, também. Mas este Programa é uma das melhores coisas que já foi implantada, porque faz um trabalho preventivo nas famílias [nas casas], para evitar tanta internação. Faz orientação sobre saúde.

Parece que, apesar do número exaustivo de reuniões realizadas com as comunidades envolvidas, a questão da odontologia não é uma unanimidade.

Nessa época, começava a se revelar um descompasso entre os coordenadores regionais, chamados de facilitadores, no PSF, que não haviam sido treinados para este trabalho, e as equipes coordenadas por eles. Em função da ampliação do Programa, também havia sido necessário aumentar o número de facilitadores, os quais, apesar de serem pessoas de reconhecida capacidade técnica, não dispunham de instrumental gerencial específico que os habilitasse para a nova função. Concomitantemente, ingressavam no PSF profissionais oriundos de outros municípios brasileiros que já haviam vivenciado experiências de trabalho semelhantes. Muitos médicos de Niterói, Rio de Janeiro, fizeram a opção de mudança para Joinville em busca de melhor qualidade de vida para si e para sua família.

Em maio de 1996, “sofreram a perda” – segundo a fala de diversos técnicos entrevistados – do Secretário, que tinha o Programa de Saúde da Família como política de saúde, gerando um sentimento de insegurança muito grande entre as equipes do Programa. Apesar de seu substituto ter realizado pós-graduação na Inglaterra, conhecer e acreditar no sistema inglês, o que amenizou o sentimento de ansiedade, ele não conseguiu manter o mesmo nível de identificação que seu antecessor mantinha com as equipes.

Decidiu-se, então, pela realização de um Fórum para avaliar o desenvolvimento do PSF de Joinville, espaço em que, conforme informações da Chefe da Divisão de Assistência à Saúde, apresentou-se às equipes o planejamento estratégico para a saúde do município, elaborado junto à empresa Holus, que prestava assessoria. Não foi possível precisar o nível de participação das equipes na construção do plano apresentado, nem tampouco suas características estratégicas.

Durante esse Fórum apresentou-se também a nova proposta gerencial para o Programa, que apontava três facilitadores específicos para as equipes do PSF encarregados de operacionalizar esse planejamento. Os demais postos ficaram sob os cuidados de outros profissionais, separando o PSF da rede convencional. Tal decisão, ainda que justificada pela necessidade de garantir e consolidar novas

práticas, teve como consequência a criação de duas redes paralelas que se desconhecem e, de alguma forma, entendem a outra como uma ameaça. Parece que, nesse momento, a idéia de complementaridade da atenção curativa e preventiva fica perdida. Ao contrário, passam a ser vistas como opostas, gerando confusões conceituais e práticas.

Essas últimas impressões evidenciam-se na fala de alguns profissionais entrevistados:

O PSF é um programa que visa educar as famílias para a prevenção de doenças para não ter que curar depois. (agente de saúde pública)

Nunca trabalhei na rede, mas o que ouço é que trabalham mais no curativo, não tem visitas domiciliares, ações educativas, etc. O médico chega, atende e vai embora. (médica)

Dizem que o PSF é uma tentativa de inverter o modelo curativo para o preventivo. (enfermeira)

O PSF está desarticulado do resto do sistema [...] existe até uma rixa entre a rede e o PSF, os coordenadores não se entendem. A rede acha que o PSF tem mordomias. (médico)

Outros, porém, parecem fazer uma análise crítica importante para repensar as formas de articulação do PSF com o Sistema de Saúde:

A diferença está nos profissionais de saúde. O PSF também é um modelo que precisa ser revisto. O profissional de saúde pública deve apresentar um perfil que lhe permita desenvolver atividades de saúde coletiva independentemente do Programa. Outra diferença é a carga horária maior do PSF, que possibilita programar atividades, estar mais na comunidade. É uma questão de se organizar, se agendar. (enfermeira)

Não se pode esperar do PSF o que os outros não resolveram durante anos. Precisa-se solucionar a dicotomia de resolver a atenção à demanda e à prevenção. Não adianta, a prevenção, dentro dos limites institucionais, não consegue equacionar a demanda. [...] Muitas coisas que alimentam a dicotomia entre a rede e o PSF estão baseadas no desconhecimento de ambos. Parece que, fundamentalmente, a diferença é a criatividade reforçada pelo instrumental que o PSF utiliza. O nível de conflito no PSF é muito maior e talvez seja este o estímulo que aumente o compromisso do profissional com o Programa. No fundo a lógica é a mesma. (médico)

É sempre bom lembrar da necessidade de não atribuir os problemas de implementação operacional à concepção teórica que a fundamenta.

A partir daquele momento, os três facilitadores e a coordenação do Programa passaram por uma capacitação gerencial intensiva, durante um período de 45 dias, que procurou iniciar um novo modelo gerencial. Nesse processo, uma equipe do PSF sempre assumia a responsabilidade pelo desenvolvimento de um

plano de ação e suas táticas. Posteriormente, este plano era discutido e validado por todas as equipes, sendo então implementado.

Desde então, as equipes tornaram-se muito mais instrumentalizadas para fazer seus planos, operacionalizá-los e avaliá-los. Esse processo é apresentado e discutido em um Fórum anual.

Desde o início desta gestão, o PSF passa por inúmeras crises. O atual prefeito, Sr. Luiz Henrique da Silveira (PPB), ao assumir, deixa claro seu descrédito com relação ao Programa. O plano de governo municipal não priorizava a saúde. Mesmo durante a campanha foi utilizado o eixo dos 3E, cuja preocupação era Estrada, Escola e Emprego. Quando o prefeito assumiu, tinha uma visão distorcida do PSF, considerando-o algo paralelo e privilegiado. Tomou medidas de contenção financeira que afetaram a todos e, de modo particular, aos profissionais do PSF.

As equipes buscaram apoio na mídia local (jornal, tevê), tornando pública a discussão sobre os rumos da política municipal de saúde. Durante a realização do primeiro Fórum, nos meses de junho e julho de 1997, houve um sério confronto com o Secretário, Dr. Iberê Pires Condeixa, na apresentação do planejamento, por este não defender o PSF junto ao prefeito, o que afetou a relação das equipes com diversos níveis de gerência da Secretaria. Esta situação gerou a necessidade de reuniões com as equipes, Secretário, Chefe de Divisão e Coordenadora do Programa, no sentido de tentar encontrar formas de negociar a saída da crise, que também era financeira e atingia todo o Sistema de Saúde do Município, não apenas o Programa de Saúde da Família. Após as reuniões com o Secretário, o nível diretivo da instituição passou a trabalhar em um processo de construção de credibilidade na gestão.

O PSF continuou trabalhando para tentar mostrar resultados concretos que justificassem o tratamento diferenciado, e parece que esse trabalho já apresenta resultados, na medida em que o prefeito, hoje, mantém um diálogo com representantes do Programa. Além disso, a prefeitura tem investido em *marketing* apontando o PSF como estratégia do município para a saúde, concretizando a abertura de vagas para completar as equipes.

Apesar disso, parece que as dificuldades ainda estão longe de ser superadas. O Secretário da Saúde afirma:

Os profissionais que começaram o PSF, aqui, consideravam-se uma elite superior, ganhavam muito mais que os demais profissionais da rede, eram todos de fora do município, com tendências à esquerda e com, aproximadamente, 20% da população na mão. [...] Por outro lado, esses profissionais ganhavam muito e possuíam uma série de vantagens que não fazia sentido, tal como terem dias para se reunirem todos e outras coisas mais.

Tal visão dos fatos não parece ser compartilhada por um dos médicos entrevistados:

O modelo está em crise, como se fosse autofágico. Inebriou-se com seu brilho e esqueceu de enfrentar suas contradições. Chega a esquecer suas limitações financeiras e deixa de exigir formação específica. Isto retrata a falta de vontade política.

Como se vê, o conflito estabelecido não pode ser entendido, simplesmente, como uma limitação de ordem econômica e este é um desafio que precisa ser superado para evitar um desvio de trajetória que pode significar um retrocesso no processo desencadeado pelo município.

A demanda da população pelo PSF, ou seja, a legitimidade que este tem conquistado, também tem sido fundamental para sua permanência e transformação, minimamente de forma discursiva, em estratégia de gestão. Alguns depoimentos de lideranças comunitárias comprovam esta hipótese:

O PSF é uma prevenção para o futuro, o mundo caminha para isso. O resultado não é imediato, mas esse é o caminho. [...] Hoje tem pessoas que “caíram na real”, entenderam que também são responsáveis pela sua saúde. (presidente de associação comunitária)

O PSF trouxe mudanças à comunidade. Passaram a conhecer e entender o que é prevenção. Agora a comunidade sabe onde buscar atendimento, porque tem áreas determinadas de atenção para cada posto. (presidente do conselho local de saúde)

O PSF compartilha responsabilidades com as famílias, orientando e apoiando os internamentos domiciliares, oferecendo alternativas de sobrevivência semelhantes aos grupos dos programas do posto de saúde. (conselheiro do conselho municipal de saúde por uma associação comunitária)

Diversas capacitações técnicas específicas foram desenvolvidas e hoje existem 22 equipes, distribuídas em 16 postos de saúde e compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares e dois agentes de saúde pública. Quando há duas equipes em um mesmo posto, o número de auxiliares e agentes diminui.

Atendem 23% da população do município, cerca de 95.000 pessoas, contando com 107 profissionais, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, sendo 98% deles concursados. Estes profissionais contam com transporte tipo kombi para o acesso aos postos de saúde, nos quais permanecem o dia todo à disposição da população local, sendo remunerados diferenciadamente através de Lei Municipal específica.

Segundo a coordenadora do Programa,

as equipes do PSF entendem que sua missão é de desenvolver na comunidade a idéia e a prática de saúde como qualidade de vida e um direito à cidadania, através do atendimento à família de forma diferenciada, a nível ambulatorial e domiciliar, conhecendo e respeitando a realidade onde ela vive, com o compromisso de realizar ações coletivas e individuais de atenção, promoção, prevenção e participação comunitária.

Existem, ainda, 23 postos de saúde da rede convencional (aquelas que não trabalham dentro dos princípios de saúde da família) com equipes proporcionais ao número de habitantes da área. Todo posto oferece, no mínimo, um clínico e um pediatra, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem em cada um dos dois turnos, um agente de saúde pública por turno, um dentista por turno e um auxiliar de consultório dentário. Nas sedes de regional, onde há maior complexidade no atendimento, existem ainda três gineco-obstetras e uma equipe de saúde mental. Trabalham atendendo à demanda e fazendo os programas.

No entanto, a Divisão de Assistência à Saúde compreende o PSF como estratégia para mudar um modelo de atenção centrado no médico, no remédio e na doença.

Uma das ações, segundo a Chefe da Divisão, foi a realização de um planejamento estratégico para a Secretaria, em que um dos objetivos é a mudança do modelo de atenção à saúde de modo a centrá-lo na família.

Todas as chefias da Secretaria Municipal da Saúde, inclusive as hospitalares, passaram por uma capacitação em desenvolvimento gerencial, que veio a ser consolidada por uma nova capacitação realizada pelo Nesco/Curitiba em 1998. Participaram as equipes do Programa de Saúde da Família e algumas

gerências da Divisão, não capacitadas anteriormente, na tentativa de iniciar um processo de integração entre a rede convencional e o Programa. O fato de se intensificar um processo de produção de conhecimento e investimento no PSF gerou um sentimento de desprestígio nas coordenações e chefias da rede convencional, levando à necessidade de se discutir a implementação do modelo desejado na rede.

Outra ação é o estudo para a modificação de alguns programas que servem de apoio à estratégia da mudança. Para a SMS, o modelo de saúde da família tem como eixo estruturante a família (“entendida como a célula da sociedade e também como meio social”) e é centrado em quatro pilares: adscrição da clientela, diagnóstico local, planejamento local e trabalho em equipe.

A partir de então, começou-se a trabalhar com áreas de atenção ainda centralizadas. Em relação à saúde oral, foi realizada a adscrição da clientela, garantindo o atendimento de crianças de 0 a 7 anos e gestantes. A idéia é ampliar, incrementando a atenção nos próximos anos. O planejamento das ações é compartilhado com os Conselhos Locais de Saúde, a escola, a Associação de Pais e Professores, além de ser em equipe (dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental). A escola tem obrigação, por lei municipal, de promover a escovação e aplicação de flúor uma vez por semana.

Paralelamente, discute-se o trabalho da saúde mental, que começou a ser modificado em março, seguindo a mesma linha. A equipe de saúde mental (um psiquiatra, um psicólogo de adultos, um psicólogo infantil e um terapeuta ocupacional) é responsável pela supervisão nas regionais, além dos atendimentos específicos.

Segundo a Chefe da Divisão de Assistência à Saúde, tudo que está sendo discutido e modificado se dá, fundamentalmente, nos mesmos moldes da saúde da família, e as diretrizes gerais já vêm sendo as mesmas para o PSF e para a rede há algum tempo.

O sistema de informação em saúde é bastante deficiente, fazendo com que a epidemiologia não consiga aportar a avaliação da atenção ofertada à população.

Isso faz com que não seja possível verificar alterações significativas nos indicadores de saúde, e tampouco se as alterações detectadas são especificamente ocasionadas pelo trabalho do PSF.

Essa situação tem sido uma constante nas mais diferentes realidades, e parece que o PSF não tem contribuído em nada para alterá-la. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é consolidado e zerado mensalmente, o que impede posterior estudo, por área de abrangência, dos níveis de saúde da população. O mais interessante é que este sistema contraria objetivos específicos do PSF enunciados pelo próprio Ministério da Saúde, tais como a atenção às necessidades de uma população adscrita, a intervenção sobre os fatores de risco de determinada área ou a democratização do conhecimento dos níveis de saúde de determinado grupo social.

Apesar disso, segundo informação da coordenação do PSF, é possível dizer que ocorreu uma redução no número de internações hospitalares por causas tratáveis ambulatorialmente, e diminuiu em cerca de 30% a procura pelo Pronto-Socorro do Hospital Municipal São José na população residente nos bairros atendidos pelo Programa, que apresenta um índice de 96% de resolutividade dos casos atendidos. E, o que parece relevante, o PSF tem conseguido reduzir o custo por atendimento no município. Enquanto um atendimento na rede convencional custa R\$ 9,24, nos postos do PSF fica em R\$ 6,68, apesar dos salários diferenciados e das “regalias”, tal como foi citado.

Ainda que empiricamente, os resultados parecem estar superando as expectativas, e a Divisão de Assistência à Saúde entende que chegou o momento de reunificar gerencialmente as unidades. Neste momento, estão apresentando os instrumentos do PSF aos coordenadores e integrando-os com as equipes do PSF para que, no final de julho ou início de agosto, essa operação seja concretizada. De agosto a dezembro de 1999, três objetivos devem ser alcançados:

- a) sensibilizar os profissionais da rede para o novo modelo;
- b) realizar capacitação comportamental;

c) realizar capacitação conceitual e instrumental para todos.

Até o final do ano, espera-se que cada posto de saúde possa ter realizado a sua adscrição de clientela.

Ainda assim, a Chefe da Divisão de Assistência à Saúde afirma que:

As mudanças na forma de entender saúde ainda são muito incipientes. Para mudar o conceito, é preciso mudança de cultura. O médico ainda é o centro, saúde ainda é ausência de doença, etc. As equipes ainda trabalham *para* a população e não *com* a população.

O que não poderia deixar de ser comentado é a permanência desse paralelismo das duas formas de atenção. Ainda que esteja sendo pensada uma transferência de instrumental do PSF para a rede convencional, suas práticas mantêm uma independência que coloca em risco a construção do sistema. Em primeiro lugar, é preciso evitar o enclausuramento do PSF nas regiões de periferia. Este fato poderia transformá-lo em uma estratégia barata de enfrentamento de problemas de saúde em áreas de pobreza. Ainda, é necessário compreender a complementaridade das duas práticas que, se se dessem de forma integrada, em um mesmo território, poderiam ampliar sua capacidade resolutiva com melhoria da qualidade da atenção pública.

Em entrevista realizada com uma enfermeira, em Joinville, ouviu-se o seguinte comentário a respeito do PSF:

O PSF não é diferente de atenção em Saúde Pública. Não consigo ver nada de diferente do que a gente estudou na faculdade. Pra mim é o que tinha que acontecer. Nós tivemos tudo isso na faculdade só que sem o nome de PSF, então pra mim é isso que a Saúde Pública deve ser. [...] a equipe mudou suas práticas em relação à rede convencional e a população recebe uma atenção muito diferente.

Este depoimento é reforçado pela fala de um médico:

O PSF é uma aplicação daquilo que é preconizado para o SUS pela Constituição Federal, pela Lei nº 8080 e pela Conferência de Alma Ata de 1978 em relação à atenção primária em saúde. Teve inspiração no médico de família do Canadá, no *General Particioner* inglês e no médico de família de Cuba. Isto foi proposto em pacote pelo Ministério da Saúde como uma forma de implementar algo que já se vinha tentando fazer há 30 anos. Não tem nada de novo. Este pacote facilitou a implantação.

Quando se fala em construir um novo modelo, entendido como a forma com que as ações de saúde são produzidas, organizadas e distribuídas, a

possibilidade de construção de novas políticas faz com que mude nosso objeto. Portanto, exige novos métodos de trabalho e a estruturação de organizações que permitam o desenvolvimento desses métodos. Caso contrário, as organizações podem condicionar o desenvolvimento do método e, conseqüentemente, a construção do objeto.

Seguindo este raciocínio, se existe mudança de modelo na SMS de Joinville, então a Secretaria deveria ter desenvolvido mecanismos administrativos e organizacionais que permitissem o desenvolvimento do novo modelo.

Porém, o que se percebe é uma estrutura burocrático-administrativa que ainda atende, prioritariamente, à lógica da produtividade por procedimento e com pagamento diferenciado pelo procedimento médico. Seu sistema de informação ainda é centralizado, ou seja, atende às necessidades de informação do nível central. Permanecem em paralelo duas redes de atenção que a instituição tem dificuldades sérias em integrar. Parece que o que se coloca é uma nova prática para operacionalizar um modelo bastante conhecido.

## **CAPÍTULO 3**

### **ALCANCES E LIMITES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **3.1 SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMA OU ESTRATÉGIA?**

O Ministério da Saúde tem reforçado, junto aos municípios, a idéia de que Saúde da Família não deve ser entendido como um programa dentro da visão programática já discutida no capítulo anterior. Sua recomendação é no sentido de que passe a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família.

Mario Testa afirma que as ações que se desenvolvem dentro das instituições acabam por orientar a definição de estratégias de ação. O termo tem a ver com comportamentos organizacionais que visem à condução de situações nas quais a conquista de um objetivo exija a superação de obstáculos. Assim, a estratégia é a forma com que um ator se coloca em situação de se aproximar de seu objetivo, seja ganhando espaço, tempo ou condições favoráveis à ação.

Situações de enfrentamento exigem que se pense estrategicamente e é, justamente, na tentativa de construir viabilidades frente a situações instáveis, complexas e conflitantes que o termo tem sido empregado.

Para o autor mencionado, estratégia é a forma através da qual um ator social implementa determinada política que é, fundamentalmente, uma proposta acerca da distribuição do poder.

Neste trabalho, entende-se que o poder é exercido em situação de alteridade e o pensamento estratégico é um pensamento sobre poder. Ele se constrói em relações características das sociedades opacas, ou seja, autoritárias e centralizadas, e é mantido por essa opacidade. É uma categoria de análise, pois além de possibilitar um grau de abstração da realidade, possui capacidade explicativa.

A idéia de poder está intimamente ligada ao Estado e assume concretude quando este se utiliza da coação, ou violência, para manter a ordem social.

Dois exemplos clássicos da história podem ser citados: as estratégias de tomada de poder – uma via revolucionária que emprega a força – e a guerra de trincheiras – uma via que propõe a construção de uma contra-hegemonia.<sup>14</sup>

É a ideologia (o saber e a prática) que aporta os processos transformadores que, na saúde, acontecem sempre através da segunda forma, aquela que propõe a ocupação de espaços que vão sendo paulatinamente transformados, avançando sempre que possível ou aguardando a oportunidade. Esta postura é sustentada pelo entendimento de que a sociedade moderna cria espaços sociais que podem ser convertidos em espaços de luta política e de avanço. A prática deste saber é a democracia postulada pelos países capitalistas democráticos.

No caso de Joinville não aconteceu de modo diferente. O PSF é implantado de forma bastante intempestiva e experimental em um momento histórico da saúde do município quando, em 1994, o gestor teve poder de decisão para aderir ao projeto que se constituía nacionalmente. Com a prática de saúde da família o gestor se legitimou junto aos profissionais das equipes de saúde e junto a diversos segmentos da população. O PSF segue crescendo e mantendo espaços por mais uma gestão. A seguir, em função da legitimidade que alcança, da ideologia que predomina entre seus profissionais e do recurso de poder acumulado em função de sua prática, o PSF começa a se tornar um problema.

É importante lembrar que a rede convencional trabalha dentro de uma lógica de atenção à demanda espontânea, com número de atendimentos médicos limitados e sem a criação intencional de vínculo com a comunidade. Esse processo de trabalho não estimula o sentimento de responsabilidade pelos níveis de saúde de determinado grupo, mas é esta a lógica que tem norteado a relação dos profissionais de nível superior, principalmente do médico, com os serviços públicos

---

<sup>14</sup> Para Gramsci, essas duas vias são a guerra de movimento e a guerra de posições, respectivamente. A guerra de posições diz respeito ao amadurecimento do conflito de classes de forma organizada quando a luta aberta não é possível ou quando é necessário preparar suas condições. Visa à subversão da estrutura e do bloco dominante; não significa imobilismo, mas sim a conquista lenta e progressiva na complexa luta política. (Macciocchi, 1976)

de saúde e população, transformando a rede pública em um emprego complementar e de menor importância.

O que é preciso observar é que este é o pensamento hegemônico entre os profissionais médicos e que tem sido reproduzido, até mesmo, dentro das escolas médicas. Entenda-se aqui hegemonia no sentido que Gramsci dá a este conceito, que articula teoria e prática, teoria e ação, política. Hegemonia exige a unidade de teoria e ação, pois somente a consciência teórica e cultural é que confere coerência à ação. A hegemonia exige conquistar alianças para fornecer base social a um determinado processo e, por isso, é capacidade de direção política, moral, cultural, ideológica e, ao mesmo tempo, capacidade de dominação. (Gruppi, 1978)

Já o PSF introduz uma prática que une duas lógicas, a preventiva e a curativa, e que garante uma equipe de saúde presente em um território, estimulando e facilitando a participação popular e criando vínculo com a comunidade ali residente. Nesta equipe, da qual o profissional médico participa, são discutidas as soluções para os problemas de enfrentamento contínuo, criando-se um canal de democratização da informação e de construção de co-responsabilidade. Este processo de trabalho pode resultar em uma formação crítica, produto de intervenção ativa e consciente no processo histórico e social. Nessa perspectiva, o PSF tem capacidade de se transformar em um espaço contra-hegemônico, de se tornar dirigente ao indicar de modo concreto a solução para os problemas, de conquistar adeptos para a sua concepção da realidade (Gruppi, 1978). Neste momento a ideologia dominante passa a agir coercitivamente, começam a surgir as perdas: de salários, de comunicação, de auto-estima. A rede convencional tem medo do PSF, pois se não conseguir submetê-lo será submetida. O profissional médico ainda luta contra a evidência de seu assalariamento e a perda da sua virtual autonomia.<sup>15</sup>

As equipes de PSF, para exercer sua prática de forma resolutive, exigem o respeito por uma relação numérica entre equipe e população da área de

---

<sup>15</sup> Reproduzindo, com este comportamento, o que o imaginário social faz da profissão.

abrangência. O respeito por essa relação é que possibilita às equipes o reconhecimento e apropriação do território-processo e a formação de vínculo com a comunidade na busca de soluções conjuntas para os problemas encontrados. Outro fator importante é a troca de experiência através de contato periódico entre equipes de diferentes territórios, relação que constrói uma concepção de mundo de forma consciente, democratizando o conhecimento e favorecendo a formação crítica. Para que isso aconteça, os salários dos profissionais que compõem estas equipes, e que cumprem uma carga horária de 40 horas semanais, precisam ser compatíveis com os do mercado. É preciso tempo e condições técnicas, materiais e financeiras, para produzir conhecimento novo e mudar concepções arraigadas.

Por sua vez, as novas gestões têm, sucessivamente, sobrecarregado as equipes de PSF, deixando-as com um número menor de profissionais do que o recomendado, e ao mesmo tempo criando novas equipes em novos Postos de Saúde, fato que acaba por forçar a volta das velhas práticas, retendo os profissionais dentro do Posto de Saúde para atender à demanda. Os salários têm sido achatados e as possibilidades de encontros que facilitem a troca de conhecimento têm sido cada vez mais raras.

É preciso lembrar que poder é luta, é relação de controle e sujeição na luta poder-resistência, macroexercido nas relações entre classes e grupos sociais e microexercido nas relações entre pessoas. O poder não é só poder de Estado, mas se articula ao Estado e é relação sempre desigual, presente em todas as relações sociais, com base material ou não. Para Testa, o poder é uma categoria explicativa da realidade e o pensamento estratégico objetiva alterar as relações de poder/capacidade de uma classe social para realizar seus objetivos históricos. Mas não é só capacidade, é também relação – cujo resultado é sempre algo novo, diferente dos interesses estritos de cada participante – que constrói a sociedade e é intrinsecamente ligada ao Estado. Nessa perspectiva o poder é sempre construído e tem ligação intrínseca com o conceito de hegemonia em Gramsci.

A hegemonia tende a construir um bloco histórico na medida em que busca

realizar uma unidade de forças sociais e políticas diferentes, mantendo-as unidas através da concepção de mundo que legitima. Quando um grupo consegue cooptar e alinhar atores em torno de uma nova concepção, começa-se a formar uma contra-hegemonia que é também política e cultural e tende a uma nova prática necessária à nova teoria. É assim que o PSF pode ser entendido como um espaço contra-hegemônico na assistência à saúde.

Voltando à afirmação de Testa, de que o centro da problemática estratégica é o *poder* e que ele deve ser entendido enquanto exercido em organizações – e dessa forma pode ser tipificado –, e refletindo sobre o que foi dito, o poder técnico, aquele que se refere à informação, é fundamental para a criação de espaços a serem ocupados por ações transformadoras ou contra-hegemônicas.

Os processos de contratação de pessoal para o Programa na Secretaria Municipal da Saúde de Joinville não apresentam critérios claros e têm se dado de forma assistemática. Na verdade, os profissionais têm sido contratados mediante uma entrevista e a exigência de conhecimento específico na área não tem sido decisiva para as contratações. O fato de os processos seletivos não exigirem formação específica ou conhecimento comprovado no campo de saber da Saúde Coletiva também é uma forma de garantir uma compreensão limitada do processo de trabalho e restringir os movimentos deste grupo de profissionais a meras ações pontuais de cunho reivindicatório. Se toda ação deve ser analisada quanto à sua viabilidade e impacto na distribuição do poder dentro e fora do setor, ainda que sem poder garantir sua intencionalidade, esta é uma ação que preserva os valores hegemônicos e dificulta a articulação de uma contra-hegemonia no setor.

As entrevistas realizadas também revelam este entendimento entre os profissionais do PSF, a exemplo do que se expressa na seguinte fala de um médico: “O modelo não se sustenta ideologicamente, pois ao admitir pessoas sem formação específica, permite distorções”.

A relação que se estabelece no **postulado de coerência** proposto por Testa pode ajudar a entender a necessidade de construir um objeto (propósito) que

seja comum a um grupo que deve, em função deste objeto, escolher o método mais adequado para construí-lo. A terceira ponta desta relação indica a necessidade de a organização garantir a construção e desenvolvimento do objeto.

No caso de Joinville, a forma com que o PSF foi estruturado comprometeu a possibilidade de ganho de poder. Ao ser estruturado de forma paralela, ou seja, como mais uma forma de prestar assistência, deixa de ter a possibilidade de ser hegemônico. Torna-se frágil, como uma experiência que, se não der certo, pode ser interrompida a qualquer tempo. Parece que a única gestão que verdadeiramente acreditou no PSF como política de saúde para o município foi exatamente aquela que o implantou. Desde então, o PSF tem sido mantido sempre como um apêndice na Divisão de Assistência à Saúde, enfrentando as diversas perdas já mencionadas.

A luta pela hegemonia precisa envolver os diferentes níveis sociais. A supremacia do bloco dominante entra em crise quando, apesar de manter a dominação, sua capacidade de dirigir um processo se perde em função de sua concepção de mundo não conseguir embasar a resolução de problemas. Para que um novo bloco histórico se forme, é necessário que uma nova consciência se consolide e assim o grupo, até então hegemônico, perca sua supremacia.

A manutenção do propósito de consolidação do PSF como uma política exigiria, pelo menos, sua expansão na organização, que deveria adequar-se às práticas contra-hegemônicas por ele propostas. O que ocorre, na realidade, é a sobrecarga das equipes, que são obrigadas a permanecer nos Postos de Saúde fazendo atendimento à demanda e respondendo a uma cobrança institucional por produtividade. Esta prática implica negar os próprios princípios do Programa, uma vez que as equipes deixam de conhecer seu território de atuação, dificultando a atenção domiciliar, a identificação dos problemas a serem enfrentados e a formação de uma relação de parceria com a comunidade. Ou seja, prevalece a velha fórmula assistencial de produzir saúde. Isto torna impossível que o PSF forme um bloco hegemônico e se consolide.

### 3.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDE CONVENCIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Um outro aspecto que deve ser analisado é o modo como o Programa se relaciona com a rede convencional de atenção básica à saúde. A separação física que existe entre o PSF e a rede faz com que sejam desconhecidos um para o outro. A primeira reação frente ao desconhecido é o medo e aí está a origem da falta de entendimento e da impossibilidade de troca. As diferenças são profundas, dizem respeito a salário, jornada e processo de trabalho, porém examinadas superficialmente criam julgamentos distorcidos. A proposta de fazer a apresentação da lógica do PSF para a rede após cinco anos de existência do Programa parece um pouco tardia. Além disso, também não parece sensato que seja realizada de forma vertical, através de gerentes ligados ao nível central. A convivência e a conseqüente troca horizontal entre a rede e o PSF são muito mais eficazes.

Há também o fato de a Secretaria Municipal da Saúde dispor de profissionais que atendem a duas lógicas: uma curativa, que trabalha com problemas de enfrentamento ocasional, atendendo à demanda espontânea, e outra, preventiva, que trabalha no enfrentamento de problemas contínuos, que têm estreita relação com as condições de vida e a inserção dos grupos sociais no processo produtivo. No SUS, a construção de um Sistema Municipal de Saúde exige que ambas estejam presentes; então, por que não entendê-las como duas faces de uma mesma moeda? Por que não aproveitar o que cada um sabe fazer bem feito para atender de forma efetiva determinado território-processo? Parece que também o método de construção do PSF e suas representações não apresenta coerência com o objeto que se propõe construir.

Essas indagações tratam de evidenciar que as relações estabelecidas entre o PSF, suas práticas e representações e a rede convencional não são uma questão técnica, mas sim política, pois o cumprimento de um plano (propósito) depende de luta política e se insere no quadro da disputa pela hegemonia. Então, pode-se perguntar: qual é, hoje, o propósito da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville?

Para Gramsci, os intelectuais são aqueles que elaboram a ideologia. Os diferentes grupos sociais formam intelectuais que se tornam os técnicos da produção, mas também emprestam à classe dominante a consciência de sua própria função, tanto no campo político quanto social, conferindo-lhe homogeneidade e direção. Todo grupo social, quando se afirma no campo econômico, deve elaborar sua própria hegemonia política e cultural. Para isso precisa criar os próprios quadros, os próprios intelectuais – intelectuais orgânicos –, que já encontram os intelectuais formados pela sociedade precedente, os intelectuais tradicionais. Aqui Gramsci quebra com o conceito tradicional de intelectual, conferindo esta condição a todo aquele que tem função dirigente, é um educador de massa, um organizador (Gruppi, 1978). Dessa forma, a população pode ser introduzida como um ator social no espaço formal das instituições públicas de saúde.

Este resgate conceitual faz-se necessário para pensar nas possibilidades de análise do quadro estabelecido.

É possível perceber a existência de, minimamente, cinco atores sociais: o nível central da Secretaria, as equipes de Saúde da Família, a rede convencional, o setor privado da saúde e a população usuária dos serviços. A análise a seguir parte do entendimento de que nenhum destes atores coletivos se constitui em bloco homogêneo de pensamento, mas se baseia no exercício e nos resultados de sua prática cotidiana para defini-los da forma que se segue.

O nível central da Secretaria está restrito às diretrizes emanadas do Secretário. Fazer com que o serviço funcione, não receber muitas queixas por parte da população e dedicar-se às questões de ordem administrativa ocupam seus afazeres cotidianos. A idéia de conflito tem sempre um caráter negativo para o nível diretivo do gabinete, fato que faz com que tanto as reivindicações externas (da população) quanto as internas (dos gerentes institucionais) encontrem um alto grau de resistência. Esta condição é característica das estruturas opacas – aquelas que não apresentam a transparência necessária à participação – e verticalizadas. As decisões que alteram papéis (funções), estruturas ou estratégias são tomadas

dentro do gabinete. Este ator tem, portanto, um grau bastante limitado de compartilhamento e um poder de decisão elevado, caracterizando uma estrutura centralizada e uma direção autoritária.

As equipes do Programa de Saúde da Família fazem a assistência à saúde e conhecem a população do território onde atuam. Gerenciam conflitos constantemente, pois recebem as demandas da população e da Secretaria, tendo que tomar decisões constantemente. Isto faz com que compartilhem uma situação desejada, explicitada cotidianamente, ainda que muitas vezes com linguagens diferentes. Por serem multiprofissionais, também encontram-se, em tais equipes, diferenças de visão de mundo, culturais e políticas que geram conflitos e contradições dentro das próprias equipes .

As equipes de PSF não possuem chefia local, fato que as obriga a resolverem seus conflitos homogeneizando a linguagem, aproximando concepções de mundo para a tomada de decisões conjuntas, o que aumenta sua coesão interna, obrigando à formulação de co-responsabilidade e a uma prática democrática. Tal situação aumenta a capacidade de tomar consciência de si como ator social, como grupo social e, a partir daí, construir a teoria que embasa sua ação política. Nessa perspectiva, o conflito que é imposto pela realidade é resolvido pelo intelectual orgânico. Está dada a possibilidade de construção de uma contra-hegemonia.

As equipes da rede convencional realizam um trabalho há muito normatizado. Não possuem, igualmente, chefia local, porém tampouco compartilham a formulação de qualquer imagem objetivo com a população, fato que não estimula o compromisso. Cumprem as decisões emanadas do nível central com baixo grau de questionamento, uma vez que sua atuação segue o pensamento do bloco hegemônico que detém o poder na Secretaria Municipal da Saúde. Existe um sentimento de rivalidade e desconforto entre a rede convencional e o PSF, evidenciado em algumas falas de profissionais do Programa:

existe até uma rixa entre a rede e o PSF. Os coordenadores (nível central) não se entendem. A rede acha que o PSF tem mordomias. (médico)

Muitas das coisas que alimentam a dicotomia entre a rede e o PSF estão baseadas no desconhecimento [mútuo]. (médico)

A rede trabalha só com demanda e atende mal e porcamente. Atende um número de fichas e não importa se alguém está morrendo. Não cria vínculo com a população. (médico)

Não dão atenção como a gente. Se não tem vaga, não tem e acabou. Às vezes a necessidade é de atenção, e esta é uma necessidade também. (agente de saúde pública)

Na rede o usuário chega, é atendido, vai embora e tu não sabes quem ele é. No PSF a gente conhece todos os membros da família, sua estrutura, como é a casa, as condições econômicas, etc. (auxiliar de enfermagem)

Não existe preocupação da equipe [da rede] com a situação de saúde do bairro. (enfermeira)

Eu nunca trabalhei na rede, mas o que eu sei é que o médico não faz visita domiciliar, o agente é mais administrativo, o auxiliar não sai e não tem trabalho com a comunidade. (agente de saúde pública)

Esses comentários espelham o conflito que se estabelece entre dois blocos históricos que lutam pela hegemonia e que caminham em direções opostas porque entendem o poder e a prática da saúde coletiva de formas distintas.

O setor privado da saúde em Joinville tem se relacionado conflituosamente com o setor público, principalmente através das internações hospitalares e dos planos de saúde. Os hospitais privados têm se negado a internar pelo SUS, fazendo com que o sistema público fique restrito ao Hospital Municipal São José, que, muitas vezes, torna-se insuficiente para atender à demanda, ficando sem a possibilidade da contrá-referência do atendimento realizado. Esta situação não permite o acompanhamento do cidadão atendido dentro do sistema hierarquizado, que tem como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde. Tal fato também impede a construção efetiva de um Sistema Municipal de Saúde, uma vez que este deve atender em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde. A negativa de atendimento decorre fundamentalmente de duas razões. A primeira, de cunho ideológico, vê o SUS como uma ameaça à iniciativa privada na saúde e não tem interesse no seu bom funcionamento. A segunda, de ordem econômica, diz respeito à defasagem da tabela de pagamentos do Sistema, que é, em média, de 80% em relação aos valores de mercado; mas que também termina por explicitar uma postura ideológica do Estado, que se alia, nesse momento, com o setor privado. O que existe é uma disputa de poder entre dois blocos.

Já a população usuária do sistema é o grupo mais heterogêneo entre os atores mencionados. Aqui não foi utilizado o termo *comunidade* de forma proposital. A mobilidade dos grupos de baixa renda faz com que associações transitórias se formem, sem implicar, necessariamente, interesses *comuns*. Sua demanda tem sido por atendimento, porém naqueles grupos onde a ligação com o território se estabelece de forma mais permanente, o PSF tem se legitimado e tem encontrado neste ator a garantia mínima de sua continuidade. Portanto, a contra-hegemonia do PSF só se torna possível quando se alia à população que lhe dá sustentação. Nessa medida, os profissionais do PSF que formam as equipes constituem-se em intelectuais orgânicos e representam os interesses da população que atendem dentro da Secretaria.

Um caso ocorrido recentemente em Joinville ilustra bem essa situação. O trabalho de uma médica componente de uma equipe do PSF, que pratica e ensina a fitoterapia e se reúne constantemente com a população do território atendido na busca de soluções alternativas para a criação de renda, começou a ser considerado uma ameaça ao poder de uma líder comunitária, candidata a vereadora pelo mesmo partido do governo municipal. A líder comunitária, por sua vez, exercia uma prática assistencialista e clientelista e, agindo de má-fé, coletou abaixo-assinado fraudulento, solicitando o afastamento da médica. Apesar de, inicialmente, ter ocorrido o afastamento, a pressão de outras lideranças e a comprovação da fraude do documento apresentado, o depoimento de alguns profissionais do nível central e o apoio e pressão por parte de outros profissionais do PSF terminaram por reintegrar a médica à equipe, que voltou aclamada pela população. Neste momento, o PSF obteve a condução e o domínio do processo.

Uma vez que a hegemonia tende a construir um bloco histórico, parece possível identificar os atores mencionados desde o começo desta análise e agrupá-los em dois blocos: o primeiro formado pelo nível central, pela rede convencional e pelo setor privado; e o segundo composto pelos profissionais que atuam no PSF e pela população atendida pelo Programa.

No primeiro bloco, identificam-se interesses ideológicos ligados a uma base material que é predominante e que propõe práticas de baixa resolutividade, que permitam, constantemente, evidenciar a superioridade técnica do setor privado, deixando para o setor público uma prática empobrecida para uma população também empobrecida. Este bloco, apoiado pela indústria de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, exerce uma condução autoritária que aumenta a desigualdade na atenção e que contraria as diretrizes básicas do SUS de universalidade, equidade e integralidade das ações, isto sem falar nos seus princípios organizacionais citados no primeiro capítulo.

O bloco hegemônico domina ideológica e culturalmente o setor saúde a tal ponto que em determinadas ocasiões também alguns segmentos da população lhe dão sustentação. O que lhe confere especificidade é a capacidade de articular interesses públicos e privados, uma vez que seus profissionais (principalmente o médico) transitam livremente entre ambos. São os intelectuais tradicionais que reproduzem esta ideologia em todos os campos de atuação, inclusive no ensino formal das ciências médicas.

Já o segundo bloco, cuja sustentação é dada, quase que integralmente, pela população que compartilha um território com a equipe de saúde, identifica-se pela necessidade de enfrentar e solucionar problemas. Esta situação leva a práticas descentralizadas e à construção de parcerias, numa relação de comum aprendizado. O privilegiamento da equipe em detrimento de um único profissional faz com que a condução tenha características participativas.

A carga horária exigida pelo PSF (40h/semana), aliada a uma diferenciação salarial compatível, faz com que o trânsito desses profissionais diminua entre o setor público e privado, garantindo uma maior aderência aos interesses de construção do SUS. O profissional médico, atuando nesta equipe, transforma-se, junto com ela e com lideranças comunitárias, no intelectual orgânico que participa da construção da contra-hegemonia. Este profissional é o que mais participa do embate político pelo poder, que se dá com os intelectuais tradicionais, dentro da Secretaria da Saúde.

Quando o então Secretário da Saúde de Joinville, que se situa no primeiro bloco, diz que “o modelo de saúde que desejamos é o PSF”, não consegue sustentar sua afirmação na continuidade de sua fala, já apresentada na página 63.

Os profissionais que iniciaram o PSF aqui consideravam-se uma elite superior, ganhavam muito mais que os demais profissionais da rede, eram todos de fora do município, com tendências de esquerda e com aproximadamente 20% da população do município na mão. Por outro lado, estes profissionais ganhavam muito e possuíam uma série de vantagens que não fazia sentido, tal como um dia para se reunirem todos. Conto isto, pois acho que pode te ajudar no teu trabalho.

Sem a pretensão de fazer uma análise de seu discurso, fica evidente a contradição entre discurso e prática e entre os interesses políticos representados pelos agentes do PSF e o poder local, representado aqui na fala do Secretário.

Fica clara também a preocupação com a legitimação que o Programa vinha alcançando através de seus técnicos, uma vez que a população por ele atendida o apoiava nas suas reivindicações. Ou seja, o PSF que o Secretário desejava para o município talvez não fosse o mesmo desejado pela equipe de saúde e pela população. Há um embate pelo poder e a possibilidade de construção de uma contra-hegemonia, tanto no pensamento quanto na ação. População atendida e PSF formam um bloco de resistência à política de saúde da rede convencional. Essa é a situação que o poder local tenta evitar.

Segundo Gruppi (1978), a ação, para ser coerente, precisa ser guiada por uma concepção de mundo, por uma visão unitária e crítica dos processos sociais. Testa (1992) reforça essa idéia quando afirma que a causa ou propósito que confere consistência à ação política é definida em função da forma como o político compreende a realidade. Esta forma de olhar depende de um saber científico e empírico que se reflete em prática, o qual Testa chama de ideologia. Analisar um posicionamento político desde esta definição permite ir além da crença no discurso.

Isso leva à reflexão sobre a importância da linguagem na definição do objeto a ser construído ou na formulação do propósito que leva a determinada ação. Habermas diz que uma ação tem racionalidade comunicativa quando:

Os planos de ação dos atores implicados não são coordenados através de um cálculo egocêntrico de resultados, mas sim mediante atos de entendimento. Na ação comunicativa, os participantes não se

orientam primariamente ao próprio êxito, mas perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam harmonizar-se entre si tendo como base uma definição compartilhada da situação. Daí que, a negociação de definições da situação seja um componente essencial da tarefa interpretativa que a ação comunicativa requer. (Habermas, 1987, p.367)

Desta forma, pode-se afirmar que o PSF, para se constituir em uma política, precisa negociar minimamente, com os atores já mencionados, a definição de uma situação desejada que possa fundamentar uma ação comunicativa, cuja intencionalidade e racionalidade estejam claramente postas para todos os envolvidos na ação.

É na fala de alguns profissionais do PSF que se explicita a diferença de entendimento com o gestor:

O PSF está desarticulado do resto do sistema.[...] O que Joinville tem de bom ainda é o fórum do PSF, onde são apresentados os trabalhos realizados pelas equipes e o planejamento para o próximo ano. (médico)

Na realidade, o PSF constitui um pacto entre governo e funcionários contratados para fazer acontecer. Por isso, enquanto houver este compromisso tem remédio, tem salários mais altos, priorizando o modelo, e assim a proposta caminha. Faz parte deste compromisso trazer a população para fazer parte deste pacto. (médico)

### 3.3 O DUPLO CARÁTER DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os dois últimos depoimentos revelam o caráter duplo do PSF: o novo que se representa enquanto bloco que busca construir a sua hegemonia, e os limites que enfrenta. Enquanto bloco, defronta-se com o poder e somente pode se sustentar com o apoio da população atendida nos serviços que presta. Assim, os salários dos profissionais da saúde, os remédios para a população, entre outros fatores, representam as possibilidades de viabilização do pacto entre o PSF e a população.

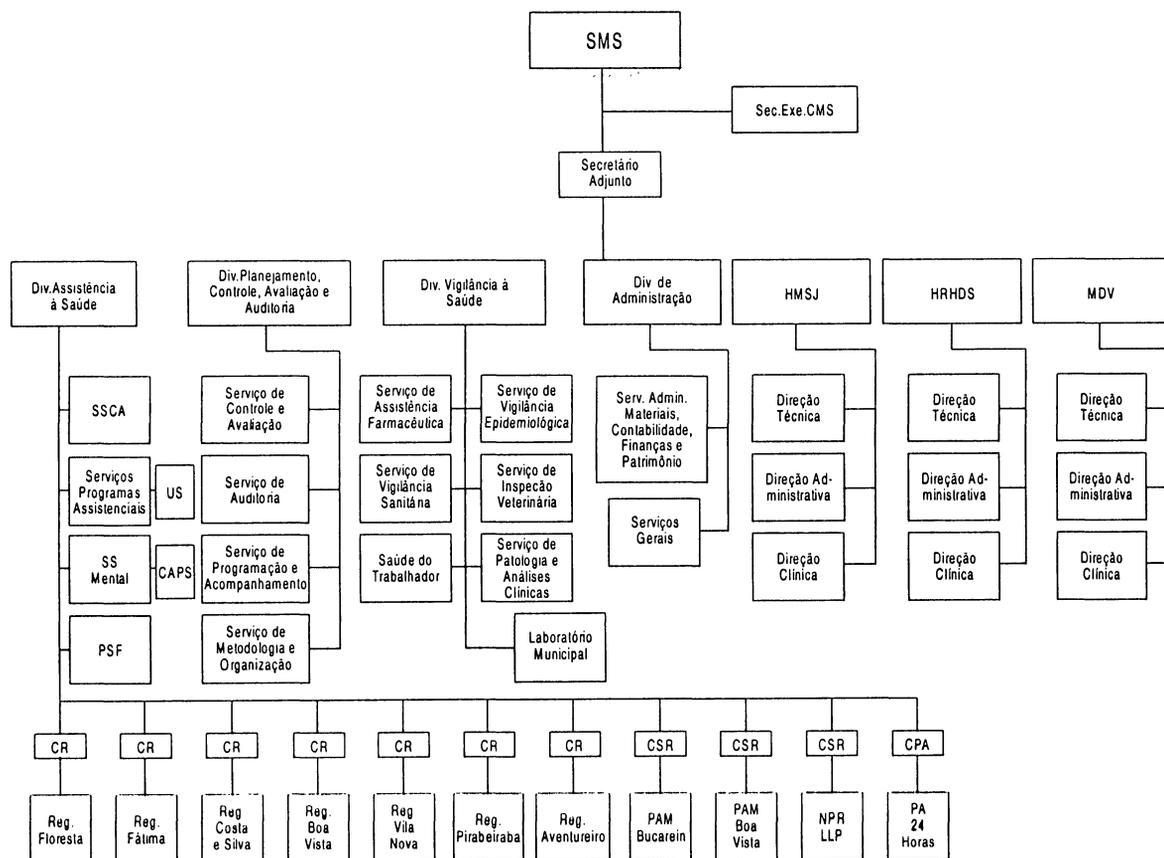
É importante lembrar que o gestor que desencadeou esse processo não é o mesmo que o conduz atualmente e, enquanto os profissionais esperam encontrar a mesma visão compartilhada da realidade que haviam construído anteriormente, esquecem-se de formular as bases da nova aliança. Isto evidencia, por um lado, o alto grau de correlação entre a possibilidade do PSF de se constituir em uma política de saúde para o município e a compreensão do gestor em relação ao processo e, por outro lado, a necessidade da construção de uma realidade compartilhada entre

os diferentes atores sociais. Parece que a sobrevivência do PSF depende de sua capacidade de se consolidar como um bloco de poder que possa enfrentar o bloco dominante política e ideologicamente.

Atualmente, esse quadro complicou-se ainda mais. Após um período de turbulência administrativo-financeira, foi nomeado um novo gestor para a saúde em Joinville. A nova Secretária da Saúde é uma pedagoga que assume a pasta para realizar uma gestão que viabilize administrativamente a saúde. Já se iniciaram as mudanças organizacionais. O novo organograma, definido no gabinete, coloca o PSF dentro da Divisão de Assistência à Saúde, no Serviço de Programas Assistenciais.

Assim se apresentava o organograma anterior:

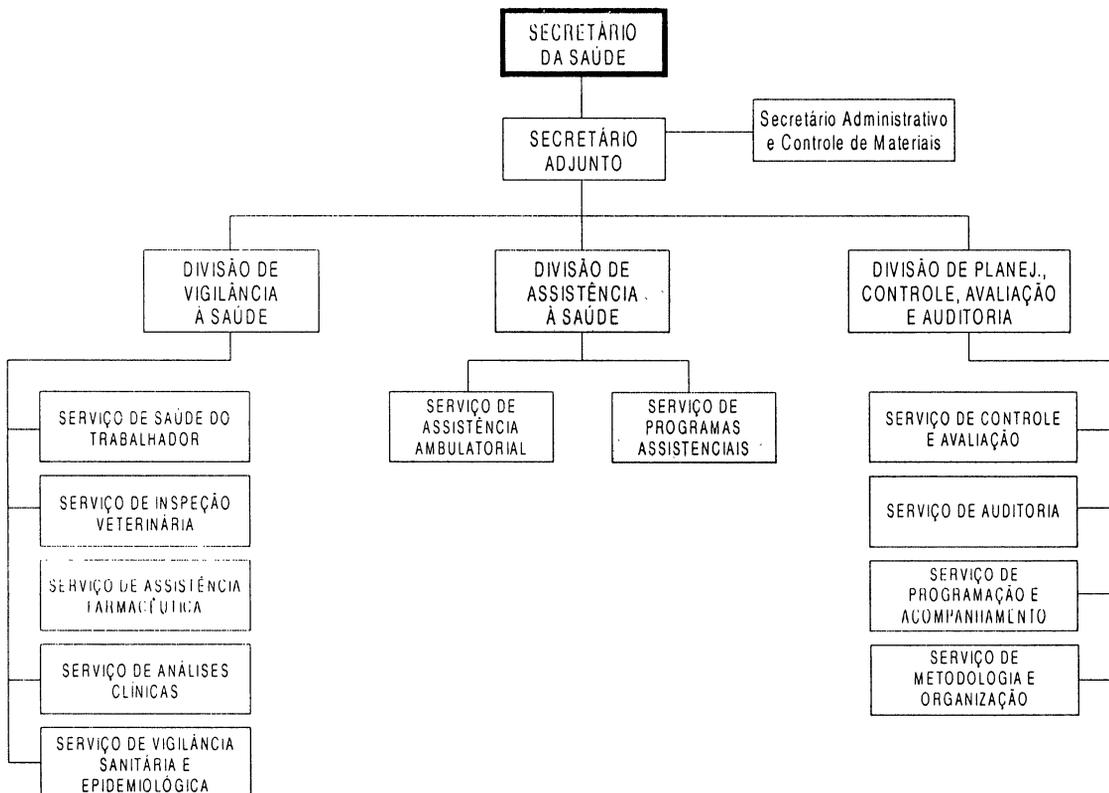
FIGURA 1 - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE - 1997



FONTE: Secretaria Municipal da Saúde de Joinville

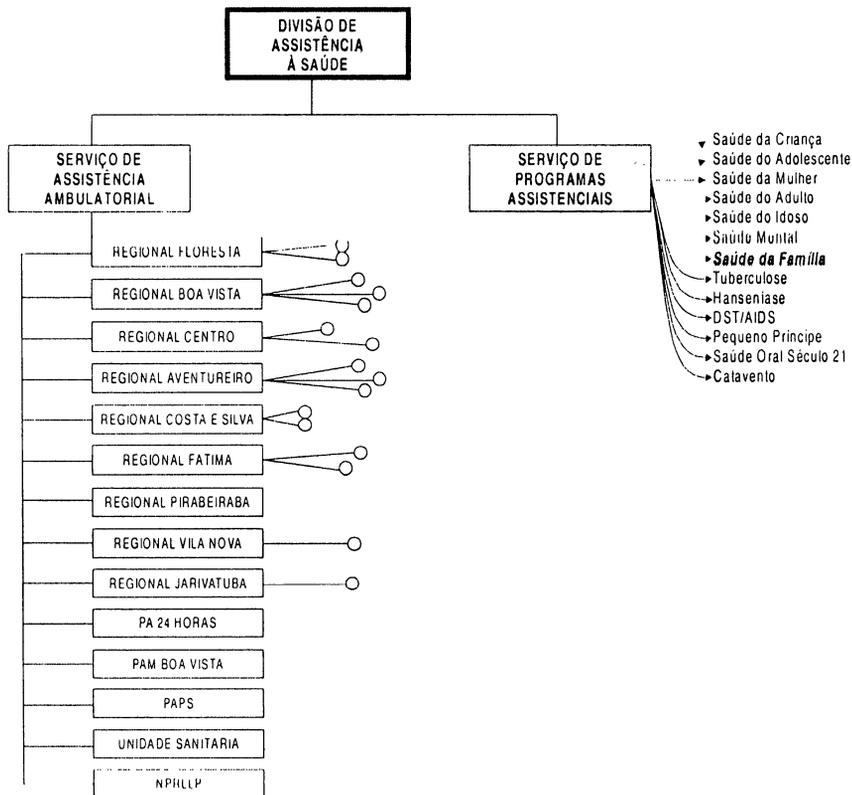
As figuras 2 e 3, a seguir, mostram a estrutura atual da Secretaria Municipal de Joinville e um detalhamento da Divisão de Assistência à Saúde, em que se ressalta a localização do PSF no Serviço de Programas Assistenciais.

FIGURA 2 - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE - 1999



FONTE: Secretaria Municipal da Saúde de Joinville

FIGURA 3 - DETALHAMENTO DA ESTRUTURA DA DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - 1999



FONTE: Secretaria Municipal da Saúde de Joinville

A verticalidade com que surge a nova proposta de organograma provoca, entre os trabalhadores do PSF, reações de desagrado.

Durante a realização das oficinas, ouviu-se a seguinte fala de uma enfermeira do Programa, a respeito de como se dariam as atividades, a partir de então: “quarta-feira é dia de PSF, pois quinta já tem o programa de gestantes e sexta o de hipertensos”.

A afirmação faz referência à forma como são organizadas as ações programáticas na Secretaria. Cada programa (o de hipertensos, de gestantes, de diabéticos, etc.) é desenvolvido em um dia da semana, quando os pacientes cadastrados no Posto de Saúde fazem a consulta de controle e as atividades programadas em grupo. Esta forma de atuação é decidida pelo nível central, seguindo recomendações do Ministério da Saúde, e vale tanto para os postos da rede convencional quanto para os do PSF. No último caso estes programas têm impedido as equipes de estarem, mais freqüentemente, desenvolvendo atividades em seu território-processo fora do posto.

Exageros à parte, esta mudança iguala o PSF aos demais programas existentes na Secretaria, restringindo-lhe poder e *status* e impossibilitando que o Programa de Saúde da Família transforme-se na política de saúde do município de Joinville.

Um outro fato que não pode ser esquecido, apesar de não ser o objeto de estudo desta dissertação, é o surgimento de um segundo programa que, em teoria, poderia complementar o trabalho do PSF. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde e é uma estratégia que integra a Agenda Básica do Programa da Comunidade Solidária, prioridade de sua presidente Dra. Ruth Cardoso. O PACS prioriza o atendimento a crianças e gestantes.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve morar na comunidade em que trabalha e atender aos moradores nas suas casas naquilo que se relaciona à saúde:

orienta, dá sugestões, dá apoio, controla e acompanha a realização dos procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade. Muitas vezes, sua maior contribuição se resume à orientação acerca de questões de higiene, alimentação e hábitos de vida. (PROGRAMA COMUNIDADE SOLIDÁRIA, 1997)

Não é possível deixar de observar o quão vaga é a definição deste agente.

Segundo a mesma cartilha do Ministério, cada município tem o direito de optar pela implantação do PACS, selecionando e treinando os agentes que devem trabalhar pela prevenção e promoção da saúde, valorizando a família e a comunidade. Porém, todo o processo de implantação deve contar com recursos, orientações e apoio também dos governos estadual e federal. Na realidade, os municípios têm sofrido uma pressão política e financeira muito grande no sentido da implantação do Programa.

Este agente não é um profissional de saúde, não nasce com o PSF e sequer é uma necessidade diagnosticada por todos os municípios, o que revela a ingerência do poder central sobre o poder local, desrespeitando o princípio de descentralização definido no SUS.

Observe-se que o PACS é a institucionalização de experiências desenvolvidas isoladamente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, que visavam à redução da mortalidade materno-infantil através da extensão de cobertura da atenção em saúde para áreas de pobreza, carentes de recursos materiais, humanos e tecnológicos.

As Secretarias Estaduais de Saúde, através de Coordenações Estaduais, são responsáveis por prestar informações, estimulando e orientando a implantação do PACS, que deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Assim, são requisitos exigidos dos municípios para a sua implantação:

- a) a existência de um Conselho Municipal de Saúde que participa das discussões a respeito da adesão ao Programa;
- b) uma Unidade básica de saúde de referência à qual os agentes são vinculados;
- c) um Fundo Municipal de Saúde ou conta específica;

- d) a disponibilização de um profissional enfermeiro, também lotado na Unidade básica, na proporção de um enfermeiro para, no máximo, trinta agentes;
- e) estar habilitado pela Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS/01/96.<sup>16</sup>

Segundo o mesmo documento, cada agente pode acompanhar, em um dado território, de 100 a 150 famílias na zona rural, e 200 a 250 famílias na zona urbana. Ele trabalha recolhendo informações detalhadas da realidade de cada domicílio e cadastra as famílias visitadas, atualizando o cadastro à medida que a realidade se transforma. Estas informações devem fazer parte do Sistema de Informação do município.

O número de atendimentos proposto pelo PACS é, no mínimo, assustador. Se se considerar que cada família possui, em média, 4 membros e que os municípios têm trabalhado no limite máximo de famílias por agente, um ACS deve ser responsável pelo acompanhamento de 1.000 pessoas na área urbana. Isto significa que o enfermeiro que supervisiona este trabalho é responsável por 30.000 atendimentos, dado que a ele estão adscritos 30 ACS.

Neste momento é imprescindível questionar quais foram os critérios utilizados para definir tais números, e qual a possibilidade de viabilizar um trabalho desta magnitude. Ainda, é fundamental que os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Enfermagem se posicionem de maneira mais firme em relação à proposta de instituição do PACS.

O ACS deve trabalhar de forma integrada ao sistema de saúde local, do qual faz parte, atuando como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde do município. Como é possível cumprir tarefa tão complexa com tantas famílias para acompanhar?

---

<sup>16</sup>Documento formulado pelo Ministério da Saúde que normatiza os mecanismos e instrumentos administrativo-gerenciais e de financiamento na relação com os municípios.

Se se levar em conta que:

- a família e seu espaço social são eleitos como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- a necessidade de as equipes do PSF intervirem em um território-processo, nos domicílios, e que o contato das equipes de saúde com a população cria vínculos, permitindo uma percepção sobre os problemas de saúde daquela população;
- os fatores de risco aos quais a população encontra-se exposta são percebidos pelas equipes e tratados de forma conjunta, considerando seus aspectos culturais e valorativos, exigindo a formação de parcerias e transdisciplinaridade na formulação de soluções para os problemas construídos socialmente;
- o diagnóstico realizado pela equipe de saúde deve fundamentar-se na apropriação do território pela mesma através de aproximações sucessivas;
- a explicação de problemas priorizados, ainda que de forma simplificada, permite o entendimento da determinação destes nos diferentes níveis de explicação da realidade, percebendo assim quais suas possibilidades de resolução dentro ou fora dos espaços institucionais;
- a programação das ações resulta da análise de sua viabilidade política, econômica e organizativa, bem como da construção da viabilidade inexistente através de novas ações;
- ações avaliativas de processos e de resultados permitem, ao serem programadas, as correções necessárias no arco conjuntural, bem como a manutenção do arco direcional do plano;

então, a forma como o ACS integra-se na equipe do PSF deve ser processual e acompanhada por uma capacitação que lhe permita compreender e introjetar conceitos a fim de garantir um trabalho resolutivo e conseqüente.

No caso de Joinville, este profissional agrega-se recentemente ao PSF, criando a expectativa de que irá ao território e trará para o Posto os dados da realidade. Não se trata de que as equipes do PSF do município não desejem ir ao território. Porém, a demanda cada vez maior para equipes que, por vezes, diminuem de tamanho, faz com que o afastamento da comunidade seja recebido com alívio pelos profissionais do Programa.

Não seria possível deixar de observar o caráter contraditório da incorporação do Agente Comunitário de Saúde ao PSF neste município. A questão que surge diz respeito ao afastamento dos profissionais de Saúde da Família da população de um dado território, fato da maior gravidade, dado que sua sustentação está na população atendida. Isto, por sua vez, remete à reflexão sobre a intencionalidade desta ação, que pode ser entendida como uma estratégia de esvaziamento do PSF, enquanto bloco capaz de construir uma contra-hegemonia e, portanto, enquanto condutor de uma política de saúde.

Outro aspecto importante é a questão financeira. Joinville já conta com um profissional que se chama Agente de Saúde Pública, com 2º Grau completo e salário de R\$ 500,00, que também criou vínculo com a comunidade e que pertence à equipe do PSF. O Agente Comunitário de Saúde, por sua vez, precisa apenas saber ler e escrever, ter no mínimo 18 anos, residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter disponibilidade em tempo integral (40h/sem.). Ele recebe salário mínimo.

O Ministério da Saúde paga ao município R\$ 180,00 por mês por ACS, valor que cobre, além do salário, os custos sociais embutidos no contrato. Quanto às formas de contratação, existem várias:

- convênio com organizações não-governamentais (ONGs), instituições sem fins lucrativos, ou cooperativas (a mais recomendada pelo PACS);
- contrato através de licitação com empresa ou entidade interposta para desenvolver as atividades;
- contratação temporária para atender necessidade de excepcional interesse público;

- criação de cargos efetivos mediante concurso público;
- criação de cargos em comissão.

As duas últimas formas de contratação são desaconselhadas pelo PACS, por aumentarem a folha de pagamento.

É necessário analisar algumas contradições que se originam das orientações acima veiculadas.

Em primeiro lugar, o município de Joinville se desfaz de um profissional com nível de escolaridade mais alto e mais bem pago para passar a trabalhar com recursos mais limitados, sendo a questão da moradia no território colocada à frente dos conhecimentos em saúde.

Há também o fato de o profissional enfermeiro ser responsabilizado pelo treinamento e supervisão do ACS. Ora, se do agente não se exige formação profissional em enfermagem, como pode o enfermeiro ser responsável pelo seu trabalho? E ainda mais: se em um Posto de Saúde, trabalhando com auxiliares de enfermagem formados por cursos regulamentados pelo MEC, ocorrem problemas, o que pode ocorrer com 30 ACS atuando em um território distante dos profissionais de saúde habilitados? Estas questões os Conselhos de Enfermagem ainda não conseguiram equacionar.

Quanto à forma de contratação recomendada, parece mais uma forma de burlar os processos de contratação oficiais. Por que não contratar por concurso, exigindo conhecimentos específicos de saúde coletiva? Se o Ministério cortar o repasse, acaba o PACS no município?

Por outro lado, é preciso entender o porquê da necessidade de institucionalizar a população. Uma vez que o SUS propõe a participação popular como um princípio organizativo, entendida aí a participação na definição de problemas e na construção das soluções, por que não deixar a execução e a responsabilidade das ações para quem tem formação específica? Ou o serviço, ao não conseguir criar este canal de compromisso e co-responsabilidade, precisa transformar a população em “funcionário” para poder relacionar-se com ela?

Há ainda o fato, que não pode ser ignorado, de que as características

regionais devem servir como critério definidor das estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde. É possível que em regiões do País onde não existam profissionais de enfermagem, ou até mesmo os demais membros da equipe de saúde em número suficiente, possa se justificar o emprego de recursos menos qualificados. Pequenas intervenções para quem não tem acesso a nada podem ter um impacto positivo. Isto, porém, não se aplica à totalidade das regiões do Brasil. Na Região Sul, exceção feita a um pequeno número de municípios, há disponibilidade de recursos humanos e materiais; existem médicos, enfermeiros e auxiliares em número suficiente para cobrir as necessidades dos serviços, sendo os salários compatíveis com os do mercado seu maior atrativo. Por outro lado, nesta região os serviços estão organizados há mais tempo, o que cria um mercado de trabalho para o qual a educação formal tem preparado profissionais.

O que se coloca não é uma posição, *a priori*, contrária ao ACS, mas sim uma reflexão sobre a sua necessidade e oportunidade e, fundamentalmente, sobre a forma como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde se estrutura.

Historicamente, a centralização e a verticalidade das ações definidas pelo Ministério têm trazido prejuízo técnico e financeiro para a saúde pública. Desta vez é o Comunidade Solidária, que já tendo desrespeitado características regionais em outras áreas (como na educação), pressiona também o Ministério da Saúde em direção a soluções mais baratas e de qualidade inferior.

Não se pode esquecer que o propósito de transformação é político e que a forma de alcançá-lo é o que se denomina estratégia. O conjunto de estratégias deve desencadear um processo, nem sempre restrito ao setor saúde e, por isso, necessita de coerência interna e externa para alcançar a transformação desejada. Se os gestores não tiverem clareza do propósito corre-se o risco de as estratégias serem divergentes nos seus resultados. É o caso da relação que, na Região Sul do País e, mais especificamente, no caso de Joinville, pode ser observada entre o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Novamente, corre-se o risco de fazer medicina pobre para pobres. Em

diversos municípios de Santa Catarina, e possivelmente de outros estados, está se difundindo o juízo enganoso de que se *não dá* para fazer PSF, então se faz PACS. O problema que se coloca diz respeito ao sentido da expressão “não dá”. O PSF, de forma contrária ao PACS, exige um investimento maior das Secretarias Municipais, uma vez que recebe do Ministério um incentivo de R\$ 2.800,00 por mês, por equipe implantada, valor que sequer cobre os salários da equipe.

Isto faz com que os resultados quantitativo e qualitativo dos dois programas separadamente sejam completamente diferentes. O importante é compreender os alcances e as limitações de cada um a partir de critérios teórico-conceituais e epidemiológicos. Se existe a real possibilidade de funcionarem de forma complementar, aumentando a resolutividade das ações, é algo que somente a prática vai nos informar. No entanto, o cenário atual tende a despertar apreensão quanto ao futuro do Programa de Saúde da Família, que parece estar sendo inviabilizado através de estratégias que, dentro da lógica neoliberal, submetem as políticas sociais a uma racionalidade econômica e excludente cujo objetivo é perpetuar no poder o bloco hegemônico e suas práticas.

## CONCLUSÃO

Buscando analisar a proposta do Programa de Saúde da Família, suas possibilidades e limitações, coloca-se a necessidade de compreendê-lo dentro de uma realidade que deve ser objetivada tanto pela macro quanto pela microsociologia. Se por um lado, fatores sociais, econômicos e políticos são determinantes da estruturação e organização dos serviços, por outro é nas relações que se estabelecem nos processos produtivos do cuidado em saúde que são condicionados o funcionamento e o perfil assistencial dos serviços de saúde.

O Programa nasce em uma estrutura de Estado marcada pelo neoliberalismo e, portanto, comprometida com o setor privado voltado à geração e acumulação de riquezas. Tal situação determina uma baixa orçamentação para a atenção pública à saúde, o que coloca em risco a possibilidade de custeio e compromete a proposta a ponto de restringi-la a uma forma de assistência para a população de baixa renda.

Isto seria um reforço às políticas sociais compensatórias e excludentes. Se existe intenção transformadora, ela deve estar disponível a toda a população e não apenas a alguns segmentos menos favorecidos, para não correr o risco de transformar-se em um serviço pobre destinado ao atendimento de determinados guetos populacionais.

Dentro do modelo neoliberal, os governos tendem a responsabilizar políticas universalizantes pelos altos custos no setor, quando, no caso da saúde, estes localizam-se no seu modo de produção, centrado no atendimento hospitalar e tendo o profissional médico como produtor de procedimentos com baixa resolutividade e altos custos operacionais.

Assim sendo, o Programa de Saúde da Família não realiza uma reorientação do modelo de assistência à saúde, mas altera práticas. Ele é, inclusive,

uma proposta de novas práticas para construir o modelo existente e hegemônico desde a década de 80.

Por outro lado, na medida em que o Programa confere determinado grau de autonomia ao poder municipal, aproxima as decisões e o controle das ações de saúde à população usuária do sistema. As relações que se estabelecem neste espaço viabilizam a formação de parcerias e o compartilhamento de responsabilidades. Esta conjuntura é que permite a percepção de brechas por onde atores sociais, que não comungam da ideologia dominante, podem construir uma contra-hegemonia. Estas possibilidades constroem-se, seguidamente, através de relações entre sujeitos que se legitimam junto a segmentos de grupos sociais.

No caso de Joinville, é possível dizer que existe um vínculo entre os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família e a população que confere maior legitimidade ao Programa. Esta relação, ainda que com diferente intensidade em cada território, tem oportunizado mais informação e favorecido o controle social junto ao nível central da Secretaria Municipal da Saúde.

As equipes que operacionalizam o Programa são multiprofissionais, reconhecem seu território de trabalho realizando visitas domiciliares, porém a continuidade e resolutividade da assistência dependem da possibilidade de manter uma relação mínima entre tamanho da população e da equipe, bem como da capacidade dos serviços de maior complexidade. O mesmo se pode dizer quanto à introdução de tecnologias relacionais como o Acolhimento, o Vínculo/Responsabilização e a Autonomização, que têm um importante papel na construção de uma nova postura dos profissionais envolvidos na produção do cuidado e da cura em saúde.

Dos profissionais que estão no município, tem sido exigida uma postura e um saber para os quais as Universidades e as escolas técnicas não estão preparando. Isto é um problema sério, uma vez que o ensino formal (principalmente nas faculdades de medicina) continua a ignorar, com raras e honrosas exceções, o setor público como mercado de trabalho. Assim, o município tem assumido

processos de capacitação que oportunizam os conhecimentos necessários à nova prática. Em nenhum momento, porém, a população tem participado de qualquer processo de educação em serviço, desenvolvido institucionalmente.

Os saberes e as tecnologias específicas do campo da saúde coletiva desenham a forma de produzir serviços de saúde e, conseqüentemente, sua capacidade de absorver demanda, resolver problemas, definir custos e estabelecer relações entre os sujeitos deste processo. (Merhy e Franco, 1999)

Outro aspecto que não pode ser esquecido, ainda que não tenha sido objeto de análise deste trabalho, é a necessidade de uma discussão ampla e livre dos preconceitos envolvendo a definição de família da qual se fala. Com certeza, tal definição não pode ser restrita à família nuclear tradicional.

No aspecto hierarquização, o sistema municipal tem um grande caminho a percorrer. Pelos fatores analisados no terceiro capítulo, ainda é bastante remota a garantia de contra-referência dos encaminhamentos realizados pela rede básica de atenção à saúde, seja do Programa ou da rede convencional.

O sistema de informação deve ser analisado, minimamente, sob dois aspectos. Primeiramente, em relação às informações produzidas pelas equipes em território; estas fazem parte de um diagnóstico de saúde que permite intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta. Podem ser qualitativas ou quantitativas e subsidiam o processo de planejamento local. Já o nível central da Secretaria da Saúde tem interesse pelas informações que revelam a produtividade dos serviços e seus custos operativos, bem como o perfil de morbi-mortalidade do município.

Ocorre que os dados que alimentam o sistema central não retornam na forma de informação processada para as unidades de saúde, que desconhecem seu papel em relação à rede básica, bem como a situação de saúde do seu território em relação à do município.

Pode-se dizer que os pressupostos descritos na introdução do trabalho foram totalmente ou, em alguns casos, parcialmente confirmados pelo trabalho de

campo. Isto, no entanto, não é suficiente para realizar uma reorientação no modelo de assistência à saúde, uma vez que este vincula-se ao modo de produção de um grupo social e à forma como ele constrói suas políticas.

Porém, se a confirmação dos referidos pressupostos está levando a uma mudança nas práticas sanitárias, pelo menos entre as equipes de saúde da família que formam vínculo com a população de um território-processo, o caráter duplo da atenção básica tem retardado tanto a mudança das práticas quanto o compartilhamento de responsabilidades e formação de parcerias.

Já, no caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde deve-se pensar nos reflexos que este pode ter no PSF e na construção do SUS. Estratégias autoritárias de exclusão, originadas da lógica neoliberal, podem ter uma grande capacidade de sedução, camuflando as distorções das estratégias mantenedoras do pensamento hegemônico. À medida que a população é institucionalizada através do ACS, sua autonomia e capacidade crítica é diluída, compartilhando das idéias do grupo dominante e sendo impedida de pensar em alternativas que possam contribuir na construção de uma contra-hegemonia. O PACS tem se constituído em uma proposta racionalizadora e vertical que não tem sido gerenciada pela necessidade dos municípios brasileiros.

No que diz respeito ao condicionamento estrutural, seria impossível não fazer referência ao atrelamento das políticas públicas ao “receituário” do Banco Mundial para os países em desenvolvimento. Pela agenda do Banco Mundial, a saúde deixa de ser considerada um bem público e um direito que deve ser garantido pelo Estado. Porém, no Brasil, o arcabouço jurídico do SUS criado pela Constituição de 1988 e suas leis complementares é resultante de um fortalecido movimento social, o movimento sanitário brasileiro, que introjetou o acesso universal e o direito público à saúde no imaginário coletivo e tem grande adesão junto aos gestores do sistema de saúde e à população. É neste cenário que o PACS ganha notoriedade e força de implementação junto às instituições governamentais.

Por último, não é possível deixar de lembrar o papel que o gestor municipal – o Secretário da Saúde – exerce na condução do processo de implantação e implementação do Programa de Saúde da Família. É em função da sua concepção de saúde e do papel do Estado e das políticas públicas que ele constrói suas alianças. O Secretário da Saúde é, via de regra, o presidente do Conselho Municipal de Saúde, instância deliberativa das políticas municipais de saúde. Porém, é na mediação entre Estado e sociedade civil que se encontra o poder de decisão sobre os caminhos e descaminhos que percorrem os Sistemas Municipais de Saúde.

No caso de Joinville cabe observar que o PSF se viabiliza no momento em que o Secretário da Saúde assume sua proposta, e é durante sua gestão que o Programa se legitima junto à população e aos profissionais que dele participam. Durante as gestões seguintes o PSF tem sido mantido, porém sua importância política tem se fragilizado, tanto pelas questões conjunturais municipais como pela implantação do PACS.

Em outras palavras, a priorização da questão da saúde pelos atores com poder político, as possibilidades de organização da população e compartilhamento deste mesmo poder, a mudança de concepção do papel do Estado por todos os atores em situação e a mudança do referencial teórico para pensar a saúde são fatores que determinam a trajetória em direção à construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Assim, a simples implantação do Programa de Saúde da Família em um município não garante mudança no seu modelo assistencial. É fundamental que o Programa se recicle constantemente em função de necessidades loco-regionais para que potencialize sua capacidade transformadora.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO NÍVEL CENTRAL**

**DA SECRETARIA DA SAÚDE DE JOINVILLE**

1. Nome do entrevistado:
2. Cargo ou função na instituição:
3. Quando e como começou o PSF no município?
4. O que você sabe a respeito do PSF?
5. Como está acontecendo a sua implantação?
6. Existe algum registro dessa história? Qual?
7. Existem unidades de Saúde da Família? Quantas?
8. Existem equipes de Saúde da Família? Quantas? Como são compostas?
9. De que forma trabalham as equipes de Saúde da Família?
10. Existem outras equipes que não do PSF trabalhando nas unidades básicas de saúde? Como trabalham?
11. De que forma são registrados os trabalhos?
12. Quando um paciente é encaminhado, existe acompanhamento por parte da equipe e posterior retorno para continuação do tratamento?
13. A equipe sofre processo de educação continuada? A comunidade participa em algum momento?
14. Como é a relação entre a instituição (equipe) e a população (comunidade da área de abrangência)?
15. Foi percebida alteração em algum indicador de saúde desde o início da implantação do PSF até agora?
16. Mudou algum conceito na equipe ou na população?

## **ANEXO 2**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO NÍVEL LOCAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE JOINVILLE ( EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA)**

1. Nome do entrevistado:
2. Cargo ou função na instituição:
3. Quando e como começou o PSF no município?
4. O que você sabe a respeito do PSF?
5. Como está acontecendo a sua implantação?
6. De que forma trabalham as equipes de Saúde da Família?
7. Existem outras equipes que não do PSF trabalhando nas unidades básicas de saúde? Como trabalham?
8. De que forma são registrados os trabalhos?
9. Quando um paciente é encaminhado, existe acompanhamento por parte da equipe e posterior retorno para continuação do tratamento?
10. A equipe sofre processo de educação continuada? A comunidade participa em algum momento?
11. Como é a relação entre a instituição (equipe) e a população (comunidade da área de abrangência)?
12. Foi percebida alteração em algum indicador de saúde desde o início da implantação do PSF até agora?
13. Mudou algum conceito na equipe ou na população?

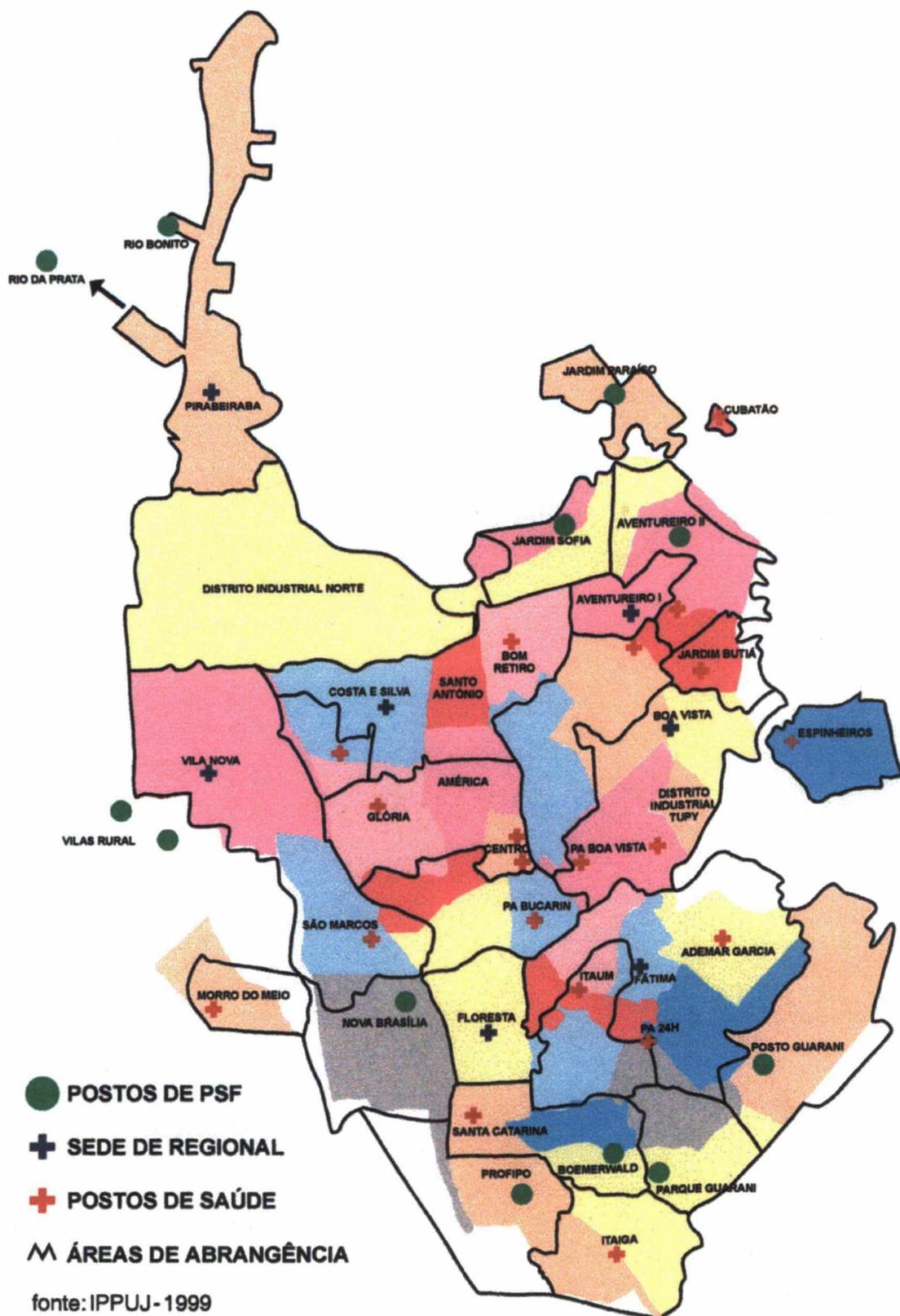
**ANEXO 3**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS REPRESENTANTES  
DA POPULAÇÃO DE JOINVILLE ATENDIDA PELO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Ocupação:
5. Grau de instrução:
6. O que é saúde?
7. O que faz uma Secretaria Municipal da Saúde?
8. Você sabe o que é o Programa de Saúde da Família?
9. Quando começou o PSF?
10. O que mudou na sua vida após o início desse Programa?
11. O que mudou na Secretaria Municipal da Saúde após a chegada do Programa?

## ANEXO 4

### MAPA DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE COM A DISTRIBUIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, J. O novo movimento teórico. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 4, n. 2, 1987.
- ALVES, P. C. A perspectiva de análise social no campo da saúde : aspectos metodológicos. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo : Hucitec ; Rio de Janeiro : Abrasco, 1995. p. 63-82.
- ARAÚJO, E. G. S. **A educação para a saúde dos trabalhadores no contexto da acumulação flexível**. Curitiba, 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação.
- BOUDON, R. **Tratado de Sociologia**. Rio de Janeiro : Zahar, 1995.
- BOUDON, R. ; BOURRICARD, F. **Dicionário crítico de Sociologia**. São Paulo : Ática, 1993.
- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Bourdieu**. São Paulo : Ática, 1983. p. 47-81. (Coleção Grandes cientistas sociais).
- BOURDIEU, P. **Lições da aula** : aula inaugural proferida no College de France, 1988. São Paulo : Ática, 1992.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** : promulgada em 5 de outubro de 1988. 4.ed. São Paulo : Saraiva, 1990. Título VIII - Da ordem social, Cap. II - Da seguridade social, Seção II. Da saúde, p.91-92.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O ABC do SUS**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica**. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família** : uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- BREILH, J. **Epidemiologia** : economia, política e saúde. São Paulo : Unesp : Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. et al. **Planejamento sem normas**. São Paulo : Hucitec, 1989.
- CARVALHO, G. **Mais uma falácia em circulação** : sobra dinheiro da saúde nos municípios. A quem interessa mais esta? Curitiba, 1999. Ministério da Saúde.
- CHAVES, M. M. **Saúde e sistemas**. Rio de Janeiro : FGV, 1980.

- COUTINHO, C. N. ; NOGUEIRA, M. A. (Orgs.). **Gramsci e a América Latina**. São Paulo : Paz e Terra, 1988.
- DAL POZ, M. R. ; VIANA, A. L. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** : Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo : Livraria Duas Cidades, 1976.
- DUPUY, F. I. **Educación médica y necesidades de salud poblacional**. LaHabana, Cuba, 1991.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde** : origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1999.
- FACCHINI, L. A. Por que a doença? : a inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E. ; RIGOTTO, R. M. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** : vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis : Vozes, 1994. p. 56-75.
- FERREIRA, S. R. S. ; MALERBA, H. ; PIRES, N. História e avanços do trabalho de enfermagem na Divisão de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. **GHC** : Momento e Perspectivas em Saúde, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 106-113, jul./dez. 1996.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1998.
- GIACOMINI, C. H. A regionalização em saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Londrina, n. 8, p. 59-63, maio 1992.
- GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde : uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1991.
- GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. Lisboa : Estampa, 1974. 2 v. (Coleção Teoria ; n. 22).
- GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid : Taurus, 1987.
- ÍTEGRA do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Espaço Para a Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 0, p. 44-46, 1989.
- KUHN, T. A natureza da ciência normal. In: \_\_\_\_\_. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo : Perspectiva, 1982. p. 43-55.
- KUHN, T. A natureza e as necessidades das revoluções científicas. In: \_\_\_\_\_. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo : Perspectiva, 1982. p.125-145.
- LEAVELL, H. P. R. ; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro : McGraw-Hill do Brasil, 1976.

- MACCIOCCHI, M. A. **À favor de Gramsci**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1976.
- MACHADO, M. H. Macro-micro : os novos desafios da Sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo : Hucitec ; Rio de Janeiro : Abrasco, 1995. p.83-94.
- MATUS, C. **Adiós, señor presidente**. Caracas : Pomaire, 1987a.
- MATUS, C. **Politica, planificacion y gobierno**. Washington, D.C. : OPS, 1987b.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo : Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário** : o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo : Hucitec ; Rio de Janeiro : Abrasco, 1995.
- MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. **PSF** : contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Campinas, 1999. Texto obtido diretamente com os autores, na Unicamp.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. S.Paulo : Hucitec ; Rio de Janeiro : Abrasco, 1996.
- MOSCOVICI, S. Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In: JODELET, D. (Org.). **Les représentations sociales**. 2. ed. Paris : PUF, 1991. p.62-86.
- NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde : recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo : Hucitec, 1990.
- NOGUEIRA, M. A. Gramsci : a questão democrática e a esquerda no Brasil. In: COUTINHO, C. N. ; NOGUEIRA, M. A. (Orgs.). **Gramsci e a América Latina**. São Paulo : Paz e Terra, 1988. p. 129-152.
- OLIVEIRA, M. E. **PSF** : um programa social compensatório "tampa-buraco". Versão preliminar do texto apresentado no XXIII Encontro Anual da ANPOCS, 1999.
- ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Bourdieu**. São Paulo : Ática, 1983. p. 7-36. (Coleção Grandes cientistas sociais).
- PAINEL internacional : experiências em Saúdecidades. **Espaço Para a Saúde**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 23-26, jan. 1995.
- PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin** : a educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis : Vozes, 1998.
- PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1977.
- PROGRAMA COMUNIDADE SOLIDÁRIA. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. (Prefeito solidário ; 2)

- RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1995.
- RIVERA, F. J. U. (Org). **Planejamento e programação em saúde : um enfoque estratégico**. São Paulo : Cortez, 1989.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo : Unesp, 1994.
- ROSSER, W. W. **Internacional comparisons in primary care**. Transcrição da palestra proferida no Fórum Saúdecidade, em Curitiba, 1994, promovido pela Prefeitura Municipal de Curitiba.
- SADER, E. ; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo : as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995.
- SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde : o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo : Hucitec, 1998.
- SILVEIRA, C. H. **Sobre as bases conceituais históricas do planejamento**. Curitiba, 1991. Texto produzido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.
- SILVEIRA, C. H. ; BATAGLIN, P. H. ; CAMBUI, M. S. **O planejamento estratégico e a construção do SUS**. Curitiba, 1998. Texto produzido para o Curso de Especialização em Saúde Coletiva; área de concentração: Saúde da família, na Universidade Federal do Paraná.
- TARRIDE, M. I. **Saúde pública : uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1998.
- TEIXEIRA, F. J. S. ; OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. São Paulo : Cortez ; Fortaleza : UECE, 1998.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação : o caso da saúde**. São Paulo : Hucitec ; Rio de Janeiro : Abrasco, 1995.
- TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva? : questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1992.
- VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo : Hucitec, 1998. p. 155-172.
- VAUGHAN, J. P. ; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os municípios : manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. São Paulo : Hucitec, 1992.