

**PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIA NA
REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:
ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS**

**CADERNO
N. 06**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

1989

**EMERSON ELIAS MEHRY
GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS
MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
EDITOR: MARCOS DE SOUZA QUEIRÓZ**

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIA NA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS. *

Emerson Elias Merhy **

Gastão Wagner de Souza Campos **

Marcos de Souza Queiroz ***

1. INTRODUÇÃO

Essa é uma área de estudos que apenas muito recentemente tem despertado algum interesse entre pesquisadores brasileiros. Trata-se de um âmbito complexo que certamente exigirá uma concentração de esforços para resolver as suas principais questões teóricas. Mesmo os estudos internacionais estão longe de transformar essa área num campo teoricamente consistente e seguro.

O processo de trabalho na área da saúde não tem merecido muita atenção por parte das ciências sociais basicamente por dois motivos: a postura marxista de que o campo da saúde não é autônomo, dependendo da estrutura social mais ampla que o configura e a postura positivista e conservadora de que a divisão de trabalho na saúde ou em qualquer outra área produtiva é um processo natural no qual às hierarquias ocupacionais correspondem hierarquias no saber e no domínio tecnológico que o envolve. Essas duas posturas contribuíram para que se observasse esse campo de estudos como um subproduto de causas mais fundamentais no desenvolvimento da sociedade. Dentro de um marco marxista não ortodoxo, pretendemos mostrar, pelo contrário,, que essas posições estão equivocadas.

Se nas ciências sociais, o positivismo não tem resistido aos seus críticos, nas ciências naturais (que tem influência preponderante nas ciências da saúde) ele tem subsistido a ponto de ainda coincidir com o seu paradigma dominante no sentido usado por Kuhn (1975).

* Este trabalho foi desenvolvido como parte do projeto de pesquisa "Unidades Básicas de Serviço de Saúde: Disponibilidade tecnológica, processo de trabalho e recursos humanos setor Campinas" em fase de conclusão. Este Projeto está sendo realizado no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) e financiado com recursos do Ministério da Saúde e do Fundo de Apoio à Pesquisa da Unicamp.

** Professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

*** Pesquisador o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp e Coordenador executor do projeto.

Nesse paradigma, que na medicina alguns autores têm denominado "mecanicista", tende-se a não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto do conhecimento como da maneira de abordá-lo. Assim, pressupõe-se que a saúde e a doença podem ser explicadas exclusivamente pela interação mecânica das diferentes partes do organismo humano. O ato terapêutico, por sua vez, consiste numa intervenção química ou física nesse mecanismo.

O aspecto organizacional da medicina é parte integrante desse paradigma, contribuindo decisivamente para a sua perpetuação. Nele a divisão de trabalho deve ocorrer naturalmente como conseqüência do aumento da complexidade tecnológica, enquanto o processo de trabalho, deve significar administração de recursos humanos no sentido de adequá-los às necessidades tecnológicas de produção. A hierarquização das funções é, nesse contexto uma questão técnica e não política. A medicina domina a divisão de trabalho na saúde porque ela controla o conhecimento sobre o qual depende o processo de cura. Portanto, divisão de trabalho é vista como a expressão da relação de saber numa forma hierarquizada e qualquer tipo de conflito entre campos profissionais é configurado como sinal de patologia social ou administrativa.

No entanto, dois fatores fundamentais têm recentemente contribuído para abalar os alicerces do paradigma mecanicista da medicina. O primeiro e principal deles diz respeito à deficiência desse paradigma em conceptualizar os problemas modernos da saúde humana. Fatores ambientais, sócio-econômicos e culturais se mostram muito mais importantes para a saúde de uma sociedade do que a simples intervenção médica mecanicista como tem mostrado estudos sérios sobre o assunto (McKeown, 1979). Existem também fortes indícios de que a partir de um certo ponto o aumento do nível de atividades médicas numa sociedade não corresponde a um aumento do nível de saúde da população (Ehrenreich, 1978; Powles, 1971).

O segundo fator que tem contribuído para abalar o paradigma mecanicista diz respeito aos custos crescentes que esse tipo de medicina acarreta, tornando-o incompatível com o ideal de democratização da oferta de serviços médicos, principalmente em países em desenvolvimento.

Além do positivismo, a outra postura que tem prejudicado o desenvolvimento de estudos na área de divisão e processo de trabalho na saúde é aquela transmitida pelo marxismo ortodoxo, inclusive a vertente estruturalista, que confunde cultura com ideologia ou estrutura.

Navarro (1976), por exemplo, ao analisar a medicina ocidental moderna em vários países desenvolvidos e sub-desenvolvidos, acentua as relações de classe e o Estado, ao mesmo tempo que negligencia o caráter específico da divisão e processo de trabalho do conjunto de profissionais da saúde. Este autor está pouco interessado no fenômeno de profissionalismo, que em seu pensamento assume um caráter secundário. Nesse sentido, profissões são encaradas como reflexos da estrutura de classe verificada na sociedade mais ampla sem qualquer existência analítica independente. Antes de mudar a medicina é necessário mudar a sociedade e todas as tentativas de revestir a medicina de um caráter mais humano como, por exemplo, a declaração de Alma-Ata, são apenas máscaras de uma ideologia burguesa que pretende manter o “status quo”, confundindo a luta revolucionária (Navarro, 1984). Nesse esquema, cultura simplesmente não existe.

A antropologia social e cultural tem se encarregado de mostrar que cultura tem uma esfera de abrangência muito maior do que o sentido marxista de ideologia, também a sua configuração não se adapta ao que o Marx entendia por superestrutura econômica e social. Em realidade, como muito bem demonstrou Worsley (1982), o espaço compreendido pelo termo cultura ocorre no âmbito da infraestrutura, compondo com as forças produtivas e os meios de produção um todo indivisível. No momento da produção, o âmbito cultural determina o que e como produzir. Sem aceitar esse aspecto, o marxismo corre o risco de conviver com um vício evolucionista unilinear onde a tecnologia agiria como o motor da história.

O autor marxista que mais valorizou a cultura como agente transformador ou mantenedor da sociedade foi Gramsci que compreendeu muito bem que sem uma transformação cultural, por mais que se desenvolvam as forças produtivas, não haverá possibilidade de revolução. Daí a ênfase que ele atribuiu ao partido e aos intelectuais na transformação cultural de uma sociedade.

Nesse sentido, adotamos a postura de que a cultura encontrada num setor social, principalmente um setor importante como a saúde, como parte das forças produtivas globais da sociedade, contribui tanto para a manutenção como para a transformação dessa sociedade. Essa postura justifica o estudo do processo de trabalho e representações na área da saúde.

Não se trata, evidentemente, de considerar a área de saúde em geral e das ocupações que ela comporta, em particular, isoladamente da sociedade mais ampla. Em realidade, a compreensão da área de saúde numa sociedade exige o exame do desenvolvimento

capitalista considerando, num nível mais amplo, o capital financeiro e industrial e seu efeito na conduta da medicina e num nível específico, as pressões dos consumidores dos serviços de saúde.

A transição de um capitalismo liberal para um capitalismo monopolista acarretando um crescimento substancial no papel do Estado é fundamental para explicar a divisão de trabalho no cuidado médico. A este processo, acompanhou uma tendência irresistível de mercantilizar as áreas de atividade humana e o desenvolvimento de novas formas ideológicas para legitimar as mudanças econômicas. Embora ainda comporte muitas outras pesquisas, essa área já apresenta algum desenvolvimento no Brasil nas obras de Possas (1981) e Braga & Paula (1981). Não é propriamente nosso objetivo acrescentar investigações nessa área, assim como também na que diz respeito aos pacientes e o seu consumo de serviços de saúde que também apresenta algum desenvolvimento nas pesquisas de Loyola (1984) e Canesqui & Queiroz (1988). Portanto, o foco principal da nossa investigação se concentra num setor da área da saúde que constitui a rede básica de serviços de saúde, uma área mantida pelo setor público que, embora esteja sujeita às pressões de ordem econômicas mais amplas, apresenta, mais do que o setor privado, condições para uma noção melhor figurada no todo social. Por isso mesmo, um estado do processo de trabalho nesta área permite verificar até que ponto ocorre no âmbito ideológico ou das práticas profissionais e ocupacionais um questionamento do paradigma dominante e as alternativas viáveis para ele.

2. A PROFISSÃO MÉDICA

O estudo de profissões (termo usado no sentido de ocupações com alto nível de treinamento e autonomia) pelas ciências sociais mereceram atenção principalmente pela tradição Durkheimiana. Para Marx (1969), as profissões eram de caráter secundário e derivativo por serem improdutivas. Para Durkheim (1957), em contraste, profissões eram meios de regulação e integração nas sociedades modernas caracterizadas pelas solidariedades orgânica e uma compensação ao excessivo individualismo. Weber (1968), incorporou o desenvolvimento das profissões em sua perspectiva de classe como um mercado de competência.

Parsons (1964, 1968), sob uma perspectiva a-histórica, acentuou a funcionalidade das profissões para a manutenção da ordem social. Para ele, profissionalização era visto como um aspecto positivo de modernização, em contraste com a análise sombria de Weber da crescente racionalização e burocratização em sociedades modernas.

Freidson (1970a e 1970b), desenvolveu uma linha bastante crítica da aproximação tradicional, principalmente de Parsons, ao assumir que o surgimento e a manutenção das profissões estavam relacionadas com controle e poder. Ao analisar a profissão médica, Freidson parte do pressuposto de que o que os profissionais dizem de si mesmos não pode ser tomado como realidade objetiva como o fizera Parsons, mas tão somente como material de investigação. Além disso, o prestígio da profissão médica passou a ser localizada no contexto social mais amplo ao nível do Estado. Para Freidson, a maior distinção de uma profissão em relação a outras ocupações diz respeito à autonomia organizada e legitimada em poder de tal profissão. Tal autonomia dá à profissão um monopólio ocupacional que assegura uma posição de dominância numa divisão de trabalho. Esta autonomia é baseada em dois fundamentos: o conhecimento esotérico reconhecido e protegido pelo Estado e o apoio das elites.

Apesar de pretender procurar as causas da organização médica na estrutura profunda da sociedade, Freidson não chega a tocar em questões fundamentais, como por exemplo, a natureza das elites que ele menciona, o relacionamento dos profissionais com o Estado, e os interesses de classe que estão atrás do apoio dado pelo Estado.

A resposta a essas questões subjaz na análise da estrutura de classe, particularmente a classe dominante definida como a que detém a posse e o controle dos meios de produção que apoia a reivindicação do monopólio sobre a prática médica por parte dos profissionais médicos.

No sentido de prover uma teoria da dominação médica, é necessário situar a profissão médica dentro da estrutura de classe de sociedades capitalistas complexas. Um passo importante nesse sentido é dado por Wright (1980) que critica os estudos da divisão do trabalho na área da saúde que não se preocupam com esse ponto, confundindo ocupações com classes.

Enquanto ocupações são entendidas como posições definidas dentro das relações técnicas de produção, classes são definidas pelas relações sociais de produção, ou seja, pela relação com outras classes. Assim, cada modo de produção gera duas classes

fundamentais, uma dominante e outra dominada política, econômica e culturalmente. Uma sociedade concreta, no entanto, envolve mais do que duas classes na medida em que ela é composta de vários modos de produção. Numa formação social capitalista, a burguesia e o proletariado constituem as duas classes fundamentais, embora outras, compondo o setor intermediário, são também encontradas. Sob o domínio do capitalismo monopolista, o capital é transformado em processo de trabalho elaborado em complexos mecanismos de controle. Os agentes que preenchem as funções em favor da acumulação de capital e da classe dominante podem ser identificados como a nova classe média na medida em que ela expressa tanto a função e realização do capital como a função do trabalho enquanto parte de uma crescente fragmentação e rotinização do processo de trabalho. As outras ocupações na saúde, hierarquicamente subordinadas aos médicos dentro da divisão de trabalho na saúde, têm pouca autonomia na performance de seu trabalho e podem ser identificadas como parte da classe proletária, independentemente da condição de ser produtiva ou não.

Johnson (1977) analisa esse aspecto focalizando ainda o conceito de reprodução nas esferas econômica, política e ideológica. Nesse processo, o Estado e as "profissões" (envolvendo áreas da saúde, educação, ciência e tecnologia) desempenham um papel dos mais importantes. A reprodução do sistema produtivo provê a base teórica para a autonomia da medicina e seu papel dominante no processo de trabalho na saúde. A reprodução da força de trabalho, em particular, provê a base fundamental para a autonomia da medicina, o que explica o papel do médico, em ser capaz de estruturar e organizar o processo de trabalho na saúde, sendo esta a contrapartida concedida pelo Estado da sua aliança com a classe dominante.

Portanto, a profissão médica assume um monopólio de gerações de definições de práticas e serviços na medida em que estes coincidem com a definição oficial. Desse modo, a medicina torna-se uma instituição importante de controle social.

3. RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE NO BRASIL

Durante a década de oitenta, importantes estudos relacionados aos Recursos Humanos e à Força de Trabalho em saúde vêm sendo produzidos no Brasil. Provavelmente, este esforço de conhecimento, empreendido por pesquisadores ligados tanto às Universidades como a

Instituições de prestação de serviço, é uma resposta aos estímulos gerados pela dinâmica do processo de Reforma Sanitária.

A implantação de novas políticas de saúde das Ações Integradas ao Sistema Unificado e Descentralizado de saúde- criou novas necessidades de investigação em virtude mesmo da operacionalização destes novos modelos de assistência médico-sanitário. Por outro lado, a concomitância destas reformas com o processo constituinte, onde a questão da saúde ganhou certa relevância, contribuiu mais ainda para estimular o debate, o estudo e pesquisas sobre os vários componentes de um sistema de saúde, inclusive sobre a força de trabalho empregado no setor.

Alguns eventos recentes da história nacional, relaciona dos todos à dinâmica contraditória da transição política brasileira - ao mesmo tempo conservadora e democrática – induziram os intelectuais da saúde a acelerarem o ritmo de seus estudos. A conferência nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em outubro de 1986, enquanto um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, recolheu boa percentagem deste esforço de investigação¹. O mesmo pode ser afirmado em relação a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que funcionou em 1986 e 1987 e que reuniu autoridades delegados de entidades da sociedade civil. A CNRS criou um grupo de trabalho de Recursos Humanos composto por estudiosos provenientes de várias universidades e centros de pesquisas, que contribuiu bastante para atualizar o diagnóstico sobre esta questão, levantando algumas sugestões e relacionando-as à política de financiamento para a saúde².

Esta vinculação estreita entre a pesquisa e as contingências da política de saúde se por um lado obrigou estes estudos a tomarem a realidade brasileira como objeto de investigação, por outro lado os condicionou aos limites pragmáticos inerentes à. cada conjuntura específica. De fato, a maior parte destes trabalhos têm um caráter descritivo, limitando-se a identificar a quantidade, a qualificação e a distribuição dos recursos humanos segundo o tempo ou pelas várias instituições e serviços de saúde. De qualquer forma, eles representam uma novidade positiva, pois até o início da década de oitenta, por

1 Entre outros, merecem referência os seguintes textos elaborados em função da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Nogueira, (1987), Médici, (1988) Girardi (1986) e o Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 1986.

2 A este respeito, consultar:

- a. Grupo de Trabalho da Comissão Nacional de Reforma Sanitária: "A Questão dos Recursos Humanos e a reforma Sanitária", In Documentos III, Brasília, 1987.
- b. Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da CNRS: "Levantamento de Custos da Isonomia Salarial para os profissionais de Saúde do Setor Público no Brasil", In Documentos III, Brasília, 1987.

predominarem estudos voltados especificamente para o ensino e formação de médicos, desconhecia-se mesmo os dados relativos a este desenvolvimento quantitativo³. A predominância de estudos, voltados para o ensino de medicina, além de refletir a hegemonia desta profissão e deste saber na produção de serviços de saúde, provavelmente deve ser também reflexo do peso que as análises fundadas na teoria de sistemas tiveram na definição das estratégias para reforma dos sistemas de saúde, particularmente a nível dos organismos internacionais e de vários flinisiérios da Saúde da América Latina. É do conhecimento geral a ênfase que esta escola dá à formação do médico generalista considerada como uma das principais estratégias para a superação das "distorções" existentes nos sistemas de saúde de vários países (Chaves, 1980).

Contudo, este último conjunto de trabalhos versando sobre a questão dos Recursos Humanos em saúde não tem se limitado a descrever este fenômeno Nogueira (1987) chama a atenção para a conveniência destes estudos, a partir da utilização de metodologias mais elaboradas, realizarem avaliações do problema, não se limitando à simpies descrição ou quantificação do mesmo. Neste camøo particular, ele propõe a realização de dois tipos de avaliação:

1 - de natureza macroeconômica, levando em conta os aspectos de capacidade de geração de emprego e absorção de pessoal recém-formado, dinamismo do setor no conjunto da economia, perspectivas de expansão, etc:

2 - de natureza política, que consiste em julgar se a dimensão, distribuição, composição interna e utilização da força de trabalho estão consistentes com as linhas e diretrizes da política nacional de saúde.

Particularmente, os trabalhos de Médici (1986) (1987), Nogueira e Brito (1986), Miranda (1988) podem ser incluídos dentro desta perspectiva metodológica mais ampla. Em linhas gerais, estas diretrizes têm norteado a maioria das análises e trabalhos mais recentes sobre recursos humanos.

Na verdade, estes estudos têm enriquecido em grande medida o conhecimento deste tema, principalmente por utilizarem uma abordagem mais dinâmica, que permite a previsão de tendências de desenvolvimento do mercado de emprego, do perfil da oferta de profissionais e das lacunas existentes tendo em vista determinada imagem-objetiva a ser alcançada e, por sua vez; construída a partir de uma certa política de saúde. Este conjunto de

3 Ver Nogueira, 1985.

conhecimentos é essencial para o planejamento estratégico de sistemas de saúde, permitindo a definição de objetivos e metas de médio e longo prazo. Mesmo a gestão cotidiana e o planejamento operacional têm muito a ganhar com as evidências levantadas por estes trabalhos.

No entanto, mesmo estes estudos que adotam uma metodologia mais complexa ainda consideram os trabalhadores de saúde como sendo um insumo passível de ser administrado e planejado como qualquer outro fator de produção. As eventuais particularidades deste insumo específico, os recursos humanos, são via de regra reconhecidas como características peculiares de um dado objeto. Quase nunca há referência a uma característica especial deste objeto que o distinga de todos os outros insumos: a capacidade que tem este objeto de proceder como sujeito social em diferentes e várias ocasiões. Ou seja, a adaptabilidade deste insumo às circunstâncias, a sua plasticidade, a capacidade efetiva de se gerenciar este tipo de recurso, não obedece a mesma lógica dos outros fatores de produção. Aqui, interferem-se a ação ou a reação, individual ou coletiva, de sujeitos dotados de uma determinada ideologia, de interesses próprios, de capacidade de determinadas políticas de saúde.

Neste sentido, até mesmo o conceito de "avaliação de natureza política" da força de trabalho em saúde, preconizado por Roberto Nogueira, pode ser considerado restrito. Restrito porque opera com uma noção de força de trabalho que a equipara a um insumo-objeto a ser adequado "às diretrizes da política nacional de saúde". No fundo, é uma visão 'instrumental da força de trabalho, que trabalha apenas com metas voltadas para a racionalização administrativa ou gerencial deste fator de produção, sem considerar que a dimensão de produtores de serviço de saúde e, principalmente, de atores políticos — quer segundo um "script" mais corporativo quer segundo um roteiro mais politizante — dão aos profissionais de saúde um poder capaz, se for este o caso, de inviabilizar uma dada política de saúde.

Além dos aspectos morais e ideológicos desta questão o reconhecimento do trabalhador de saúde enquanto um cidadão — há que se considerar um aspecto bastante pragmático que por si só justificaria a realização de inúmeros estudos sobre a política de saúde dos profissionais de saúde, sobre sua ideologia, a respeito de sua adesão aos projetos oficiais, ou a propostas de construção de contra-hegemonia ou até mesmo as perspectivas conservadoras de reprodução do "status-quo". Trata-se do que alguns autores ingleses têm denominado de "powers of expertise" (Klein, 1984). Ou seja, é reconhecida a capacidade que têm os profissionais de saúde, e dentre eles particularmente o médico, de imprimir a

sua perspectiva profissional ou política à prestação de serviços de saúde. E mais ainda, é nótória a influência que têm os técnicos de saúde sobre a consciência sanitária dos vários segmentos de uma sociedade. No caso brasileiro, salta aos olhos o peso decisivo que têm os movimentos de profissionais do setor sobre as deliberações e propostas de políticas de saúde elaboradas por nossos partidos políticos, pelo movimento sindical ou popular e até mesmo por segmentos do empresariado.

Admitidas estas premissas, toma-se óbvio a conveniência de que ocorra uma ampliação do espectro de estudos sobre a força de trabalho em saúde.

Outros estudos têm tocado em questões importantes sobre a força de trabalho em saúde no Brasil, particularmente no que se refere à profissão médica.

Analisando as ocupações e profissões diante da organização capitalista de produção, Braverman (1974) conclui que a perda da autonomia no processo produtivo é uma tendência que atinge todas as ocupações e profissões inclusive a do médico. Consistente a esta postura, Donnangelo (1975), em pesquisa pioneira sobre a profissão médica no Brasil realizada em fins dos anos 60, interpreta o crescente assalariamento dos médicos como uma consequência inevitável da passagem do padrão "artesanal." para novas modalidades de organização da produção onde as inovações na técnica de produção e a diversificação e ampliação dos meios de trabalho geram um quadro organizacional complexo e burocratizado em que o produtor de serviços (o médico) tende a perder o controle total do processo e a posse dos meios de produção.

Esta autora trabalhou tanto com um nível de análise macroeconômico, estudando a profissão médica e o seu mercado de trabalho, como com uma perspectiva política bem ampla, em que foram analisadas as "ideologias" ocupacionais e o relacionamento destes profissionais com a política do estado brasileiro.

Cohn & Donnangelo (1980) encontram as seguintes categorias de inserção no mercado de trabalho em São Paulo: o trabalho liberal que compreende a existência de clientela própria com a qual estabelece as condições de remuneração e a posse pelo médico dos instrumentos de trabalho; o assalariamento, categoria que engloba os médicos que vendem sua força de trabalho por tempo determinado em troca de salário; os proprietários, que detêm o controle de condições materiais ampliadas em relação aos instrumentos que podem ser operados por um único ou por poucos profissionais; e, finalmente, os autônomos, que detêm um controle parcial dos meios de trabalho ou da clientela.

Campos (1988) estudou o papel dos médicos na construção de uma política de saúde de cunho marcadamente liberal, mas que, ao mesmo tempo, tentava responder aos imperativos colocados pela modernização da sociedade brasileira, conseguindo estabelecer um ponte entre seus interesses de categoria profissional e aqueles dos hospitais privados.

Este autor mostra também que o movimento médico vitorioso a partir de fins dos anos 70, o REME (Remoção Médica), embora admitisse a existência de outras formas de inserção no mercado de trabalho além do assalariamento, entendia que elas eram residuais e em vias de extinção. Na postura política deste movimento, toda a ênfase era dada à questão do assalariamento, a forma que lhe parecia vir a ser predominante em pouco tempo.

Contudo, seguindo a análise de Campos (1988), não muito tempo se passou para que se percebesse que as previsões do REME não tiveram chances de se concretizarem plenamente. Neste caso, a teoria não resistiu à complexidade da realidade. Se é verdade que a perda de autonomia profissional sob o capitalismo ocorreu em quase, todas as prosissões industriais e de serviços, ela não parece ter condições de se verificar plenamente na profissão médica. A forma autônoma de prestação de serviços médicos pode ser, na realidade, um modo de se compatibilizar com o capital e não se antagonizar com ele.

Em realidade, se em algumas passagens da obra de Marx pode ter dado a impressão da inevitabilidade do processo de perda do controle e posse dos meios de produção pelos vários produtores de bens e serviços, em outras passagens fica clara a possibilidade de ocorrer associações entre diferentes sistemas produtivos. Neste sentido, o capitalismo é apenas dominante e outras formas de produção historicamente anteriores podem não subsistir como se integrar e contribuir para o processo de acumulação de capital.

Nesse sentido, como afirma Campos (1988), a capitalização da medicina ao mesmo tempo que reduz o trabalho puramente liberal à condição de forma residual, recria condições para a expansão do assalariamento e também do exercício autônomo, sendo esta última a forma predominante. Neste sentido, não há contradição entre o trabalho autônomo e o processo de acumulação de capital. Ao contrário, este tipo de inserção no mercado pode inclusive assegurar rentabilidade às empresas no setor na medida em que o trabalho autônomo não implica em encargos trabalhistas.

Embora estas análises, como afirma Fleuri et all (1988), mais identifiquem problemas do que soluções, elas podem abrir caminhos para um diagnóstico mais complexo da força de trabalho em saúde, abrindo, assim, perspectivas para a proposição de novas políticas de

relacionamento entre o aparelho estatal e os profissionais de saúde; e entre estes e outros segmentos da sociedade civil.

A averiguação de qual é a representação, de qual é política prevalente entre os trabalhadores de saúde pode servir como parâmetros para a definição de novos conteúdos de programas de desenvolvimento de recursos humanos. Assim, a análise de como estes profissionais vêem a nova política de saúde, consubstanciada no SUDS, nas propostas das AIS, e como reagem às transformações imprimidas por estes projetos, são elementos decisivos para o planejamento estratégico do setor. A não ser que se imagine que a administração do chicote e da coerção indiscriminada e sistemática possa reduzir estes sujeitos sociais à condição de insumos-objetos.

Concluindo, considera-se necessário a ampliação do leque de metodologias que vem sendo utilizadas para a pesquisa de força de trabalho em saúde, incorporando-se às linhas já em desenvolvimento mais uma voltada para o estudo dos profissionais de saúde enquanto agentes políticos, produtores de serviço, militantes de movimentos corporativos mas que também fazem política e perseguem uma cidadania plena.

4. A IDEOLOGIA QUE SUSTENTA A AUTONOMIA E DOMINÂNCIA MÉDICA

A ideologia do profissionalismo que legitima a autonomia reivindicada pelos médicos, apresenta amplas ramificações reproduzindo aspectos da ideologia dominante e, assim, promovendo hegemonia ideológica, a qual, como argumenta Gransci (1971), provê a base para o domínio burguês no capitalismo monopolista.

Em particular, a profissão médica reproduz o que Habermas (1970) chama de "a ideologia do especialista profissional, a ênfase na racionalidade tecnológica, na reivindicação de efetividade e no individualismo, todos esses componentes ideológicos conduzindo à reivindicação que conhecimento é um poder benéfico ainda que ele legitime desigualdade e elitismo.

Ainda segundo Gransci, médicos devem ser considerados como intelectuais orgânicos que emergem em associação com a nova classe dominante no capitalismo adiantado "exercendo as funções subalternas de hegemonia social e governo político" (Gransci, 1971:

12). Assim, a medicina realiza a mediação de importantes valores sociais que servem aos interesses da classe dominante.

A medicina torna-se hegemônica através de um processo que procura dar legitimidade à sua prática. Este processo envolve justificação política e ideológica. Em sociedades capitalistas modernas, tal justificação é baseada na idéia de ciência como verdade e na noção de efetividade. Não obstante os, avanços genuínos da medicina, é sabido, como já mencionamos, o exagero dessa reivindicação que se torna ideológica ao mascarar a base socio-econômica e política que de fato torna a medicina hegemônica. Nesse sentido, o desenvolvimento da ciência médica requer uma análise que leva em conta transformações e revoluções de paradigmas no sentido empregado por Kunh (1975), envolvendo uma base social tanto na legitimação do paradigma hegemônico como na sua transformação e emergência de um novo paradigma. É necessário, no entanto, acrescentar ao esquema Kunh, a ação de classe.

A medicina científica moderna apresenta, na sua forma hegemônica, várias analogias com o modo de produção que ela contribui para reproduzir. No aspecto organizacional, a complexidade de sua divisão de trabalho, o modo hospitalar, abrangendo tecnologias complexas, o sistema de produção baseado no lucro não deixam dúvidas quanto ao caráter capitalista da medicina. No aspecto científico, a teoria dos germes como agente específico causador de doenças acentua o caráter individual e biológico da doença, ao invés do social e político. A analogia do corpo como uma máquina com partes trocáveis e soluções de engenharia é um traço desse aspecto.

Com sua neutralidade aparente, este conjunto ideológico oferece suporte cultural e econômico traduzidos no controle da força de trabalho, já comentado. Um dos principais aspectos desse suporte é a procura de soluções individuais para o que frequentemente são problemas estruturais, o que é um traço geral da ideologia da sociedade capitalista. O fenômeno da medicalização da sociedade, por onde o paradigma dominante da medicina desloca problemas e conflitos sociais, familiares e pessoais para a área de intervenção médica e o avanço desse paradigma para problemas de ordem moral e legal são exemplos da extensão da hegemonia ideológica.

No entanto, a rede básica de serviços de saúde representa, pelo menos no âmbito ideológico, um paradigma que se opõe em muitos aspectos ao paradigma hegemônico da medicina. A idéia de uma medicina coletiva procurando fatores e doenças não somente em indivíduos isoladamente mas em determinantes sociais mais amplos; a idéia de uma

medicina mais centrada na promoção de saúde através de controle ambiental e educação comunitária, todos estes fatores encontram-se mais próximos dos centros e postos de saúde do que qualquer outro "locus" da medicina. Portanto, é possível afirmar que a rede básica de serviços de saúde não adota de modo claro o paradigma mecanicista, curativo e individualista da medicina hegemônica, não obstante as práticas atuais verificadas nesta rede que tendem a medicalizar cada vez mais ações de saúde. Em razão disso, o médico do Posto de Saúde é considerado deslocado do centro de poder do paradigma médico dominante encontrado principalmente nos hospitais de alta tecnologia.

Recentemente, em consonância com as recomendações da OMS, e em função da profunda crise financeira que acompanha o modelo de prestação de serviços baseado no paradigma dominante, as Ações Integradas de Saúde e os SUDS têm promovido uma valorização da rede básica expressa numa canalização de recursos consideráveis provenientes principalmente do Inamps. O significado desse súbito crescimento da rede básica ainda não é claro e pesquisas de campo que acompanhem o seu desenvolvimento e decifrem a sua direção são necessárias para se abordar este problema.

5. POLÍTICA DE SAÚDE E TECNOLOGIA EM SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES PARA SE ENTENDER A "REDE BÁSICA COMO TECNOLOGIA.

Vários têm sido os estudos que tratam da temática de tecnologia em saúde, predominantemente da abordagem que a entende como o conjunto de instrumentos - enquanto equipamentos e insumos - que são incorporados pelas práticas de saúde.

Muitos desses estudos situam o campo dos serviços de saúde numa relação de exterioridade com o setor de produção dos instrumentos que, por sua vez, teria um papel "predominante" na medida em que define a configuração tecnológica das práticas de saúde.

Por este caminho, não fica claro como que um campo de práticas sociais - o de saúde - pode absorver um conjunto de equipamentos e/ou insumos, se no interior daquele. Campo não se definir o lugar de existência daqueles instrumentos.

É no trabalho de Gonçalves (1986) que se deu a principal abertura metodológica quanto a esta questão. Este autor, ao tornar a análise das práticas de saúde enquanto processo de trabalho, permite uma compreensão sobre como no interior das práticas de saúde já se

condiciona o tipo de tecnologia, enquanto equipamentos e insumos, deslocando assim o campo de determinações.

Este caminho é seguido pela elaboração de uma concepção que vê no processo de trabalho em saúde a "organicidade" entre a forma de se antever o objeto e o produto do trabalho e o conjunto dos instrumentos que medeiam estes momentos.

No caso do estudo referido, aquela forma será analisada como historicamente determinada no interior da construção das relações sociais capitalistas, e como um saber tecnológico expresso em dois itens básicos do conhecimento em saúde, a clínica e a epidemiologia.

Assim sendo, parece ser fundamental que a articulação entre política de saúde e tecnologia em saúde tenha que passar pela análise de sociedades concretas, por vias que vão além das abordagens sobre o setor de produção dos instrumentos, e que penetrem pelo campo no qual são gerados os "saberes" que se tornam políticas (sociais), ou pelo menos propostas nesse sentido.

Nesta perspectiva, este texto toma para análise o conjunto dos "ideários" que foram gerados no movimento social brasileiro, no campo da saúde pública, a fim de compreendê-los enquanto bases de construção do campo tecnológico e da configuração tecnológica das políticas que se constituíram em políticas (sociais) de saúde.

Para esta análise, toma-se como ponto básico a articulação que há entre um modelo tecnológico, calcado nas concepções do processo saúde e doença e das práticas de saúde a partir da clínica e da epidemiologia extraídos das análises das práticas de saúde como processo de trabalho; e o modelo assistencial enquanto lugar institucional que expressa o processo de trabalho dentro de uma dada configuração tecnológica.

Além disto, o campo de políticas (sociais) de saúde que foi tomado como fundamental para o estudo foi o da saúde pública, porque é nele que aparece colocado com maior centralidade e clareza a discussão sobre a rede básica, e porque contemporaneamente parece ser este o elemento novo que é capaz de articular uma nova política no setor, tendo em vista a importância que vem ocupando a discussão sobre a "atenção primária de saúde" no interior do movimento que tem "definido" a atual política de saúde.

A leitura que se busca é a de identificar como o conjunto das "matrizes de pensamento", ou "ideários", através da constituição dos vários momentos porque passou o campo da saúde pública, colocam a questão da "rede básica" e sob que configuração tecnológica e assistencial, para se entender no debate atual quais caminhos diferenciados que estão

sendo apontados, sob o mesmo rótulo, e que na prática social real apresentam graus diferenciados de existência e concretização.

Por uma questão analítica, toma-se como expressão daquele conjunto as "matrizes" que se expressaram organizadamente nos momentos chaves nos quais a questão de saúde pública se tornou relevantemente uma questão social, pois nestes momentos o equacionamento das políticas de saúde se faz de maneira ampla, expondo-se os princípios básicos das diferentes matrizes quanto ao conjunto das ações de saúde.

Dado o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, na era republicana, pode-se visualizar quatro "grandes" situações conjunturais que se configuram, não só pela maior evidência que adquirem as questões de saúde como questões sociais⁴, mas, pelo "aparecimento" de um intenso debate sobre o campo de saúde que extrapola o âmbito das instituições específicas do setor, ao nível do Estado.

Estas conjunturas estão ligadas aos momentos em que a relação entre o Estado brasileiro e o conjunto da sociedade passam por um processo de reordenamento.

Nestas, as políticas sociais estão em franco processo de reelaboração na busca de novos padrões de constituição.

Assim, ao se tomar estes momentos, pode-se verificar em plenitude não só a expressão dos setores sociais que "pensam e formulam" as políticas no setor saúde, mas a própria constituição da "arena política" na qual se define a direção e o sentido das mesmas e a forma como aqueles setores sociais "penetram" no seu interior e se expressarão nas políticas constituídas.

Entretanto, este trabalho procura se ater à relação entre os tipos de formulação, nas diferentes conjunturas, as perspectivas tecnológicas que os mesmos "carregam" e a configuração que tem a "rede básica" no seu interior.

Para se chegar às formulações que representam "ideários", toma-se a manifestação dos agentes (profissionais) mais estratégicos do campo da saúde pública, nos diferentes veículos usados para veicular seus projetos.

4 Ver Merhy (1985)

A maior parte destas manifestações ocorreram através de Congressos - como os da Sociedade Brasileira de Higiene - e/ou em publicações científicas vinculadas às "escolas" formadoras dos recursos humanos do setor. Assim foi possível reconstituir as principais "matrizes" e analisar as suas fórmulas" de políticas de saúde, pelo ângulo da dimensão tecnológica e da assistencial.

Neste texto, não se desconsidera que os documentos estratégicos gerados ao nível governamental expressem os princípios de algumas matrizes, e possam, assim, ser material de consulta; bem como as legislações ou correlatos. Entretanto, acredita-se que aquelas manifestações que se organizaram nos congressos e nas "escolas", nas conjunturas específicas, formaram a base daqueles documentos ou anteprojetos, tornando-se suficientes para os objetivos aqui propostos.

A delimitação dos quatros momentos foi o seguinte:

1 - Início do Século XX

2 - Décadas de 20.e 30

3 - Década de 60

4 - Décadas de 70 e 80

5.1. Início do século XX

Sabidamente nesta fase, a do começo da era republicana no Brasil, entrou-se numa dinâmica social de "constituição" do Estado burguês no Brasil e da consolidação do processo social de predomínio dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira⁵.

O país viveu uma dinâmica regionalizada baseada nas dominações exercidas pelas "oligarquias" estaduais. A relação Estado/Classes passou por diferenciações significativas no que tange às políticas sociais, conforme a região do país. Nos lugares mais estratégicos, como São Paulo e Rio de Janeiro, ocorreram dinamismos acentuados quanto à atuação governamental, em relação às outras regiões, junto ao processo de urbanização e de consolidação das políticas dos setores agroexportadores.

5 Saes (1986)

Considerando estas regiões, a política de saúde se confundiu com a saúde pública e se expressou através de alguns personagens chaves, como Oswaldo Cruz e Emilio Ribas.

Praticamente a perspectiva assistencial e tecnológica do setor foi plenamente expressada nas atuações e formulações destes profissionais.

Formados na "escola pasteuriana", tinham como meta superar uma perspectiva que consideravam como não científica (e que via na teoria miasmática a base para se pensar a atuação na área da saúde) pela teoria bacteriológica considerada como científica e a mais adequada para se organizar uma intervenção no campo da saúde.

Nesta linha, organizaram uma perspectiva tecnológica que via a saúde e a doença como um processo coletivo, resultado da "agressão externa" que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio natural/social insalubre.

Os seus objetivos eram a descoberta e isolamento dos indivíduos (doentes) contaminantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios.

Para instrumentalizar as ações de saúde, tinha-se como paradigma científico a bacteriologia e a engenharia sanitária. Secundariamente, foi utilizada a medicina, que era entendida como muito limitada e de pouca eficácia, pois só interferia ao nível curativo do indivíduo doente.

O conjunto destas questões articularam um modelo assistencial público, a partir dos gastos públicos orçamentários, e que teve na campanha e na polícia sanitária seus meios principais de viabilização.

Organizaram-se leis, códigos, decretos que deram vida à política de saúde. Organizaram-se institutos de pesquisa, laboratórios, e serviços sanitários, que foram os braços auxiliares das campanhas e das polícias sanitárias.

A organização administrativa seguiu os padrões da época. As tarefas centrais e principais situavam-se no âmbito estadual e com algumas pontas no nível municipal⁶.

Enfim, podia-se verificar que os "pensadores" da política de saúde eram "funcionários" do Estado oligárquico, e que era no interior deste que formulavam sua atuação no campo da saúde pública. Tinham expressão regionalizada e compartilhavam das perspectivas que os grupos oligárquicos adotavam quanto às questões sociais; em particular, as questões de saúde eram entendidas como problemas coletivos de saúde (doenças pestilenciais), aqueles

6 Merhy (1985)

problemas que estavam mais estreitamente ligados ao processo agroexportador ou de legitimação do Estado oligárquico.

A análise dos indicadores de saúde, em termos de mortalidade proporcional por causa, mostrou, no final da década de 1910, uma significativa queda da participação das consideradas doenças pestilenciais no total de mortes em São Paulo⁷.

Isto mostra que em termos de política social setorial, pelos estados, o modelo adotado de sistema assistencial teve uma eficácia.

Entretanto, pelo correr da década de 20, assistiu-se a um processo de crise social no interior da sociedade oligárquica.

Crise que se manifestou num processo de reordenação da relação Estado/Classes através da quebra da legitimidade do Estado oligárquico e do predomínio da oligarquia paulista, cafeeira, no cenário político e econômico.

Este processo abriu uma novidade em termos de políticas sociais no correr da década de 1920.

5.2. As décadas 20/30

Este período caracterizou-se por uma conjuntura política agitada, na qual foi colocada em cheque a legitimidade do poder político constituído, principalmente ao nível dos agrupamentos urbanos que se constituíram a partir do complexo agroexportador, nas principais cidades do país - São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Paradoxamente, foi um período de crescimento econômico do complexo cafeeiro e do "processo de industrialização".

No interior do conflito, buscou-se constituir um conjunto novo de relações entre o Estado e os agrupamentos sociais, fundamentalmente os urbanos. A década foi marcada por tentativas de reformas que "embrionaram" novas políticas sociais, como por exemplo a das Caixas de Aposentadoria e Pensão, a partir de 1923; e a legislação social de 1926.

⁷ Merhy (1985)

No interior da política de saúde, aumentou a crítica ao modelo anterior como sendo essencialmente empirista e de baixa eficácia diante dos novos problemas que a saúde pública tinha pela sua frente. Estes novos problemas eram, agora, a saúde das crianças, dos trabalhadores, entre vários outros, que só a Higiene e a Educação Sanitária poderiam responder cientificamente.

Estas novas idéias foram se organizando a partir das experiências americanas na construção do Canal do Panamá, e que desembocam na década de 1910 na formação, nos EUA, de um movimento na saúde pública que ficou conhecido como "médico-sanitário".

Desde a década de 1910, no Brasil, com a Liga do Saneamento, buscava-se uma ação que saneasse a zona rural a fim de viabilizar a constituição de um povo saudável, racialmente forte, e ao mesmo tempo permitisse a ocupação do interior do país. Este movimento teve em Belisário Sena e Artur Neiva, dois representantes mais significativos.

Este movimento trouxe no seu interior uma gama muito grande de posições, como por exemplo os eugenistas, e vai gerar quadros que inclusive assumem a direção dos serviços nacionais de saúde pública no começo do pós-30, como Belisário Pena; mas não se constituiu numa proposta muito bem articulada ou formulada, para além de princípios críticos muito gerais ao excessivo urbanismo da política de saúde da oligarquia, ou mesmo do seu regionalismo. E a campanha sanitária nacional, pela área rural e pelo interior do país, foi vista como instrumento central e integrador de uma ação nacional.

Efetivamente, foi a corrente "médico-sanitária" que ganhou o maior destaque neste processo de crise do modelo anterior. Esta perspectiva tecnológica e assistencial formou-se junto à escola americana de saúde pública, que tinha em Baltimore seu núcleo mais ativo através da associação entre a Fundação Rockefeller e a John Hopkins University.

Portanto, no período, abriram-se mais duas perspectivas que tiveram vínculos diferenciados com a constituição da política do setor a partir da matriz anterior.

Vale ressaltar que a reordenação entre o Estado e as classes após a crise dos anos 20 apontou para a constituição de um Estado Nacional, capitalista, conforme um bloco histórico industrializante ⁸, o que teve importância fundamental para se entender a adequação das propostas que apareceram.

8 Draibe, 1986.

O movimento que teve maior penetração, a corrente "médico-sanitário", se constituiu num processo no qual teve importância o financiamento que a Fundação Rockefeller efetivou junto ao Brasil, não só na organização de serviços, mas também na formação de recursos humanos.

Em 1918, dois médicos paulistas abriram um caminho que por décadas foi seguido no Brasil. Com bolsas de estudos fornecidas pela Fundação, Geraldo H. de Paula Souza e F. Borges Vieira se tornaram membros da primeira turma do curso de formação de médicos sanitaristas da John Hopkins University. Formaram-se dentro de uma matriz, a médico-sanitária, que teve vários adeptos no Brasil e se consolidou como o grande "ideário" sanitário do período 30/60.

No decorrer da década de 20, toda uma corrente se organizou, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo; mas também em Minas, Rio Grande do Sul, Bahia e Pernambuco.

Um dos núcleos mais ativos, além dos paulistas, foi o dos "jovens turcos" que eram jovens sanitaristas vinculados ao Departamento Nacional de Saúde Pública, e que defendiam a especialidade na carreira médica, na área de Saúde Pública, e o trabalho em tempo integral nas instituições estatais.

Estes núcleos chegaram a organizar cinco congressos durante a década – os Congressos Brasileiros de Higiene - e tiveram tal influência no desenvolvimento da política de saúde no Brasil, que sua presença se fez marcante até a reforma administrativa da década de 60/70 no interior da Secretaria Estadual de Saúde, de São Paulo.

Foi a partir desta mesma matriz que na década de 40, em plena guerra, o governo brasileiro, em convênio com o americano, estrutura o Serviço Especial de Saúde Pública, que marca o desenvolvimento das instituições de saúde pública no país.

O acompanhamento das várias realizações por estas décadas mostra que elas estiveram presas ao ideário original, mesmo quando incorporam novos conhecimentos - como o uso do antibiótico, dos pesticidas - que são "retraduzidos" sob a mesma ótica tecnológica.

Como base de seu modelo tecnológico, que esteve presente nos diferentes modelos assistenciais difundidos no interior desta corrente, colocou-se a noção de que o processo saúde - doença era um fenômeno coletivo de saúde (portanto, uma questão de saúde pública), mas determinado, em última análise, pelas questões próprias às pessoas.

Captavam está idéia sob o conceito de "consciência sanitária", e esta passou a ser o canal através do qual o meio insalubre atingia os indivíduos. Sendo, portanto, no campo da higiene do meio e do indivíduo - que se encontraria as bases científicas para a atuação no setor.

Deste modo, não só a medicina era uma questão secundária e auxiliar, como as questões colocadas pela bacteriologia passaram de um lugar estratégico para um parcial e subordinado.

Quando se analisa o conceito de Winslow sobre o tema, a partir de sua concepção de saúde pública, isto fica claro. Para tanto, veja-se o seguinte conceito do autor acima: "Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através (do) saneamento do meio, controle das doenças infecto-contagiosas, educação do indivíduo (em higiene pessoal), organização de serviços médicos para diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças, e o desenvolvimento da maquinária social"⁹.

Assim, tecnologicamente a medicina e a saúde pública eram entendidos como campos distintos, aquela para curar e esta para prevenir, prolongar e promover. Aquele era o lugar da clínica, da patologia e da terapêutica, e esta da higiene, da educação sanitária e da organização administrativa dos serviços.

Quando esta matriz se desdobrou em modelo assistencial, seguiu vários caminhos, conforme o peso que foi dado aos "componentes-meios" e a articulação que tiveram as instituições prestadoras de serviços junto ao setor público e ao setor privado. Neste caso, o setor privado era entendido sob o ângulo "caritativo", de "assistência social", mas cuja meta final era a do serviço público absorvê-lo.

Quanto à medicina, não tinham nenhum conflito com a organização liberal, que era predominante no período. Só tinham restrições quanto à medicina se imiscuir nas questões de saúde pública, que era tarefa do sanitarista e da Saúde Pública. Além do medo que tinham da demanda por serviços médicos esmagar as ações sanitárias se vivessem na mesma instituição.

Para que nada disto ocorresse, o elemento estratégico a dar conta do modelo em termos assistenciais era o Centro de Saúde e/ou o Posto Sanitário rural, que se diferenciavam pela complexidade das ações e pelos custos das mesmas.

9 Merhy, 1985.

O modelo assistencial centrou-se na construção de serviços permanentes de Saúde Pública (os Centros de Saúde e os Postos), de modo regionalizado, de caráter público e comandados por especialistas - os sanitaristas - em "full time".

Estes serviços eram institucionalmente vinculados às coordenações técnicas mais centralizadas e respeitavam os princípios da administração "científica" proposta por Fayol¹⁰.

Os profissionais originados nesta matriz perseguiram os objetivos do modelo de várias maneiras, uns foram militar no interior dos aparelhos formadores, como Paula Souza e B. Vieira junto à USP e ao governo estadual para a formação da Faculdade de Saúde Pública, intento atingido na década de 40.

Outros se inseriram nos organismos federais e foram influenciando as reformas que estes organismos sofreram conforme os momentos de construção de uma nova política para o setor, segundo o processo social mais amplo periodizado entre 30/60 de construção do Estado Nacional.

Durante a fase de transição 30/37, a saúde pública praticamente se reduziu à atuação companhista pelo conjunto do país, como se perseguisse à tomada de posse de um espaço geográfico nacional.

Entretanto, foi um período que permitiu a expansão das questões sociais ao nível da previdência social que viabilizou a construção dos serviços médicos previdenciários, abrindo um outro setor socialmente significativo no conjunto das ações de saúde, no campo das políticas sociais¹¹.

Os "jovens turcos" foram marcando suas passagens pelas instituições na luta por uma reforma que levasse à criação de um Ministério da Saúde (Pública) e de Secretarias Estaduais de Saúde.

Apontavam a necessidade de criação de organismos técnicos, centralizados normativamente de caráter nacional e, sempre que aparecia uma questão nova, procuravam impor seu modelo.

Assim foi na reforma federal de 37 e na criação dos Departamentos Nacionais de combate a problemas específicos (malária, febre amarela, crianças, etc...). Criticavam soluções parciais, mas não se abstinam de implementá-las.

10 Mascarenhas, 1948.

11 Fleury & Oliveira, 1986.

A base de suas críticas era em torno do fato de que a política e os políticos se imiscuiam em "coisas" dos técnicos, em "coisas" da ciência. Quando na década de 40 tiveram a oportunidade, diante dos problemas colocados pela situação da II Guerra Mundial ao governo brasileiro, de organizar um serviço que permitisse a ocupação de regiões importantes para a produção de borracha e minérios, implementaram o SESP (Serviços de Saúde Pública).

O serviço baseou-se na criação de postos permanentes (Centros de Saúde e postos rurais), por várias regiões de Minas, Amazonas e Espírito Santo, contratação de sanitaristas por tempo integral e de uma equipe auxiliar (com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes). Tinham em vista uma organização regionalizada e hierarquizada, que formasse uma -rede básica de serviços de saúde pública.

As atuações se davam a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividades de higiene em geral e organização "científica" dos serviços públicos.

Todo este esquema foi financiado a partir de um convênio assinado em 1942 entre os governos americano e brasileiro.

A esta experiência, seguiu-se a criação, em 1953, do Ministério do setor e, em 1956, do Departamento de Endemias Rurais.

Em alguns Estados, como São Paulo, esta "matriz" influenciou a constituição da Secretaria Estadual de Saúde, em 1948, da qual os vários grupos articulados a esta proposta saíram frustrados, pois acharam que seus objetivos foram desvirtuados pela presença dos interesses dos políticos e do clientelismo que se sobrepuseram aos técnicos; entretanto, continuaram a perseguir os seus objetivos até a reforma de 1968, com Leser e Mascarenhas, quando consideraram que haviam atingido suas perspectivas.

Durante todo este período pós-guerra, apesar das estratégias básicas do grupo não terem sido alteradas, novos elementos foram sendo incorporados. No seu trabalho "A Integração Sanitária", Reinaldo Ramos deixou bem claro que começou a convergir para este campo a perspectiva que buscou uma maior intimidade entre o uso da Medicina pela saúde pública; mas sem com isto eliminar a existência dos dois campos, assistencialmente dicotomizados. Esse movimento encontrou suporte teórico na concepção da História Natural da Doença, elaborada por Leavell/Clarck na década de 1940 e que procurou construir um marco teórico-

prático que viabilizasse a união do conjunto das ações de saúde num esforço comum de prevenção e cura.

No modelo "médico-sanitário", em que pese a dicotomia entre a assistência médica, e a saúde pública, havia elementos que possibilitavam a introdução dos instrumentais clínicos como componente das ações coletivas, dentro de uma perspectiva multicausal do processo saúde e doença, e desde que inseridas no interior de um programa. Assim, as ações de saúde fariam parte de uma atividade planejada. O correr da década de 50/60 foi palco de uma intensa disputa que partindo da matriz "médico-sanitária", trouxe para o centro do debate questões que se dividiram em duas grandes linhas: investir cada vez mais em serviços de saúde para melhorar o perfil de saúde do povo, ou investir em melhoria das condições gerais de vida que determinariam uma melhora do perfil da saúde dos vários grupos sociais. Esta polarização não teve só um fórum nacional e nem foi privilégio dos sanitaristas enfrentá-la, como mostra Braga¹²; o que não coloca a necessidade de compreender que aqui no Brasil, a partir dela se criaram as bases doutrinárias de novas matrizes que surgiram nas décadas seguintes, principalmente a partir de 70.

Representando as novas posições, surgiu com ênfase o médico sanitarista Mario Magalhães da Silveira, que pertenceu ao grupo dos sanitaristas da década de 20, mas que atingiu na década de 50/60 sua maior expressividade a partir da crítica que fez à política governamental para a saúde pública, em 1948, inserida no PLANO SALTE, e do modelo adotado pelo SESP. Foi no interior do ISEB que produziu e expôs o conjunto de suas idéias.

Tomando como seus pontos de reflexão a falência das perspectivas "companhistas" e "americanas", introduziu a discussão do desenvolvimentismo, da integração das ações, do planejamento em saúde, e da mercantilização das ações de saúde, numa perspectiva que supunha a superação das bases capitalistas de organização da sociedade brasileira, enquanto "sociedade atrasada" no rumo da modernização. Foi no período Goulart, como presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962, e como secretário geral da 3ª CNS, em 1963, que ele capitaneou um esforço coletivo de "releitura" do conjunto dos problemas de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil.

12 Braga & Paula, 1985.

5.3. A década de 60

Este período histórico foi marcado tanto pelo "fechamento" do ciclo econômico que criou as bases do setor de bens de capital iniciado com Vargas, quanto pelos desdobramentos políticos finais do processo político pós-30 através do embate entre uma corrente "populista-nacionalista" e uma "capitalista associada"¹³; o período acabou colocando na cena social toda uma reinterpretação da história republicana, e um processo de repensar os caminhos a serem seguidos. No fundo, colocou-se o esgotamento de um modelo de desenvolvimento tanto econômico quanto político, e que trouxe à tona a necessidade de se buscar uma nova relação entre o Estado e as classes sociais. Ao nível das políticas sociais colocou-se em "cheque" todo o processo anterior e o conjunto das instituições que o expressavam.

Caminhar por uma política de saúde que apontava uma dicotomia institucional entre assistência médica e saúde pública, (que desde o final de 40 já mostrava uma inversão dos gastos públicos favorecendo a primeira com uma "mercantilização" da assistência médica) e que apresentava uma ação pontual e desordenada das instituições de saúde pública (em contraste com o aumento da miséria e da piora das condições de saúde) acabou por gerar uma contundente crítica a todo modelo tecnológico e assistencial adotado, e que foi expresso com mais nitidez no começo dos anos 60, na figura do sanitarista Mario Magalhães da Silveira.

As bases de suas idéias eram: que a doença e a miséria não seriam controladas com maiores gastos em serviços de saúde, mas com o desenvolvimento econômico que levasse à maior independência da sociedade e do trabalho humano, à medida que incorporasse novas tecnologias e maiores controles sobre a natureza; e que em vez dos maiores gastos em serviços, o que deveria ser feito era buscar um padrão tecnológico próprio de ações de saúde, de maneira mais racionalizadora, com menores custos, com integração dos vários campos de atuação e sem comércio no setor.

Desta forma, colocou-se no extremo os elementos que a perspectiva "médico-sanitária" podia conter, rompendo com a dicotomia entre assistência médica e saúde pública. Mario Magalhães da Silveira expôs o global de sua proposta no Plano Nacional de Saúde que

13 Faleiros, 1986.

apresentou, em nome do Ministério da Saúde, na 3ª CNS, em 1963, cujo lema era "municipalização das ações de saúde".

Este embate trouxe para o campo da saúde pública a questão da organização dos serviços médicos privados, o que ampliou o conjunto de forças que se colocavam na arena política criada no campo particular da política (social) de saúde.

Este dado novo foi criado pelo embate da época que colocava a questão como sendo a de se seguir uma via de desenvolvimento nacional que exigia uma ampla reforma da sociedade brasileira ou avançar pela via do desenvolvimento capitalista associado internacionalmente.

A polarização acabou formando dois grandes campos, um "conservador/modernizador" e outro "transformador", que sabidamente desembocou na derrota do segundo, e que no setor saúde, logo no começo do governo militar, levou a uma intensificação da separação entre o campo da assistência médica e da saúde pública e a um sucateamento do setor público em geral.

Entretanto, vale analisar a "leitura" que foi feita no começo da década de 60 para que a análise do quarto momento possa não só entendê-lo no conjunto de suas proposições, mas também no que ele fez renascer das questões já anteriormente tratadas.

No que tocou às questões tecnológicas e assistenciais, as propostas colocadas neste começo de 60 foram claramente expostas na 3ª CSN, e elaboradas por Mario Magalhães e Kilson Fadul, como já se assinalou.

Após uma compreensão de que o combate ao quadro sanitário exigia um desenvolvimento econômico distributivista, elaborou a idéia de que os serviços de saúde deviam ser permanentes, contendo ações médicas e de saúde pública, municipalizados e com guardas regionais, controladas estadualmente segundo uma hierarquia de complexidade tecnológica (como insumos e "especializações" profissionais).

Defendiam a intervenção federal para normatizar ou para "ajudar" os municípios que "ainda" não tivessem condições de organizar seus próprios serviços. Preconizavam uma única instituição responsável pelas ações de saúde que tivesse como elemento estratégico a ação planejada, enquanto racionalização entre custos e benefícios.

Assim, pela primeira vez, de um modo explícito e como produto da análise crítica dos modelos anteriores e das políticas até então instaladas, apareceu nitidamente a discussão

de um modelo tecnológico baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio eram os serviços permanentes, "planejadamente" elaborados.

O modelo assistencial era concebido como público, ordenado segundo necessidades epidemiologicamente equacionadas, e segundo recursos dimensionados conforme uma relação de adequação entre custos e benefícios, de acordo com os recursos existentes.

Entretanto, a derrota destas propostas em 64 e a reordenação da relação entre o Estado e as classes abriu um outro capítulo que vingou na estruturação de um modelo centrado na assistência médica, comercializada, que passava pelo setor previdenciário, tendo a saúde pública como braço auxiliar.

Logo após o golpe de 64, no interior do Ministério da Saúde, assumiu a direção do órgão, profissionais como Raimundo de Brito, Borges Lagoa e Leonel Miranda, que imediatamente explicitaram um projeto privatizante e medicalizante.

Somente em termos localizados renasceram experiências no campo da saúde pública e que valem alguma observação. É o caso da volta do campanhismo em nível federal e das ações "médico-sanitárias" em alguns Estados, principalmente, em São Paulo, com Leser em 68 e 74.

Este modelo pós-64, sobejamente analisado no que se refere às questões da assistência médica previdenciária, foi exposto a um conjunto severo de críticas e a partir de 74 começou a apresentar suas grandes fissuras, sofrendo algumas transformações. Tanto com o IIPND por parte dos setores governamentais, quanto com novas propostas que foram colocadas por um "movimento sanitário" nascente¹⁴, podia-se averiguar o grau da crise que se iniciava.

Com o intuito de entender estas várias "matrizes" que se colocaram nesta quarta fase, reconstituíram-se o processo social e a organização do modelo, como se apresenta adiante. Conjuntamente, tentou-se compreender as proposições tecnológicas e assistenciais, verificando-se seus vínculos com as do passado e procurando-se uma compreensão sobre a "rede básica" como tecnologia em saúde, no interior destas "matrizes".

14 Escorel, S., 1987

5.4. O período de 1970 em diante

A nova ordenação entre o Estado capitalista brasileiro e o conjunto das classes sociais foi feito na direção de se consolidar um bloco dirigente orgânico ao desenvolvimento capitalista centrado na associação entre o capital monopolista internacional, o grande capital nacional e o "capital" estatal.

Desta forma, o país passou por um intenso processo de transformação que caracterizou o perfil da Nação como essencialmente industrial e urbana, mas com diferenciações sociais marcantes, expressos pelos bolsões de pobreza e de riqueza.

Ao nível mais infraestrutural, o país entrou na fase capitalista de consolidação do setor de bens de capital, de um modo definitivo¹⁵, vivendo momentos de crises cíclicas típicas de sociedades capitalistas "complexas".

Foi um marco significativo para as políticas sociais a crise do "milagre brasileiro" e o início do Governo Geisel. Através do IIPND em 74, fez-se um diagnóstico do país, no qual se propunha "distribuir o bolo enquanto ele crescesse", e a busca de caminhos tecnológicos que permitissem o crescimento permanente do bolo.

Mostrou-se neste diagnóstico que as políticas sociais tinham que mudar seu padrão discriminatório e deveriam buscar um grau de "universalização" maior. Reconheceu-se a crise de um padrão e buscou-se constituir um outro, que no fundo, respondesse pela garantia de legitimação política do Estado constituído. Colocaram na arena política do setor, ao mesmo tempo que um movimento no interior do próprio Estado, uma reordenação deste campo. A partir desta fase, o gasto no campo das tradicionais políticas sociais, através dos seus padrões de financiamento, essencialmente não orçamentários, excede em muito os gastos orçamentários do governo federal¹⁶.

O modelo que se estruturou nos três primeiros governos militares, já referidos, foi criticado por setores que, desde a década de 60, já defendiam o fim da comercialização no setor saúde e as unificações das ações, como fazia Carlos Gentile de Melo.

Porém, a partir de 74, ganharam relevância várias outras análises e mesmo se recuperaram outras perspectivas mais tradicionais, que aceitavam a dicotomia das ações de saúde, mas

15 Serra, 1985.

16 Faleiros, 1986.

eram contra a medicalização. Este debate foi reproduzido no livro "Instituições Médicas", de Madel T. Luz.

Aqui vale registrar que os críticos do modelo se colocavam basicamente em três posições, que geravam perspectivas tecnológicas diferentes para o setor.

Aquelas mais conservadoras, que lutavam pela privatização total das ações médicas, e que admitiam uma ação do Estado no campo da saúde pública, mas como complementar da outra.

As reformadoras, que preconizavam uma luta contra a "irracionalidade e a inadequação" do modelo, em termos de gastos e benefícios, e em termos de não resposta às necessidades existentes.

As transformadoras, que viam a necessidade de reformulação total do setor para que se pudesse, através da democratização técnico-gerencial e da penetrabilidade do estado pela sociedade civil, buscar um outro modelo assistencial (porém, único e universalizante).

Nestes três campos geraram-se perspectivas tecnológicas e assistenciais diferentes, e elas se fizeram presentes no interior das modificações que o sistema foi sofrendo no correr dos anos.

Antes de retomar as "linhas" que se fizeram presentes na arena, vai se pontuar as principais transformações que o modelo sofreu de 74 até a consolidação atual do SUDS, para depois se retomar a análise das "linhas" quanto às propostas tecnológicas e assistenciais, e verificar como no interior delas, se coloca a questão da "rede básica".

A partir de um diagnóstico da crise, no interior da então limitada arena política definidora da política de saúde, como "crise financeira e burocrática-administrativa", desencadeou-se um conjunto de medidas de racionalização administrativa e de construção de gastos e/ou barateamento das ações. Entretanto, em busca da construção de um padrão de relação Estado/classes que possibilitasse o aumento (ou mesmo a) legitimação do poder dirigente constituído.

No setor saúde, este padrão foi expresso como um movimento pela "extensão de cobertura da assistência médica ao conjunto da população brasileira a qualquer custo, e de preferência a baixo custo.

Apontando este processo já em 74, reorganizou-se a estrutura institucional do MPAS, dando-se maior centralização de comando, aparando duplicações institucionais-funcionais e

viabilizando-se um maior controle sobre sua estrutura orçamentária e seu padrão de gastos¹⁷.

Porém, isto não se fez acompanhar de medidas que alterassem substancialmente o modelo privado prestador de serviços e nem tocassem no chamado complexo médico-industrial¹⁸.

Ao contrário, a busca de extensão com baixo custo desembocou pela consolidação de projetos como PPA no interior da assistência médica previdenciária, que forneceu o setor privado, mas com sérias distorções tecnológicas.

Mas, no interior deste processo, abriu-se a possibilidade de se vivenciar modelos tecnológicos alternativos que foram experimentados no interior das instituições públicas federais, estaduais e municipais. Estes foram marcados, também, pela lógica de extensão de cobertura médica e pelo baixo custo.

Já em 75, no Ministério da Saúde, ocorreu a experiência do PIASS. Em 76, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo - com Leser - consolidou a formação de uma rede estadual/municipal de Centros de Saúde e vários municípios - como Campinas - começaram a construir uma rede de postos de saúde municipais.

Pelo final da década, já se viam projetos que buscavam uma ação mais integralizadora entre o MPAS e os outros serviços públicos, apregoando-se um maior controle sobre o setor privado - tanto conveniado, quanto contratado - e um maior investimento na rede pública.

O aprofundamento da "crise econômico-financeira" da Previdência Social e, na realidade, de todo o padrão de constituição da relação Estado/Políticas Sociais/Classes, aumentou a possibilidade de reformas menos pontuais, o que efetivamente ocorreu com as AIS em 1982, que fez um deslocamento relativo do dinheiro da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde, ao nível estadual e municipal.

Este processo atualmente vem sendo reproduzido nas perspectivas que a "Nova República" trouxe para a arena política do setor, e que foram se traduzindo no interior da 8ª CNS, na estruturação do SUDS e no texto constitucional aprovado pela ANC em maio/junho de 88.

Sem entrar no mérito destas questões, vale retornar à reflexão sobre a formação desta rede básica de saúde, verificando de que modo ela era concebida e que implicações tecnológicas

17 Fleury & Oliveira, 1986.

18 Passos, 1984.

trouxe para o setor. Volta-se, agora, às três posições que se organizaram em torno da disputa por um "novo" modelo de política (social) de saúde.

6. AS POSIÇÕES MAIS CONSERVADORAS E A REDE BÁSICA

Estas posições pouco tinham a falar sobre a organização assistencial ou tecnológica da rede básica, pois na realidade defendiam uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde, cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica organizada a partir do produtor privado.

Neste modelo, a intervenção estatal só se justificava para cuidar dos que ficavam para fora do sistema por não terem "capacidade social" de se integrarem em uma sociedade de mercado; ou no caso das questões que não interessavam ao produtor privado e nem ao seu modelo tecnológico.

Assim, o Estado no máximo atuava de modo "caritativo" dando assistência social aos mais necessitados e/ou excluídos; ou intervinha em questões coletivas com os tradicionais instrumentos da saúde pública, como a campanha e a educação sanitária em massa.

Durante o período, pode-se apontar como interessados neste modelo tanto os grupos médicos que defendiam a organização empresarial e/ou liberal do produtor médico, quanto alguns funcionários das instituições públicas de serviços de saúde.

Dentre estes, ressaltam-se os ministros e suas equipes técnicas dos três primeiros governos militares, e dentre eles a figura mais paradigmática foi a de Leonel Miranda que, em 68, elaborou um Plano Nacional de Saúde que centrou-se na privatização total da assistência à saúde, em cima da assistência médica oferecida pelo "produtor liberal" que era o eixo central do seu modelo.¹⁹

Sintetizando, nesta vertente, o campo tecnológico fundamental se dava na área médica através da incorporação mesmos padrões que se adaptavam às medicinas dos países "mais centrais", nos quais vingaram os modelos centrados na especialização médica e na intensa

¹⁹ Gentile de Melo, 1977.

absorção de insumos e equipamentos para a realização do "ato médico"²⁰ ordenado pela lógica comercial Capitalista.

Para as ações coletivas, sobravam as tecnologias tradicionais, retiradas fragmentariamente da "bacteriologia", como a campanha; e da "médico-social", como a educação sanitária em alguns postos de serviços à problemas coletivos específicos.

Os interesses colocados por estas posições sempre estiveram presentes na arena política que se construiu no Brasil em relação ao setor saúde e logrou várias conquistas, mesmo que de modo parcial, como, por exemplo, o PPA que intensificou de muito a privatização e a medicalização das ações de saúde.

7. AS POSIÇÕES REFORMADORAS E A REDE BÁSICA

No interior destas posições, vale pontuar duas delas.

Uma que preconizou uma rede básica, mas mantendo a dicotomia assistência médica e saúde pública, e outra que visualizou uma rede básica como "porta de entrada" do conjunto dos serviços de saúde.

Na primeira, retomou-se toda a base de princípios que a "médico-sanitária" elaborou, e teve na Secretaria Estadual de Saúde, de São Paulo a sua imagem paradigmática mais expressiva entre os anos 68/70 e 74/78, nas figuras de Walter Leser e Rodolfo Mascarenhas. Mas, se fez presente em âmbito nacional como se pode observar nos Anais da 5ª e 6ª CNS.

Entretanto, em que pese a filiação histórica, não deixou de incorporar dois novos elementos em suas propostas, os avanços das questões do planejamento das ações e dos serviços de saúde e da incorporação da assistência médica como instrumental de saúde pública. Como já se apontou, estes elementos eram possíveis de absorção pelo modelo "médico-sanitário" sem grandes traumas em sua estrutura básica. Estes elementos apareceram no pós-guerra, como se depreende ao se analisar o conjunto das produções internacionais que aconteceram no interior da OMS nos anos 50.

20 Dannangelo, 1986.

Porém, como várias vezes expressou Leser, não se podia confundir esta atuação com a da assistência médica, que cuida só do indivíduo-doente, deslocando-o do coletivo, e que é tarefa específica dos médicos, em seus serviços próprios.

No fundo, não só dicotonizou o campo tecnológico, como ao mesmo tempo admitiu a organização privada/liberal da assistência médica, em semelhança do principal representante da corrente "médico-sanitária", G.H. de Paula Souza, que dizia as mesmas coisas nas décadas de 20/30.

Os elementos estratégicos para a implantação de uma rede de serviços de saúde pública - rede pública permanente, de centros de saúde regionalizados e distribuídos por municípios - eram os Programas de Saúde e os Postos Permanentes.

Os programas eram concebidos a partir da leitura do processo saúde/doença que o modelo da História Natural das Doenças preconizava, e que dava um sentido coletivo ao ato médico como parte do conjunto de ações (médicas, educativas, higiene pessoal), cuja perspectiva era a promoção e a proteção da saúde e, secundariamente, a recuperação, pois esta era tarefa prioritária da medicina individualizada. Interessante verificar que a Lei do Sistema Nacional de Saúde, de 1975²¹, institucionalizava esta dicotomia.

Trazendo para o interior dos programas os parâmetros da epidemiologia (da multicausalidade) e do planejamento das ações, tornou-se estratégico o equacionamento da relação entre eficiência e eficácia das ações técnicas programadas, tendo em vista os recursos disponíveis e as necessidades "epidemiologicamente" detectadas.

Para a efetivação deste modelo tecnológico, elaborou-se a construção de uma "rede básica" permanente de serviços de saúde pública, centrada nos centros de saúde, lugar da concretização dos Programas.

Em síntese, nesta posição, há uma visão clara sobre a "rede básica", sobre a delimitação do campo de atuação e sobre o perfil do trabalho (e do trabalhador coletivo) no seu interior. Porém, a implantação deste modelo bateu em um problema limitante quanto à associação entre "extensão de cobertura e custo das ações", porque, no mesmo, o padrão de gasto era maior do que historicamente vinha se dando²². Isto fez com que a proposta não se

21 Gentile de Melo, 1977.

22 Braga & Paula, 1986.

reproduzisse igualmente pelo território nacional, e só vingasse em regiões que pudessem equacionar melhor este obstáculo, como São Paulo.

Já, na 7ª CNS, no final de 70, apareceu a expressão de uma outra linha em relação à política de saúde, que foi recuperar os princípios básicos colocados pela perspectiva desenvolvimentista, das décadas 50/60.

Internacionalmente legitimada pelo encontro de Alma Ata, promovido pela OMS, e internamente pela crise do final da década, postulou o combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através da unificação das ações ao nível ministerial e, através, de serviços de saúde concebidos como hierarquizados por complexidade tecnológica e regionalizados.

Tornou-se estratégica, nesta concepção, a conceituação de uma "rede básica" de saúde, que era porta de entrada dos serviços de saúde, e que obedecia à hierarquia tecnológica da assistência à saúde como primária, secundária e terciária. Isto, inspirado ao mesmo tempo na História Natural da Doença, e na visão "medicalizante" das ações de saúde, que eram dispostos tecnologicamente num "continuum", no qual atos simples e de baixa incorporação tecnológica (como insumos e equipamentos) correspondiam graus quantificáveis de resolutividade dos problemas de saúde que com retaguardas de maior complexidade completavam a resolução destes problemas.

Esta estratégia apareceu nas atuações que visavam a organização de uma rede de atenção primária pelos estados e municípios, como uma tática de se "apossar" do sistema com um todo, que devia desembocar pela lógica num sistema único de serviços, ilusão esta que contaminou propostas tipo PREV-SAÚDE.

Os marcos que estas posições adotaram (aqui tratadas como reformadoras) rompiam a dicotomia e trouxeram certas questões de fundo que nem sempre se expressaram nas táticas utilizadas pelos grupos que a defenderam.

As experiências nesta direção foram inicialmente pontuais e ocorreram no interior de fissuras que as instituições de saúde pública, principalmente federais, apresentaram. Foram marcos importantes os projetos do PIASS, que se iniciaram em 75 no Ministério da Saúde. Posteriormente, estas perspectivas foram traduzidas no projeto do PREV-SAÚDE, em que pese sua expressão limitada no tempo e no espaço. Estes projetos influenciaram sobremaneira o PLANO CONASP.

O que a rede básica teria que efetivar para cumprir o papel de porta de entrada, e que descola o seu modelo tecnológico da perspectiva "médico-sanitária"? Simplesmente incorporar a assistência médica, mas não como um mero instrumento de um programa de saúde pública. E aí residia todo seu problema.

Os elementos que articulariam a relação entre "rede básica" e incorporação da assistência médica permitiriam fazer uma leitura desta rede como o lugar que resolveria os problemas de saúde. Estes, lidos pela ótica médica, seriam passíveis de um enquadramento segundo um raciocínio - paradigmático - biologista e naturalista, no qual a doença. começaria gradualmente, de modo simplificado e precoce, clinicamente, e iria se tornando complexa até a constituição de um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica.

A esta lógica sequencial corresponderiam intervenções médicas, inespecíficas e específicas, que permitiriam intervir antes do início do quadro patológico se iniciar - como campo de intervenção privilegiada da saúde pública - ou gradualmente. Isto é, interviriam do momento mais simples, em termos clínico/terapêutico, para o mais complexo - que incorporaria grande quantidade de insumos e equipamentos - que se traduziriam do ato mais barato e de menor complexidade tecnológica para o mais caro e mais complexo.

Assim, um planejamento das ações baseado na relação custo/eficácia, seria não só possível, mas fundamental; mas numa linha de busca de um sistema linear e centrado na "ótica médica"; que se toma como "ciência exata", e na teoria dos sistemas.

Esta "variante" tecnológica, que reduz a questão da saúde e da doença a uma questão da organização racional (custo/eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas de saúde pública - nos momentos da promoção, quando se insere como suporte para se pensar e organizar um novo modelo assistencial, tem todas as prerrogativas para efetivar uma "rede básica" que seja o lugar de uma verdadeira "triagem" dos problemas de saúde, a partir do eixo "queixa/procedimento" ²³, descaracterizando a dimensão coletiva do processo saúde/doença; e acaba, em nome da unificação das ações de saúde, realizando uma "deslavada" medicalização. Esta variante até pode gerar uma rede que não caia no eixo "queixa/procedimento", que realize uma assistência médica primária com um razoável grau de resolutividade, em termos médicos, mas, mesmo assim, o eixo central desta rede/porta de entrada é centrado, não na unificação efetiva das ações, mas na redução medicalizante do conjunto destas ações.

23 Gonçalves, 1986.

Foi sob a ótica de uma outra posição, que se tentou equacionar estes problemas e construir uma outra visão de rede básica/porta de entrada. Nesta ótica, não bastava à rede só se caracterizar como porta de entrada, ela teria que ocupar um outro lugar.

Mas, antes de verificar as características desta posição, aqui denominada "transformadora", cabe ainda explorar mais um pouco o modelo assistencial da "reformadora".

O modelo assistencial, mesmo supondo a existência de setores privados em alguns pontos do sistema, não poderia abandonar os princípios básicos da visão sistêmica do modelo, no qual a base de controle fosse o planejamento único do conjunto das ações de saúde, e centrado em uma rede básica pública - fora da lógica de mercado - que articulasse as demandas por serviços médicos com o conjunto dos serviços de maior complexidade, de retaguarda. Não seria incompatível, inclusive, "funcionar" conforme um setor de mercado, para uma fração social de alto poder aquisitivo.

Este modelo, trouxe para o seu interior conceitos forjados pela saúde pública, principalmente no campo administrativo/gerencial, como por exemplo as questões sobre regionalização, descentralização etc. Isso faz deste modelo um híbrido interessante, pois organização administrativa e programaticamente pelos critérios organizativos adotados pelas ações coletivas, e tecnologicamente pela "ótica médica" das ações de saúde mesmo que sob uma leitura epidemiológica (observe-se que próxima de sua face clínica do que populacional).

As variantes tecnológicas (situadas entre uma simplificada "rede básica" e uma de alta resolutividade) e assistenciais, entre serviços só públicos ou em associação com o setor privado têm apontado para uma "rede básica" (na política social de saúde que vem se efetivando) precária e praticante de atos médicos no eixo "queixa/procedimentos", e, ao mesmo tempo, aprofundado o sucateamento do campo institucional de atuação da saúde pública, que tem se reduzido a um serviço auxiliar e complementar.

O mesmo movimento social que desembocou na construção destas posições, gerou uma outra fração, também inspirada nas posições desenvolvimentistas, e que se inspirou na linha de efetivar uma unificação das ações, adotando como princípio a incompatibilidade desta perspectiva com a assistência médica privada, de mercado, e com uma concepção tecnológica medicalizante da saúde e da doença.

8. A POSIÇÃO TRANSFORMADORA E A REDE BÁSICA

Esta linha, que também apareceu nitidamente na crise dos anos 70, teve uma leitura mais estrutural do momento e apontou a necessidade de se buscar um outro padrão das políticas sociais, entendendo que isto se traduzia em uma modificação mais radical da relação Estado/Classes, no que se referia ao controle efetivo que a sociedade civil tivesse sobre o Estado. Democratização do poder político e socialização dos benefícios eram seus lemas.

Na política (social) de saúde achavam que deveriam buscar os seguintes objetivos: saúde como direito de todos e dever do Estado; acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida e, portanto, do nível de saúde; acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária; entre outros.

Para tanto, propunham a mudança do caráter da propriedade dos serviços de saúde que passariam a ser, exclusivamente, bem público; a modificação das bases financeiras que deveriam se situar no campo da seguridade social, e não no do seguro; introduziam como orgânico ao seu modelo o Sistema Único de Saúde, e a participação dos grupos sociais da sociedade civil, através de suas entidades representativas, junto ao Estado, na gestão dos serviços.

Esta linha foi expressa em quase toda sua polaridade na 8ª CNS, trazendo consigo uma proposta de rede básica mais complexa que as anteriores, pois:

“A ‘rede básica’ teria que ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade da vida.”

Deste modo, ela teria que ser "inventada" tecnologicamente, não bastando incorporar o que já se acumulou em outras experiências, simplesmente agregando assistência médica com saúde pública no mesmo lugar institucional. A experiência já vinha mostrando que isto levava a uma "medicalização" do modelo.

A análise dos materiais que apontavam está "invenção" permitiu localizar dois caminhos básicos: um mais "tecnocrático" e outro mais "político".

No primeiro, o "tecnocrático", procurou-se equacionar a ação técnica, considerando-se o saber clínico e epidemiológico como "neutros", e capazes de realizarem um equacionamento

unificado dos problemas de saúde ao nível individual e coletivo. E isto permitiria uma intervenção médica no plano individual, associada com uma intervenção coletiva com a vigilância sanitária e epidemiológica sobre os "fatores de risco", como os "causadores" sociais dos fenômenos individuais/coletivos de saúde/doença - de tal modo que as doenças/doentes, individualmente detectados, seriam "indícios", ou "vestígios" de situações coletivas/sociais desfuncionais a serem corrigidas por instrumentos técnicos e pela ação dos profissionais de saúde. Estes, neutros e localizados no aparelho de Estado, são considerados equidistantes dos interesses sociais de grupos.

Uma rede básica com este perfil teria que incorporar alta tecnologia, enquanto saber e instrumentos, para que atingisse uma grande capacidade de descoberta e solução dos casos individuais/coletivos.

Além disso, esta rede teria que ser planejada e orgânica com um eficiente e eficaz sistema de retaguarda, sem os quais a base/origem não funcionaria a contento.

Supor a neutralidade tanto ao nível da dimensão tecnológica, quanto do conjunto de instituições que formam o modelo assistencial, transformou a proposta em algo difícil de se realizar, pois supõe um padrão de políticas (sociais) impermeável aos interesses sociais em geral, e a constituição de uma arena política com um perfil exclusivamente técnico.

Estes são pontos que o segundo caminho, o "político", tenta incorporar como componentes das dimensões tecnológicas e assistenciais do modelo.

Neste a rede básica também era o lugar mais estratégico e tinha pretensões semelhantes ao anterior; entretanto, não se colocavam como "neutras" as possibilidades de ação do aparato técnico, tornando-se necessário assumi-las como uma forma política de realizar dados objetivos sociais, tecnicamente operacionalizáveis; e, assim, estas operações passam a expressar claramente seus interesses sociais.

Assim, a rede seria, também, o lugar principal pelo qual se "politizam" as ações de saúde.

Se, formalmente, a visão de doença/doente como "indício" de um fenômeno coletivo/social era mantido, as práticas que eles mobilizariam não poderiam ficar restritas à intervenção do "sujeito social" - o técnico de saúde.

Era necessário incorporar os grupos sociais/ interesses coletivos, suportes coletivos das doenças/doentes, no interior das práticas de saúde. Como por exemplo, no caso de uma

vigilância sanitária ou epidemiológica - como "vigilância" das relações sociais - que levassem à politização da ação técnica.

Efetivamente, o grande problema deste modelo é a radicalidade democrática, e a grande politização dos grupos sociais, que ele tem que comportar, pois exige que os interesses privados sejam postos pelos coletivos. Isto supõe um processo social bem mais extensivo, de transformação, de ampliação e composição da arena política, do que os limites dados só pelo setor saúde.

Além disso, os agentes sociais que podem viabilizá-lo estão para além dos profissionais de saúde, ou do movimento sanitário, como sujeitos políticos²⁴. Os sujeitos políticos têm que constituir os interesses sociais como interesses de classe e expressá-los num embate de classes no qual está sob foco a construção de uma ação contra-hegemônica, com todas as implicações que isto quer dizer em termos de luta de classes.

9. OBSERVAÇÕES FINAIS

Algumas observações se justificam na medida que todas estas situações apontadas permitem pontuar as seguintes reflexões:

1. é possível entender que o aparecimento da proposta da rede básica como elemento cada vez mais estratégico esteja respondendo a um longo processo social que vem respondendo às reordenações, na sociedade capitalista brasileira, da relação entre o Estado e as classes sociais, através das políticas sociais em geral, e da de saúde em particular;
2. que neste processo, a linha de legitimidade do poder político capitalista, através da extensão das políticas sociais, e através da extensão de cobertura, tenha encontrado na "rede básica" uma forma de se concretizar, diante de amplos segmentos excluídos no processo anterior a 64;
3. que, portanto, as questões tecnológicas e assistenciais devem ser entendidas no contexto dos padrões das políticas sociais, constituídas nas relações Estado/Classes que marcaram, pelo menos, quatro momentos chaves, e que acabaram por viabilizar quatro contextos de constituição das políticas de saúde.

24 Escorel, 1987.

4. que a constituição das políticas de saúde passa pela formação de uma arena política específica, na qual determinadas forças e interesses sociais se fazem presentes, e que acabam por dar o sentido e a configuração tecnológica e assistencial do setor;
5. que no campo da saúde pública se constituiu uma arena política na qual, nos quatro contextos analisados, foram fundamentais as "matrizes" dos técnicos que pensaram e formularam as políticas para o setor;
6. que as mudanças dos padrões se dão com mudanças na composição das arenas políticas, e que, hoje, tem se tornado vital a penetração destas referidas arenas por "sujeitos políticos" que se coloquem além dos interesses capitalistas constituídos, e que não se confundem com os técnicos do setor, mesmo os "progressistas";
7. que a configuração atual da rede básica é um ponto vital a ser bem desvendado, em termos tecnológicos e assistenciais, para se entender a "profundeza" das reordenações que têm passado as relações entre o Estado/Classes no Brasil pós governos militares; e se verificar que novo padrão de políticas sociais tem se constituído. E, até onde uma nova arena tem se definido e com que tipo de incorporação de "sujeitos políticos novos";
8. que é, também, fundamental entender o padrão de "penetração" que tem neste processo os grupos técnicos organizados, como o "movimento sanitário", para poder delimitar o fôlego de alterações no âmbito da política de saúde que este caminho tem condições de gerar, já que a história tem mostrado as limitações destas atuações com as arenas políticas que se constituíram no interior da história das políticas (sociais) – de saúde no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- BRAGA, J.C.S. & PAULO, S.G. *Saúde e Previdência Social*. Rio de Janeiro: CEBES-Hucitec, 1986.
- BRAVERMAN, H. Labor and Monopoly Capital. *Monthly Review Press*, New York, 1974.
- CAMPOS, G.W. *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo :Hucitec, 1988.
- CANESQUI, A.M. & QUEIROZ, M.S. Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. *Relatório de Pesquisa*, convênio UNICAMP/NEPP/FINEP, 1988.
- CHAVES, M.M. *Saúde e Sistemas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fund. Getúlio Vargas, 1980.
- COHN, A. & DONNANGELO, M.C.F. O Exercício Profissional da Medicina na Grande São Paulo. *Relatório de Pesquisa CRM*. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP, 1980.

- CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DRAIBE, S. *Rumos e Metamorfoses*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DURKHEIM, E. *Professional Ethics and Civic Morals*. Routledge London, Kegan Paul, 1957.
- EHRENEICH, J. Introduction. In Ehrenreich, J. (Ed.) *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, Monthly Review Press, New York, 1978.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: o movimento sanitário*. Tese de mestrado, ENSP, 1987
- FALEIROS, V. *O que é Política Social*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- FLEURY, S. & OLIVEIRA, J. (IM) *Previdência Social*. R.J: Vozes, 1986.
- FREIDSON, E. *Professional Dominance*. Chicago: Aldine, 1970a.
- FREIDSON, E. *Profession of Medicine*. New York: Dodd Mead, 1970b.
- GENTILE DE MELO, C. *Assistência Médica e Saúde*. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1977.
- GIOVANNI, G. *A Questão dos Medicamentos no Brasil, Produção e Consumo*. São Paulo: Polis, 1980.
- GIRARDI, S.B. *O Perfil do Emprego em Saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. Tese de Doutorado, FMUSP, 1986.
- GRAMSCI, A. *Prison Notebooks*. New York: Hoare, Q. & Nowell Smith, G. International Publishers, 1971.
- HABERMAS, J. Technology and Science as Ideology. In *Toward a Rational Society*. Boston: Beacon Press, 1970.
- JOHNSON, T. The Professions in the Class Structure. In *Scase.R.(Ed.) Industrial Society: Class, Cleavage and Control*. London: Allen & Unwin, 1977.
- KUHN, T.S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- KLEIN, R. The Politics of Ideology vs The Reality of Politics. The Case of Britain's national health service in the 1980s, in *Health and Society*, v. 62, nº 1, 1984.
- LOYOLA, M.A. *Médicos e Curandeiros*. São Paulo: Difel, 1984.
- MARX, K. O Capital, v. 11: *Theories of Surplus Value*. London: Burns, 1969.
- MASCARENHAS, R. *Contribuição ao Estudo da Administração dos Serviços de Saúde Pública no Estado de São Paulo*. Tese de Livre Docência, FSPUSP, 1948
- MCKEOWN, T. *The Role of Medicine*. Oxford: Basil Blackwell, 1979.

MEDICI, A.C. *Emprego em Saúde Pública na Conjuntura Recente: Lições para a reforma sanitária*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MERHY, E. *Capitalismo e Saúde Pública*. Campinas: Papyrus, 1985.

NAVARRO, V. *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist, 1976.

NAVARRO, V. A Critique of the Ideological and Political Position of the Brandt Report and Alma Ata Declaration. In *Intertational Jo. of Med. Serv.* v. 14, nº 2, 1984.

NOGUEIRA, R.P. A Força de Trabalho em Saúde no contexto da Reforina Sanitária. In *Cadernos de Saúde Pública*, 111/3, julho-set, 1987.

NOGUEIRA, R.P. Pessoal da Saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema.

NUNES, E.D. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. OPAS, 1985.

PARSONS, T. *The Social System*. New York: Free Press, 1964.

PARSONS, T. Professions. In *International Encyclopaedia of Social Sciences*, p. 534-46. New York, 1968.

POSSAS, C. *Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: Grall, 1981.

POWLES, J. On the Limitation of Modern Medicine. In *Med.and Man*; 11: 1-30, 1974.

SAES, D. *A Formação do Estado Burguês no Brasil*. 1986

SERRA, J. Ciclos Econômicos no Brasil, In *Revista de Economia Política* nº 5 e 6. SP: Brasiliense, 1985.

WORSLEY, P.M. Marxism and Culture: the Missing Concept. *Occasional Paper nº 4*. Un. of Manchester Press, 1982.

WRIGHT, E.D. Class and Occupation. In *Theory and Society* 9, 1: 177-214.1980.

Números anteriores dos Cadernos de Pesquisa do NEPP:

HENRIQUE, W. e DRAIBE, S.M. Caderno de Pesquisa nº-1, *Políticas Públicas e Gestão da Crise: Um Balanço da Literatura Internacional*, 1987.

CANESQUI, A.M, e QUEIROZ, M.S. Caderno de Pesquisa nº 2, *Campinas: População, Situação de Saúde e Organização do Cuidado Médico*, 1987.

CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa nº 3, *Governo Local, Processo e Equipamentos Sociais: Um Balanço Bibliográfico*, 1988.SALM; C.L. DEDECA, C.S., TUMA. F.M. e COUTINHO, M. Caderno de Pesquisa nº 4, *Financiamento das Políticas Sociais*, 1988.

VIANNA, A.L. Caderno de Pesquisa nº 5, *Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas*, 1988.



UNICAMP
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3788-2495 / 3788-2496 / 3289-3901 / 3289-3143

FAX: (019) 3289-4519

Caixa Postal - 6166

E-mail: nucleo@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br