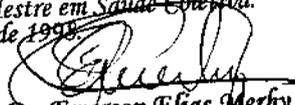


CONSUELO SAMPAIO MENESES

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, 30 de março de 1998.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

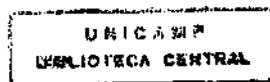
A UNICIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM QUESTÃO:

***A INTEGRALIDADE E A HIERARQUIZAÇÃO DO
CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DO TRABALHO VIVO***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY

Campinas, 1998



| | |
|--------------|---------------------------------------|
| UNIDADE | BC |
| N.º CHAMADA: | |
| | |
| | 34182 |
| | 395/98 |
| | D <input checked="" type="checkbox"/> |
| | R\$ 11,00 |
| | 09/06/98 |
| N.º CPU | |

CM-00112695-2

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

M524u Meneses, Consuelo Sampaio
 A unicidade do sistema único de saúde em questão : A integralidade
 e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo /
 Consuelo Sampaio Meneses. Campinas, SP : [s.n.], 1 998.

 Orientador: Emerson Elias Merhy
 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas.

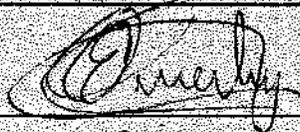
 1. Tecnologia médica. 2. Trabalho - Análise. I. Emerson Elias
 Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
 Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

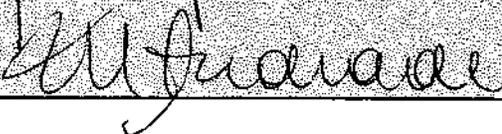
1.



2.



3.



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/03/98

Ao José

meu porto, meu mar, meu farol

Ao Miguel

menino encantador, que me anima a crescer.

Agradecimentos

Este estudo, ainda que registre oficialmente só a minha autoria e participação, deve a sua inspiração, existência e forma final a algumas pessoas a quem sou grata e com quem desejo compartilhá-lo.

Aos companheiros, funcionários e coordenadores de serviços dos Centros de Saúde e do Hospital Municipal de Paulínia, bem como do Hospital das Clínicas da Unicamp, por terem me facilitado o acesso ao material institucional aqui utilizado.

À mãe da paciente, Sra. S. O. P., que gentilmente concedeu a entrevista, cujas informações foram de grande valor para a organização e análise do material, sem o que este trabalho não teria sentido. A ela e à pequena L., o meu especial agradecimento.

À Leoci, da Secretaria de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social, pelos préstimos nos momentos em que informações precisas eram necessárias.

Aos funcionários da Seção de Apoio Didático e Científico da FCM-Unicamp, Péricles e Emilton, pelo auxílio valioso na impressão final do fluxograma.

Aos amigos-irmãos de sempre – Rosa, Adma, Iara, Deni, Léo e Ciça, pela presença. Ao José Carlos, pelas descobertas. Ao Mestre, pela Ciência.

Ao Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, pelo incentivo e pela orientação clara, segura e amiga. Um exemplo de acolhimento, vínculo e responsabilização com o orientando.

À dona Dônia, pela solidariedade.

Finalmente, às minhas queridas Dezinha e Ângela, mãe e irmã, pelo carinho e por tudo o que significam na minha vida.

In memoriam

A meu pai, Emmanuel

Presença no que sou e no que virei a ser.

"Quando Adão provou a fruta proibida, perdeu para sempre – e com ele toda a humanidade – a inocente e irrefletida participação numa ordem providencial do Universo. Doravante, todos os seus atos passariam a ser conscientes. Ao perceber algo, confrontaria um ser estranho; ao desejar visaria uma coisa no seu afastamento; mesmo pensando distanciaria um objeto da sua subjetividade humana. Pois em todos os nossos atos conscientes, nas apercepções dos nossos sentidos, nos nossos sentimentos, nas nossas cogitações como nas nossas atividades, estabelecemos, enquanto indivíduos conscientes, uma polaridade "sujeito-objeto" ou "eu-mundo" que nos lança num isolamento existencial, separando-nos do nosso ambiente. É a solidão característica do Homo Sapiens que o distingue do animal na sua integração natural no seu meio.

Somente reencontrando esta integração perdida, pode o homem superar tão amarga marginalização que o priva do sossego paradisiaco e da segurança ingênua de fazer parte de uma totalidade funcional inquestionável. A ansiosa procura de uma ordem que possa assegurar-lhe participação de um todo significativo constitui o derradeiro motivo de toda religiosidade e de todo filosofar."

Walter Rehfeld, Do Estudo e da Oração (Introdução)

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| SIGLAS UTILIZADAS..... | I |
| RESUMO..... | II |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| CAPÍTULO I — A INTEGRALIDADE E A HIERARQUIZAÇÃO DO CUIDADO: RACIONALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS OU UM PARADOXO DOS MODELOS DE ATENÇÃO?..... | 9 |
| I.1 — CONSIDERAÇÕES GERAIS..... | 9 |
| I.2 — A HIERARQUIZAÇÃO ENQUANTO PROPOSTA RACIONALIZADORA E O HOSPITAL COMO SEU PONTO DE DESEQUILÍBRIO..... | 14 |
| I.3 — A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS RACIONALIZADORAS NA SAÚDE E SEU PARALELISMO COM O PROCESSO DE FORTALECIMENTO DO MODELO MÉDICO-HEGEMÔNICO..... | 17 |
| I.4 — A COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO INTERIOR DE UM SISTEMA HIERARQUIZADO..... | 28 |
| CAPÍTULO II — APROXIMAÇÃO METODOLÓGICA AO TEMA DA INTEGRALIDADE: UMA INCURSÃO PELAS DIVERSAS CORRENTES TEÓRICAS..... | 36 |
| II.1 — A TEMATIZAÇÃO DA INTEGRALIDADE PELAS DISTINTAS PROPOSTAS DE MODELO TECNO-ASSISTENCIAL..... | 38 |
| II.1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM MOLDE LATINO-AMERICANO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL NOS ANOS 60..... | 38 |
| II.1.2. SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE (SILOS)..... | 43 |
| II.1.3. AÇÃO PROGRAMÁTICA EM SAÚDE..... | 49 |
| II.1.4. O MODELO TECNO-ASSISTENCIAL “EM DEFESA DA VIDA”..... | 54 |

| | |
|---|-----------|
| II.2 — O ESTUDO DA TECNOLOGIA EM SAÚDE COMO CATEGORIA DE ANÁLISE — | |
| CONCEITOS FUNDAMENTAIS..... | 59 |
| II.2.1. A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE..... | 60 |
| II.2.2. A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO..... | 66 |
| Os espaços <i>interseçores</i> como alvo da abordagem instrumental..... | 72 |
| | |
| CAPÍTULO III — A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO: A BUSCA | |
| DOS INSTRUMENTOS REVELADORES DO TRABALHO VIVO EM UM | |
| DESENHO ESPECÍFICO DE INVESTIGAÇÃO | 82 |
| | |
| As construções mentais produtoras das ferramentas que operam a inserção do processo de pesquisa na realidade. | 84 |
| III.1 — O PROCESSO DE DELIMITAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO OBJETO. | 84 |
| III.2 – O PROCESSO DE APREENSÃO DO REAL PROPRIAMENTE DITO..... | 86 |
| III.3 – METODOLOGIA..... | 88 |
| III.4 — ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO | 91 |
| III.4.1. SELEÇÃO DO CASO | 91 |
| III.4.2 — A RECONSTITUIÇÃO DA “TRAJETÓRIA-SENTINELA” – A CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA “USUÁRIO-EIXO” | 98 |
| III.5 — DESCRIÇÃO DO CASO | 99 |
| MOMENTO 1 OU EVENTO DESENCADEADOR (M ₁):..... | 99 |
| MOMENTO 2 (M ₂) | 101 |
| MOMENTO 3 (M ₃): SEGUNDA INTERNAÇÃO NO HMP..... | 105 |
| MOMENTO 4 (M ₄): SEGUNDO RETORNO À REDE AMBULATORIAL (AGORA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRAL — UBS-CENTRAL, ANTIGO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE PAULÍNIA)..... | 107 |
| MOMENTO 4’ (M ₄ ’): INTERCONSULTA COM A NEUROPEDIATRIA..... | 107 |
| MOMENTO 5 (M ₅): NÍVEL TERCIÁRIO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP – AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA CLÍNICA..... | 108 |
| MOMENTO 6 (M ₆): TERCEIRO RETORNO À REDE AMBULATORIAL (UBS-CENTRAL) | 109 |
| MOMENTO 7 (M ₇): PRIMEIRO RETORNO AO NÍVEL TERCIÁRIO..... | 109 |

| | |
|--|------------|
| MOMENTO 8 (M₈): SEGUNDO RETORNO AO NÍVEL TERCIÁRIO: AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO — NEFROPEDIATRIA | 109 |
| MOMENTO 9 (M₉): QUARTO RETORNO À REDE AMBULATORIAL | 110 |
| MOMENTO 10 (M₁₀): QUARTO RETORNO AO NÍVEL TERCIÁRIO..... | 111 |
| MOMENTO 11 (M₁₁): QUINTO RETORNO À REDE AMBULATORIAL..... | 112 |
| MOMENTO 11' (M_{11'}): AMBULATÓRIO DE UROLOGIA (REDE AMBULATORIAL DE PAULÍNIA)..... | 112 |
| MOMENTO 12 (M_{12'}): TERCEIRA INTERNAÇÃO NO HMP..... | 112 |
| MOMENTO 13 (M₁₃): QUINTO RETORNO À REDE AMBULATORIAL..... | 113 |
| MOMENTO 14 (M₁₄): QUARTA INTERNAÇÃO NO HMP..... | 113 |
| MOMENTO 15 (M₁₅): SÉTIMO RETORNO À REDE AMBULATORIAL | 113 |
| III.6 — O FLUXOGRAMA | 116 |
| III.8 — ANEXO 1 – CÓDIGOS DE SÍMBOLOS E CORES UTILIZADOS NO FLUXOGRAMA | 117 |
| III.9 — ANEXO II – FLUXOGRAMA RESUMO..... | 119 |
| | |
| CAPÍTULO IV — IDENTIFICANDO OS “RUÍDOS” DO TRABALHO VIVO . | 120 |
| | |
| CONCLUSÃO | 142 |
| | |
| SUMMARY | 148 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 149 |

SIGLAS UTILIZADAS

| | |
|---|---|
| AIS – Ações Integradas de Saúde | MS – Movimento Sanitário |
| AP – Ação Programática | NTF – Nitrofurantoína |
| APA – Atenção Primária Ampliada | OMA – Otite Média Aguda |
| APC – Ambulatório de Pediatria Clínica | PECs – Programas de Extensão de Cobertura |
| APS – Atenção Primária à Saúde | PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento |
| C' – Complemento sérico | PMP – Prefeitura Municipal de Paulínia |
| CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher | PO – Pós-operatório |
| CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões | PPA – Plano de Pronto Ação |
| CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária | PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde |
| CS – Centro(s) de Saúde | PS – Pronto-socorro |
| CSE – Centro de Saúde Escola | RCR – Referência e contra-referência |
| CSJA – Centro de Saúde João Aranha | REPLAN – Refinaria do Planalto |
| CSJP – Centro de Saúde Jardim Planalto | RGE – Refluxo gastro-esofágico |
| CSMA – Centro de Saúde Monte Alegre | RPC – Rede de petição e compromissos |
| DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social | RS – Reforma Sanitária |
| DS – Distrito Sanitário | RVU – Refluxo vesíco-ureteral |
| EAA – Encaminhamento para Acompanhamento Ambulatorial | SADT – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia |
| EEG – Eletroencefalograma | SILOS – Sistemas Locais de Saúde |
| EI – Espaço(s) interseção(es) | SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Médica da Assistência Social |
| FCM-Unicamp – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp | SNS – Sistema Nacional de Saúde |
| HD – Hipótese diagnóstica | SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| HMP – Hospital Municipal de Paulínia | SUS – Sistema Único de Saúde |
| IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões | U/C – Uréia / creatinina |
| INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social | UBS-Central – Unidade Básica de Saúde – Central |
| INPS – Instituto Nacional de Previdência Social | UCM – Uretro-cistografia miccional |
| ITU – Infecção do trato urinário | UGE – Urografia excretora |
| IVAS – Infecção de vias aéreas superiores | Unicamp – Universidade Estadual de Campinas |
| LCR – Líquido céfalo-raquidiano | Uri/uro – Urina I / Urocultura |
| MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social | VHS – Velocidade de hemossedimentação |

RESUMO

Este estudo pretende fazer uma análise das relações entre a integralidade e a hierarquização do cuidado, que compreendem dois dos principais parâmetros ideológico-organizacionais do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ambas constituem um conteúdo importante do discurso racionalizador das políticas de reordenamento do setor que visavam – além do oferecimento de ações de saúde mais complexas tecnologicamente a toda a população – a superação da polarização entre as práticas preventivas e curativas que têm caracterizado a assistência em saúde no Brasil.

A partir da formação do Movimento Sanitário, cujo ideário posteriormente desembocou nas propostas da Reforma Sanitária, compreendeu-se que a transformação e a recomposição das práticas de saúde implicaria a alteração das formas de produção dos serviços e a modificação dos processos de trabalho, de modo a se alterar a lógica curativa e medicalizante do modelo de atenção vigente, excessivamente centrado na figura do hospital.

Nessa perspectiva, a avaliação da produção de um cuidado contínuo e coordenado no interior de um sistema hierarquizado envolve o entendimento de como se articulam os processos de trabalho nos distintos níveis tecnológicos do mesmo, sendo que a forma específica de fazê-lo se dá a partir da compreensão da dinâmica “molecular” do trabalho em saúde, aqui denominada *trabalho vivo em ato*. O presente trabalho visa estabelecer as ferramentas metodológicas que permitem desvendar os modos de funcionamento do trabalho vivo para produzir um cuidado integral, a partir do referencial analítico das tecnologias ditas “leves” ou tecnologias de “relações”, dentro desta concepção hierarquizada de modelo assistencial.

O presente estudo caracteriza-se como uma avaliação qualitativa do atual modelo, feita através do acompanhamento de um caso que empreendeu uma migração trans-institucional ao longo dos três níveis de atenção (primário – rede ambulatorial do município de Paulínia; secundário – Hospital Municipal de Paulínia, e terciário – Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas), no período de junho de 1993 a julho de 1997. Pretende-se, com a reconstituição desta trajetória, analisar os fatores ligados aos processos de trabalho nela envolvidos e que determinam – ou não – o provimento de um cuidado integral, contínuo e coordenado.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto da vivência cotidiana em atividades assistenciais na área da saúde. As perguntas nele contidas também o são e pertencem, de certa forma, ao universo daqueles que estão profissionalmente envolvidos com o sistema público de assistência do setor, notadamente os que se situam na base da pirâmide assistencial que integra a estrutura hierarquizada da rede de prestação de serviços de saúde no país.

Esta experiência tem provocado algumas interrogações e mesmo alguns incômodos, dentre os quais pode-se salientar a percepção das dificuldades em se promover ações contínuas, coordenadas e integrais para os indivíduos que, por motivos variados, necessitam transitar pelas várias instâncias da ordenação hierarquizada do modelo de atenção vigente. Face aos inúmeros exemplos trazidos pelo cotidiano concernentes à fragmentação e às interrupções do cuidado vividas pelos usuários, questiona-se se as conformações técnico-organizacionais que tem assumido esse modelo (pautado pelos princípios de regionalização e hierarquização) traduzem-se, como produto final, em integralidade das ações.

Não se pretende esgotar o tema da integralidade, o que transcenderia os limites de um trabalho desse porte. Além da dificuldade de conceituação que lhe é inerente, em função da multiplicidade de sentidos que encerra, simultaneamente a uma aceção de unicidade, reconhece-se que o seu alcance pode se constituir em um ideal ou pelo menos em um alvo não facilmente atingível. O que se pretende é tentar conhecer e analisar as suas relações com a hierarquização no que diz respeito à produção de um cuidado contínuo e coordenado. Em outras palavras, pretende-se tentar compreender a viabilidade de um sistema orientado pelo princípio organizativo da hierarquização, que tem como um de seus principais objetivos o aumento das possibilidades de acesso a instâncias de maior complexidade tecnológica, dentro de um enfoque de otimização de recursos, em propiciar uma atenção global e coordenada.

Está sendo considerado aqui que esta ordenação administrativa do sistema, ao mesmo tempo em que possibilita a aproximação do usuário a tecnologias mais com-

plexas, proporcionando-lhe um conjunto de ações integradas e racionalizadas, pode, contraditoriamente, fragmentar o processo de produção do cuidado e o próprio “objeto” do cuidado. O sentimento que se tem é que os vários segmentos que compõem o sistema agem como se os outros lhes fossem estranhos, como lhes parece estranho muitas vezes o próprio usuário, comumente limitado à condição de objeto.

A temática do presente trabalho, da forma vinculada como é aqui apresentada (relacionando integralidade do cuidado *versus* hierarquização), encontra analogia nas questões ligadas ao parcelamento do ato médico decorrente da excessiva especialização da medicina, que tem sido matéria de preocupação desde o estabelecimento dos padrões da medicina *flexneriana* (a partir da divulgação do Relatório Flexner, em 1910). Suas observações, geralmente voltadas para os aspectos biológicos e clínicos do processo saúde-doença, estiveram relacionadas, de certa forma, com a valorização da tecnificação e especialização da medicina, com os altos custos disso decorrentes. A problematização do caráter fragmentário, especializado e altamente tecnificado do cuidado médico dominou a maior parte da literatura acerca da organização social da assistência médica e abriu espaço para uma série de reflexões que deram origem, de um lado, aos movimentos de Reforma Médica que, exportados através de organismos internacionais para a América Latina, se traduziram, por exemplo (como ocorreu no Brasil), em propostas de ampliação de assistência às custas de simplificação tecnológica, que já traziam embutidas, de forma incipiente, idéias de regionalização e hierarquização de serviços. Por outro lado, favoreceu um aumento na produção científica ligada a temas referentes à avaliação de serviços, tecnologia médica e processos de trabalho em saúde, entre os quais pode-se citar alguns dos importantes estudos de DONABEDIAN (1968), KESSNER (1973), RUTSTEIN (1976), entre outros.

As reflexões sobre esses assuntos trouxeram, como uma das contribuições importantes, dentro do interesse da presente pesquisa, a questão da mediação entre o médico e o seu objeto de trabalho, que, no caso da medicina tecnológica, representa a presença de uma constelação de recursos (de diagnóstico e terapêutica) nessa relação, o que termina por promover um afastamento entre o produtor do cuidado e o consumidor.

Considerando-se que a tecnologia, enquanto expressão dos meios de trabalho, significa uma forma de aproximação ou de mediação com o objeto, pode-se dizer

que a hierarquização, enquanto expressão de uma ordenação tecnológica, propicia, analogamente, uma aproximação – ou uma separação – cada vez maior entre o cuidador e o seu objeto de trabalho ou, em um nível mais amplo, entre o sistema de saúde e este objeto.

Assim, uma outra dimensão, de menor visibilidade, através da qual o problema que se está enunciando pode ser examinado pertence a um campo que se poderia entender como filosófico e que pode ser evidenciado ao se fazer o cruzamento das matrizes da hierarquização e da integralidade: a da “objetalização” das relações que, embora se verifique em vários aspectos da vida social, explicita-se de maneira inequívoca nas situações que envolvem relações de cuidado e de poder, que envolvem, enfim, sujeito e objeto, que caracterizam o campo da saúde.

Toma-se aqui a liberdade de utilizar a expressão objeto “experienciável” de Martin BUBER, através da qual o “eu” do sujeito separa-se do outro ser denominado “tu”, rompendo o vínculo primordial entre ambos. Este vínculo, manifestado na expressão “*EU-TU*”, fundamenta o mundo da relação. A partir do momento em que o outro ser passa a ser algo “experienciável”, passível de descrição ou utilização, inicia-se uma outra dimensão relacional em que outro passa a ser “isso”, expressando-se a ligação entre ambos através da proposição “*EU-ISSO*”.

No plano concreto do presente trabalho, pode-se observar que o aprofundamento da cisão entre essas duas condições da vida humana fica sobremaneira acentuada nas relações internas de um sistema hierarquizado; daí se considerar a necessidade de redimensionamento e de reconstrução dessa relação como essencial para a construção de um sistema de saúde humanizado.

O trabalho está dividido em quatro partes ou capítulos. O primeiro capítulo constitui uma revisão bibliográfica onde se procura circunstanciar o objeto da pesquisa. Toma-se, assim, a questão da integralidade como o núcleo de uma discussão que deriva da dicotomia e da polarização entre duas tendências históricas que embasaram as práticas de saúde no Brasil – refletidas nas diversas formas de prestação do cuidado em suas composições ora mais preventivas ora mais curativas – e representadas, no campo epistemológico, pelos campos de saberes da Saúde Pública e da Medicina, que forneceram o substrato teórico para a instrumentalização, de forma quase que polar, dessas práti-

cas. Mostra-se como essa divergência, que perpassa o desenvolvimento das políticas de saúde no país, suscitou a necessidade de formulação de uma política de reordenamento do setor saúde, principalmente a partir da década de 60 e como, nesse contexto, a hierarquização surgiu como parte de um conjunto de medidas racionalizadoras visando não apenas superar aquela dicotomia como proporcionar, num enfoque democratizante, o oferecimento de serviços de qualidade a toda a população, em bases eqüitativas, a partir de um perfil preconcebido de necessidades.

A hierarquização, enquanto princípio organizativo racionalizador, trouxe como corolário a necessidade de instituição de mecanismos reguladores da coordenação do cuidado. Habitualmente, esta é vista em uma dimensão que pode ser denominada de “externa”, ligada à existência de mecanismos formais, estruturados e burocráticos, condizentes com uma visão positivista e funcionalista de modelo, como é o caso do sistema de referência e contra-referência. Pretende-se aqui analisá-la em uma dimensão que pode ser considerada “interna” ou “intrínseca”, em que se identifica, nos fatores ligados à intimidade do processo de trabalho (geralmente associados ao exercício de processos de subjetividades, como o vínculo e o acolhimento) a possibilidade de estabelecimento das ligações entre as várias etapas do mesmo. Começa a se esboçar, nesse momento do estudo, o reconhecimento da análise dos processos de trabalho, em sua molecularidade, como importante para a compreensão da questão da integralidade.

O segundo capítulo caracteriza-se pela busca dos referenciais teóricos que permitem a aproximação do objeto e da metodologia da pesquisa, mantendo ainda um teor bibliográfico. Pode-se distinguir nele dois momentos: no primeiro deles, procura-se fazer uma aproximação do objeto de estudo, percorrendo-se as diversas correntes teóricas do Movimento Sanitário, com o intuito de delas resgatar o tratamento dado à questão da integralidade. Pretende-se, assim, estabelecer uma espécie de diálogo entre elas enquanto matrizes discursivas formuladoras de modelos tecno-assistenciais – Atenção Primária à Saúde, Sistemas Locais de Saúde, Ação Programática e Movimento em Defesa da Vida – , para identificar um possível esboço da problematização envolvendo integralidade e hierarquização do cuidado.

As proposições de modelos das três primeiras correntes citadas trazem como contribuição para a presente pesquisa dois aspectos: 1. A demarcação da concepção

do objeto em saúde equivalente a uma concepção de necessidades, que representa, justamente, a base da hierarquização; 2. A proposição de tecnologias operatórias a partir daquela concepção, à qual se alinhariam o método e as estruturas, segundo o Postulado de Coerência de Mario TESTA.

O Movimento em Defesa da Vida considera que a conformação das tecnologias em saúde depende de uma nova concepção de necessidades (ou seja, uma nova forma de construir a relação entre o usuário e os serviços, que, no fundo, corresponde a uma nova visão de objeto) e, também, da dinâmica micropolítica do trabalho, a qual é determinada pela correlação das múltiplas forças existentes nos diversos âmbitos institucionais e que, em conjunto, fornecem as diversas expressões tecnológicas do trabalho em um dado modelo tecno-assistencial.

Converge-se, assim, para a idéia de se tomar a molecularidade dos processos de trabalho como o parâmetro analítico da temática integralidade versus hierarquização, levando-se em conta a releitura do objeto em saúde e a forma como se articulam os processos de trabalho nos distintos níveis tecnológicos envolvidos na produção do cuidado, visto numa perspectiva interinstitucional. Dar-se-á ênfase especial, neste trabalho, à importância, não apenas da reconcepção do objeto em saúde, mas, principalmente, da reconstrução da relação entre o sujeito e o objeto, para a produção desse cuidado, caracterizando-se este aspecto relacional como uma importante diretriz da determinação da integralidade das ações.

Num segundo momento, serão trazidas as contribuições teóricas de Ricardo Bruno Mendes GONÇALVES e Emerson Elias MERHY, concernentes às tecnologias do trabalho em saúde, considerando reflexivamente a adequação das suas contribuições à definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados concretamente nesta pesquisa. Este último autor fornece os principais subsídios teórico-metodológicos para o estudo da molecularidade dos processos de trabalho, através do conceito de micropolítica do trabalho vivo em ato, bem como de outros dele derivados – tecnologias “leves”, “leveduras”, “duras”, espaços *interseçores*, “ruídos”, a serem vistos oportunamente. Dentro do enfoque relacional aqui privilegiado, as tecnologias “leves” ou tecnologias “de relações” especificam o uso do processo de trabalho enquanto categoria de análise da questão da integralidade, sendo que para isso é necessária a utilização de algumas ferramentas meto-

dológicas, também sugeridas pelo referido autor, e que serão melhor explicadas no decorrer da exposição.

A delimitação do universo metodológico a partir dessas considerações cria as bases para a elaboração de um desenho de investigação visando a construção do trabalho de campo, conforme será mostrado no terceiro capítulo. A pesquisa passa a se configurar então como uma avaliação qualitativa do modelo de atenção – dentro da temática proposta –, a partir do rastreamento de um caso que empreendeu uma migração transinstitucional ao longo dos três níveis de atenção. Este rastreamento, realizado em moldes que se assemelham aos das “patologias traçadoras” (“tracer studies”), deixa transparecer os elementos destoantes, os “estranhamentos” ou as contradições do processo de trabalho – que estão sendo denominados “ruídos” – ao longo do seu percurso, possibilitando a análise molecular da produção do cuidado. Nesse sentido, a trajetória empreendida, pelas suas propriedades sinalizadoras (indicando os “ruídos” produzidos nesses processos), pode ser denominada “trajetória-sentinela”.

A partir da instituição do processo de trabalho como dimensão analítica principal, serão utilizados alguns mediadores como ferramentas para a apreensão do objeto da pesquisa no plano empírico, sendo que o primeiro deles é a informação. As fontes de informação utilizadas nesta pesquisa podem ser consideradas primárias em sua totalidade. Algumas delas foram obtidas nos documentos das instituições envolvidas – anotações em prontuários dos Centros de Saúde pesquisados, do Hospital Municipal de Paulínia e do Hospital das Clínicas da Unicamp, bem como cartas e documentos de encaminhamento –, que no seu conjunto estão sendo denominados de “memória institucional”. Como outra modalidade de fonte primária tem-se a entrevista, de caráter semi-estruturado, feita com o usuário, representando a “memória não-institucional”. Com esta base de informações, será feita a reconstituição da trajetória, representada por um modelo gráfico chamado fluxograma, o qual, por ser construído a partir da perspectiva do interesse do usuário, será intitulado fluxograma “usuário-eixo”.

Considerando esse substrato material, proceder-se-á à execução de um segundo nível de mediação – a detecção dos “estranhamentos” ou “ruídos” observáveis ao longo da trajetória, considerados aqui como elementos interrogativos e analisadores da dinâmica micropolítica dos processos de trabalho.

Um outro nível de mediação com o empírico refere-se à etapa de análise do material processado, que será objeto de apreciação do capítulo seguinte.

O quarto capítulo consiste, primeiramente, na identificação dos “ruidos”, o que já inicia a etapa interpretativo-analítica do material apresentado. Quase que simultaneamente à sua apresentação, são trazidos os conteúdos mobilizados pela memória do usuário, que procura explorar e trazer mais subsídios às informações por eles geradas. O aproveitamento de ambas as memórias, que representam informações oriundas de diferentes fontes permite, a partir dos ruídos levantados, reconstituir partes do trabalho vivo e, conseqüentemente, os modos de operar e as formas de articulação que se estabelecem entre os diferentes patamares tecnológicos do modelo de atenção com vistas ao provimento de um cuidado contínuo, coordenado, integral.

É necessário acrescentar que este trabalho tem como pano de fundo uma preocupação ética inspirada na ontologia da relação desenvolvida por Martin BUBER em seu livro *Eu e Tu*, através da qual são formuladas as duas possibilidades da existência do “Eu” no mundo e das suas formas de se relacionar, dadas através de atitudes que podem ser expressas pelas proposições *EU-TU* e *EU-ISSO*: a primeira enquanto ato essencial do homem, de encontro entre pessoas em reciprocidade e “presentificação” mútua, e a segunda enquanto atitude de descrição e utilização do outro, ou seja, experiência cognoscitiva e objetivante. Considera-se aqui que, no universo das relações humanas e, particularmente, no âmbito da assistência em saúde, o exercício desta segunda possibilidade tem sido levada cada vez mais ao extremo. Continuam sendo de grande atualidade, pois, as palavras de BUBER a esse respeito:

“A história do indivíduo e a história do gênero humano, embora possam separar-se uma da outra, estão de acordo em todo o caso em um ponto: ambas manifestam um crescimento progressivo do mundo do Isso. (...) É necessário também comparar não somente a extensão dos conhecimentos da natureza mas também a proporção tanto das diferenças sociais como das realizações técnicas; estes dois últimos aspectos tendem a ampliar o mundo dos objetos” (BUBER, p.43-4).

Assim, sem que o presente estudo se filie a qualquer corrente fenomenológica em especial ou filosófica de um modo geral, e menos ainda sem a pretensão de re-

produzir integralmente a complexidade do seu pensamento ou de fazer aqui um uso mecânico ou instrumental das suas idéias, serão eventualmente utilizadas expressões do referido autor, não propriamente enquanto citações ou referências formais do ponto de vista teórico, mas enquanto observações que esclareçam os aspectos de natureza relacional que constituem o fio condutor que dá ordenação às idéias aqui apresentadas, com as quais as tecnologias “leves” se identificam e que podem ser consideradas, de uma certa forma, a sua face “instrumental”.

CAPÍTULO I — A INTEGRALIDADE E A HIERARQUIZAÇÃO DO CUIDADO: RACIONALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS OU UM PARADOXO DOS MODELOS DE ATENÇÃO?

1.1 — Considerações gerais

A integralidade das ações de saúde é uma expressão que tem tido emprego extensivo em todas as discussões que envolvem os temas relacionados à construção e à implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, e tem se constituído, por assim dizer, em um dos pressupostos mais enaltecidos do mesmo. Contudo, a despeito de sua larga utilização na literatura, no discurso oficial falado e escrito e, fora da esfera oficial, no linguajar cotidiano de algumas parcelas dos trabalhadores de saúde, tem também se caracterizado por uma certa imprecisão conceitual. É como se com ela se pudesse manter uma relação tão ontológica e evidente que sua conceituação pudesse ser dispensável, como se fosse algo auto-explicativo como um axioma. Acrescente-se a isso o fato de ser a integralidade um termo não dicionarizado, embora se possa deduzir, de uma forma simplificada, que se refira à qualidade do que é integral, inteiro, global ou total. Do que é uno. Sendo um tema que no âmbito da produção de serviços de saúde ganhou o máximo valor a partir do processo de constituição do Sistema Único de Saúde, como se verá adiante, poder-se-ia dizer que com ele se identifica, inclusive em termos de similaridade lingüística, no que se refere à busca da unidade, ou da unicidade.

Nesse âmbito, a unicidade pode ser considerada então em uma dupla dimensão: enquanto atributo intrínseco do objeto para o qual se dirigem as ações de saúde e enquanto atributo das próprias ações de saúde que são produzidas em relação a esse objeto. No que diz respeito a esta segunda dimensão, poder-se-ia usar o termo unicidade tanto para expressar a integração dos processos voltados para a produção do cuidado

como também para expressar a integração das instituições que os empreendem. Deduz-se, daí, que mesmo o termo unicidade não é homogêneo, encerrando uma conotação simultânea de integração e de diversidade. Assim é que, na literatura que trata dos temas relacionados à Saúde Coletiva, a noção de integralidade vem, com certa frequência, associada à noção de integração, com a qual muitas vezes se confunde, o que contribui para reforçar essa nebulosidade conceitual. Essa dificuldade será assumida daqui para a frente, associando-se algumas vezes ambos os termos.

Ainda que sem a pretensão de estabelecer uma definição precisa acerca da integralidade, já entendida como um conceito que envolve múltiplas acepções, optou-se por circunscrevê-lo aos significados de continuidade e de coordenação do cuidado, que é o foco de interesse do presente estudo. Supor-se-á, por enquanto, que essa delimitação conceitual, ainda que incorra em um inevitável empobrecimento do termo, imposto pela necessidade de operacionalização técnica do trabalho, associada a um sentimento quase infável que se possa ter em relação ao mesmo (um natural anseio de unidade ou de unicidade), possa ser de valia na aproximação ao seu significado mais preciso, bem como na abordagem instrumental da presente proposta de pesquisa.

Para as finalidades a que este trabalho se propõe, interessa, antes, fazer uma reflexão sobre a relação entre a integralidade e a hierarquização das ações, que constitui um dos sustentáculos organizacionais do atual modelo de atenção, procurando compreender até que pontos eles são coerentes entre si, e como coexistem na prática das instituições, no que concerne à qualidade do cuidado oferecido (envolvendo, entre outras coisas, os citados aspectos de continuidade e coordenação do mesmo) e à efetividade do sistema de saúde.

A relevância do tema da integração/integralidade das ações tem suas raízes na divergência histórica entre a Saúde Pública e a Medicina, dicotomia esta que atravessa e constitui o desenvolvimento das práticas de saúde no país. Assim, ao se fazer uma retrospectiva das formas de prestação de serviços de saúde no Brasil, verifica-se, como expressão da organização técnico-institucional das mesmas, uma polarização que pende entre opções por ações médico-sanitárias, predominantemente de caráter preventivo, e por ações de assistência médica individual, de caráter predominantemente curativo, em detrimento nítido das primeiras ao longo dos tempos. Subjacente a essa dualidade das

conformações organizativas está presente uma discussão teórico-epistemológica entre o saber clínico e o saber epidemiológico na instrumentalização das práticas de saúde. Esta temática é problematizada por vários autores que se propõem a estudar as diversas formas de organização dos serviços de saúde, salientando dentre eles Ricardo Bruno Mendes GONÇALVES, Lilia SCHRAIBER, Gastão Wagner de Souza CAMPOS e Emerson Elias MERHY, cujas contribuições serão utilizadas neste trabalho.

Esta polarização, em que pese seu aparente anacronismo, ainda tem importância porque, de um lado, expressa as diferentes concepções de objeto que regem os dois campos de saberes, bem como as práticas de saúde anteriormente citadas, de certa forma determinando as configurações organizacionais e tecnológicas dos serviços de saúde delas decorrentes. De outro lado, suscita a necessidade de sua própria superação numa perspectiva de integralidade/integração das ações, que, de forma racional, minimizaria as desvantagens inerentes a essa dissociação. Poder-se-ia dizer, então, que esta problematização, constitutiva dos saberes que embasam as práticas sanitárias no Brasil, municia o arsenal teórico do atual modelo de atenção justamente para, a partir de um esforço integrativo, superar-se essa dicotomia.

A necessidade de superação dessa dualidade, embora já viesse se esboçando há muito tempo através de vários planos de reorientação do setor saúde, veio se tornar uma possibilidade mais concreta com o advento da Reforma Sanitária. Esta, que teve suas origens no Movimento Sanitário (MS), aglutinador das forças progressistas inseridas no processo de redemocratização da sociedade brasileira observado desde a década de 70, propunha a instituição de um novo Sistema Nacional de Saúde, que propiciasse o oferecimento de serviços de saúde de qualidade em bases equitativas a toda a população e que também superasse as distorções dos sistemas anteriores.

O MS, caracterizado então como um movimento pela saúde constituído por todas as forças vanguardistas do setor (incluindo-se aqui partidos políticos, sindicatos, entidades populares, setoriais e intelectuais), propunha uma estratégia contra-hegemônica de construção de alianças que visava, de um lado, a contestação da ordem instituída determinada pelo modo de produção capitalista e, de outro, um amplo debate das questões nacionais a partir da tematização da saúde de modo que, revelando-a à sociedade, se desenvolvesse a consciência sanitária na população. Nesse sentido, a luta pela

Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país (GALLO & NASCIMENTO, 1989, p.93-4).

Em termos conceituais, o MS *“adquire organicidade quando é fundada uma rede de sujeitos com uma matriz discursiva que trabalha com os conceitos de saúde/doença como processo social, historicidade do processo e de determinação social da organização da assistência”* (TRIANA, 1994, p.97).

A Reforma Sanitária legitimou-se, então, como um processo modernizador e democratizante de transformação das práticas de saúde do Brasil. Suas propostas se explicitaram e sistematizaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde se criaram então as condições, no plano político-ideológico, para a construção futura do Sistema Único de Saúde (SUS). Este, constituído sob a regulação do Estado, teria como principais princípios a universalização, a equidade e a integralidade da atenção a partir dos preceitos administrativos de regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa, bem como a gestão democrática dos serviços e o controle social dos mesmos.

Ainda no período da “Nova República” e como desdobramento da VIII Conferência, assistiu-se à instalação da Assembléia Nacional Constituinte, que veio inscrever os princípios fundamentais da Reforma Sanitária na nova Constituição brasileira, sancionada em 1988, e ratificados pela Lei nº 8080, em 1990.

Em um contexto nacional politicamente favorável à construção da cidadania, o pressuposto fundamental do novo sistema seria a saúde como direito, aliada à humanização e ao caráter público da assistência, em oposição à lógica de mercado do modelo assistencial privatista. A reformulação do sistema de saúde, nesse sentido, organizou-se em torno de três vertentes: a politização da discussão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança da estrutura institucional e das práticas sanitárias no sentido de uma recomposição das ações médicas e de saúde pública.

A formulação de um modelo tecno-assistencial dentro das diretrizes do SUS afigurou-se, então, como a mais avançada na história do setor saúde no Brasil, inclusive no sentido de tentar, finalmente, concretizar a integração das ações sanitárias e médico-assistenciais.

Para atingir esse último objetivo, considerou-se que a reorganização do setor saúde deveria passar por um processo de integração institucional, através do qual ocorreria a unificação das instituições e serviços de cuidado médico em um só Ministério, o da Saúde, que deveria ser o executor e o gestor dos princípios da RS. Isso significaria a possibilidade de superação daquela dicotomia através de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos, impedindo-se assim a repetição e a competição de programas, bem como se viabilizando o controle financeiro de serviços e programas de saúde pelo Estado.

Todavia, para se traduzir na prática, o SUS, embora garantido na legislação, tem enfrentado alguns desafios, dentre os quais dois são identificados como relevantes. De um lado, necessita concretizar operacionalmente um modelo tecno-assistencial que altere a lógica da produção de serviços e, ao mesmo tempo, goze de legitimidade social, garantindo abrangência universal e o caráter público do espaço da saúde, através de novos modelos de gestão, numa conjuntura favorável ao modelo neoliberal (cujos valores estão enraizados no imaginário tanto dos trabalhadores de saúde como da clientela potencialmente beneficiada pelo SUS). De outro, precisa reencontrar sua identidade, o que implica em se interrogar continuamente acerca das suas finalidades, do seu sentido, do seu valor, enquanto agenciador de modelos tecno-assistenciais que respondam às necessidades dos indivíduos e das coletividades, o que poderá significar um processo de reconstrução do seu objeto. Esta temática será retomada adiante, no Capítulo III.

Das grandes premissas que servem de vigas-mestras para a arquitetura do modelo e orientam o seu desenho organizacional, duas estão sendo consideradas como especialmente importantes neste trabalho: a hierarquização, enquanto “forma”, e a integralidade/integração das ações, enquanto “conteúdo”. Isto não significa querer estabelecer uma equivalência conceitual entre os dois temas, por se reconhecer que, sendo a integralidade dotada de uma conotação mais abstrata, remete a noções de valores simbólicos ligados ao princípio do cuidado, sendo a ética e a equidade suas manifestações mais importantes. A hierarquização, por sua vez, consubstancia-se enquanto um princípio racionalizador, de expressão material, que visa a otimização de recursos. Contudo, subjacente a essas duas questões, e à discussão conceitual do modelo como um todo, sempre esteve presente de forma explícita uma necessidade de racionalização integradora (em respeito à

já referida polarização entre atividades de saúde pública e aquelas ligadas à assistência médica individual), que, de certa forma, ao aproximar os dois conceitos, também aponta a identidade que guardam entre si. Assim, quanto ao discurso, a história da elaboração do modelo é plena de uma intenção racionalizadora de integração sanitária, como será visto adiante.

Inicialmente, será trazido o tema da hierarquização como parte integrante dessas medidas racionalizadoras, procurando compreender como ela evoca a questão da integralidade e os aspectos a ela atinentes.

1.2 — A hierarquização enquanto proposta racionalizadora e o hospital como seu ponto de desequilíbrio

O princípio da hierarquização está contido nas idéias de regionalização e consiste em um reordenamento da rede de serviços por níveis de complexidade crescentes, com a centralização das unidades mais complexas e a descentralização das formas mais simples de atenção, do ponto de vista da incorporação de tecnologia, de modo a se garantir o amplo acesso de toda a população a todas as ações e com todos os recursos (ARAÚJO,1988). Expressa-se numa organização piramidal e seletiva para patamares hierárquicos superiores, tendo como base o perfil de necessidades desde as mais raras às mais comuns (MENDES,1994). Com essa disposição, seria possível resolver-se satisfatoriamente grupos de problemas em suas diferentes complexidades, nos diferentes níveis de atenção, os quais seriam classificados em função da sua incorporação de tecnologia. Pode-se dizer que a própria diferenciação dos níveis de atenção constitui, em si mesma, uma ordenação tecnológica para os problemas classificados como primários, secundários ou terciários.

São dois os aspectos fundamentais contidos no princípio da hierarquização:

- 1) A densidade tecnológica (ou incorporação tecnológica) dos diferentes níveis que lhes credencia maior ou menor suficiência tecnológica para a resolução de problemas;

- 2) O mecanismo formal administrativo de referência e contra-referência (RCR), que pressupõe um movimento no mínimo bidirecional de pacientes e de informações.

Esta concepção de hierarquização por diferenciação da densidade tecnológica pressupõe a conexão entre os níveis através de apoio logístico e tecnológico, o estabelecimento de uma relação dialógica entre os mesmos, e a existência de mecanismos reguladores dessas relações que garantam a coordenação do cuidado, dos quais o da RCR é um exemplo. A hierarquização deveria significar, portanto, uma rede de ajuda, de cooperação e solidariedade entre as partes, bem como de transmissão de conhecimentos técnico-científicos, de pessoal, e de informações administrativas e gerenciais que permitissem a existência de um fluxo dinamizador no interior dessa ordenação, de modo a se garantir a continuidade e a abordagem global dos casos e, também, a motivação profissional da equipe de saúde, que necessita dessa circulação de informações.

No âmbito dessa questão, é possível perceber-se que, ao lado das muitas dificuldades vividas em cada nível do sistema loco-regional, é prevalente a inobservância das matrizes organizacionais básicas do modelo, sendo que, especialmente o princípio racionalizador da hierarquização, um dos mais caros do mesmo, é frequentemente ignorado e subvertido. Além disso, ele em si acaba também alimentando a fragmentação do processo de trabalho, o que pode comprometer a coordenação e a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, a possibilidade de integralidade/integração das ações.

A subversão do princípio de hierarquização está relacionada, pelo menos em parte, à posição de centralidade que o hospital ocupa no sistema de saúde brasileiro, resultante de uma concepção “hospitalocêntrica” que determina a supremacia do hospital no interior da rede de serviços, como expressão máxima e incontestada da consolidação do modelo médico-hegemônico.

Tanto os hospitais públicos como os privados (mesmo os que têm grande dependência do SUS) gozam de uma autonomia relativamente grande para organizarem o seu próprio processo de trabalho. Assim, apesar de a lei que instituiu o SUS prever regras de organização da demanda conforme os critérios de regionalização territorial e da hierarquização do acesso em função da complexidade tecnológica, não há cumprimento dessas recomendações por parte dos hospitais, que continuam captando sua clientela em moldes liberais, mesmo quando integrados ao SUS.

“A sua autonomia em definir as modalidades assistenciais e sua quase que total liberdade em selecionar a demanda tornam a hierarquização letra morta, havendo, portanto, uma marcada incompatibilidade entre esta forma de produzir serviços e a instalação de mecanismos de referência-contrareferência” (CAMPOS,1992,p.51-2).

Uma particularidade exemplar no que se refere à desarticulação entre a área hospitalar e o poder local é a alteridade administrativa dos hospitais universitários em relação ao restante do sistema, resguardada inclusive pela lei do SUS, que lhes assegurou autonomia administrativa. Isto já demonstra os limites não só da descentralização, uma vez que o poder local não tem competência técnica nem legal para integrar a rede hospitalar ao modelo, como também da própria integração institucional, que não consegue se viabilizar de forma interinstitucional e muito menos sob a forma de unificação institucional, dentro dos propósitos de integração sanitária e de um sistema de comando único municipal. Isto seria incompatível com os interesses particulares de categorias profissionais, dos anéis burocráticos de setores empresariais no serviço público e com o uso político das instituições como instrumentos de poder. Desse modo, a unificação administrativa é mais um problema político que técnico-administrativo, e sequer na lei o SUS conseguiu preservar isso, ao garantir a independência do hospital universitário em relação ao sistema (CAMPOS,1992,p.96).

Tal nível de autonomia dos hospitais não se modificou mesmo quando geridos pelo poder público, uma vez que a direção dessas unidades não se empenharam em modificar os esquemas de poder e a organização dos processos de trabalho reprodutores do ideário neoliberal, impedindo, assim, a integração desses serviços à rede pública (CAMPOS,1992,p.52-3).

Entretanto, embora esta situação constitua praticamente a regra para os hospitais privados, o que ocorre, na realidade, é que mesmo o hospital público não se integra à rede ambulatorial pública, até quando são bem definidas as competências tecnológicas dos diferentes patamares hierárquicos e exigido o respeito às normas de cooperação mútua entre os níveis.

A propósito, seria pertinente salientar a inadequação das expressões “patamares hierárquicos” e “densidades tecnológicas” que, no seu conjunto, denotam na ver-

dade uma relação de subordinação entre os níveis contraditoriamente à referida noção de cooperação; encerram também uma noção de concentração compartimentada e rígida de recursos técnicos e políticos nos mesmos, que, ao se distribuírem de forma intensamente desigual no interior do sistema, geram acúmulos de poder que se auto-perpetuam. Dentro deste esquema rígido de atribuições, a posição apical do hospital legitima-o como elemento ordenador do sistema, subordinando a dinâmica de toda a rede prestadora de serviços à sua própria, o que pode interferir na coordenação, na continuidade e, portanto, na integralidade do cuidado.

A posição privilegiada do hospital no sistema de saúde, portanto, é uma demonstração da dificuldade de viabilização do discurso racionalizador da Reforma Sanitária no que diz respeito não só à integração das instituições, como também à integração das práticas de saúde.

O processo que culminou com a supremacia do hospital e a necessidade de integração reativa a esse fenômeno podem ser compreendidos à luz da história do desenvolvimento das formas de organização dos serviços de saúde no Brasil, em que o fortalecimento da Previdência Social, representando principalmente os interesses de grupos ligados à assistência médica individual, teve papel preponderante. Isto deu origem ao tom racionalizador e unificador das políticas de reorientação do sistema de saúde que então se seguiram. Para uma melhor compreensão desse fenômeno, será feita uma breve reconstituição dos fatos que levaram ao desenvolvimento das idéias que produziram o modelo tal como ele se apresenta hoje, em linhas gerais.

1.3 — A evolução das políticas racionalizadoras na saúde e seu paralelismo com o processo de fortalecimento do modelo médico-hegemônico

Não é pretensão, nesse momento, fazer uma reconstituição minuciosa da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, que dispõem de pródiga literatura a

seu respeito¹. Interessa, aqui, resgatar da trajetória dessas políticas as relações mais gerais entre o seu conteúdo racionalizador – no qual a hierarquização veio se inscrever como importante diretriz organizacional de otimização de recursos – e a tendência de integração dos serviços e das práticas de saúde, visando superar a dicotomia preventivo-curativa, que deu origem ao discurso da integralidade da atenção.

A título de um breve histórico, pode-se dizer que a polarização entre as ações de saúde pública e a atenção médico-curativa já existia desde os anos 30 e foi ficando mais nítida e cristalizada com o processo de formação e o posterior fortalecimento da Previdência Social, principalmente entre a década de 50 e meados da década de 60.

No período de vigência do modelo de sanitarismo campanhista, localizado entre o final do século XIX até metade dos anos 60, foi gradualmente se consolidando a divergência entre essas práticas, com a valorização crescente da assistência médica individual e o esvaziamento progressivo das ações médico-sanitárias.

No início do século atual, a economia brasileira sustentava-se em um modelo agroexportador assentado na cultura cafeeira. O quadro de saúde predominante, nesse contexto sócio-econômico, era o das grandes epidemias e endemias, bem como os problemas advindos da falta de saneamento. Para combatê-lo, as diretrizes do sistema de saúde voltaram-se para uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e de erradicação das doenças que poderiam prejudicar a exportação ou comprometer a força de trabalho envolvida na viabilização desse modelo econômico. Os serviços de saúde constituíam-se, assim, em parte integrante da socialização da vida urbana sob a forma de Polícia Sanitária, com a função de impor normas coletivas de controle visando a saúde pública (ARAÚJO, 1988).

Existia, então, uma intervenção estatal nesta área específica, que passou a progressivamente se estruturar visando uma atuação mais expressiva no controle das doenças, no atendimento às demandas sociais por elas geradas, nas necessidades de viabilização da economia de exportação e, conseqüentemente, no próprio processo de acumula-

¹ Por exemplo: CAMPOS, G.W.S., 1989; DONNANGELO, M.C.F., 1975; GONÇALVES, R.B.M., 1994; MENDES, E.V., 1994; MERHY, E.E., 1989; e NEMES, M.L.B., 1993.

ção capitalista em curso. A assistência médica, individual, ficava, nesse momento, a cargo das entidades filantrópicas e da iniciativa privada.

O processo de industrialização que veio substituir o modelo econômico agroexportador e a urbanização crescente que lhe adveio, principalmente a partir da década de 50, repercutiram nas condições gerais de vida e de saúde das massas trabalhadoras, causando modificações no seu quadro nosológico, agora constituído por doenças mais ligadas às condições de vida e do trabalho. Isto veio criar uma maior demanda pela efetivação de políticas sociais, o que induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social.

Assistiu-se, então, simultaneamente a um esvaziamento progressivo das ações campanhistas e ao crescimento da assistência médica previdenciária, que se traduziu na conformação e na hegemonização do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1994, p.20).

Assim, se na década de 20 a questão social era objeto da polícia sanitária, a partir da década de 30 passou a sê-lo cada vez mais do aparelho de Estado, através da Previdência Social.

A origem da Previdência Social no Brasil teve seu marco em 1923, com a Lei Elói Chaves, que criou a 1ª Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, à qual se seguiram outras CAP's. Posteriormente, seriam criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, não mais organizados por empresas e sim por categorias profissionais.

Com isso, passou a ocorrer não só um aumento crescente da incorporação da assistência médica pelos órgãos previdenciários como se configurou um processo cada vez mais expressivo de penetração do Estado no interior das instituições, gerando maior concentração de recursos e centralização de decisões. Paulatinamente, a capitalização previdenciária aliava-se cada vez mais ao Estado e às empresas estatais que começavam a surgir, enquanto, de um outro lado, esvaziava-se cada vez mais a participação dos trabalhadores na Previdência Social.

Na verdade, nos anos anteriores, já vinha se configurando uma diminuição dos espaços políticos, institucional e financeiro da Saúde Pública *pari passu* com uma expansão da assistência médica individual ligada à estrutura previdenciária e de caráter

essencialmente hospitalar e curativo. Esta, que tinha importância apenas secundária no período das CAP's e dos IAP's, passou a uma posição central com o favorecimento da Previdência Social, em parte pela necessidade de um equilíbrio atuarial desta (já que a inclusão da atenção médica nos institutos permitia a redução do gasto com outros benefícios), mas também pela necessidade de preservação da força de trabalho e pela pressão da demanda por serviços de saúde pelas massas assalariadas, cada vez mais numerosas e reivindicadoras.

Assim é que, segundo DONNANGELO (1975), a relação entre a assistência médica e a interferência estatal pode ser explicada de duas formas: de um lado, a ampliação quantitativa e qualitativa da assistência médica, no âmbito das instituições previdenciárias, esteve mais ligada às pressões do consumidor (operariado e assalariados em geral) e às características institucionais da Previdência (sua instabilidade orçamentária) do que diretamente à assistência médica individual ou a uma ação intencional do Estado para absorver ou mesmo controlar o sistema de produção e consumo de serviços. De outro, esta interferência deu-se no sentido de privilegiar o produtor privado de serviços de saúde.

Assim, após 1964, o estímulo à prática assistencialista na Previdência Social se ampliou, abrangendo progressivamente assalariados da população urbana e rural, sendo que a consolidação e expansão da Medicina Previdenciária caracterizou-se pelo privilegiamento da prática médica hospitalar, curativa, individual, tecnicada e especializada, relegando a uma posição cada vez mais marginal as ações médico-sanitárias.

Essa nítida valorização da assistência médica individual, em prejuízo das ações de saúde pública, que sofreram um processo de estagnação, teve como seu ponto culminante a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, em 1966. Assim, em conformidade com os processos de centralização dos aparelhos governamentais implementados pelos governos militares, a concentração de recursos dos IAP's e a centralização de suas administrações indicaram uma possibilidade de resolução da crise financeira da Previdência, numa perspectiva racionalizadora e de controle do sistema.

Após a unificação, em 1966, a Previdência Social, dando primazia a uma política de saúde voltada para o atendimento médico individual, colocou sob controle

estatal um sistema de base financeira ampliada (calcada principalmente nas contribuições de um enorme contingente de assalariados), de gestão centralizada e sem a participação dos trabalhadores, em conformidade com a política econômica do período de tutela militar. Isso abria possibilidades para a subvenção aos produtores privados e para o desenvolvimento da acumulação capitalista do setor.

Assim, embora regulamentada no âmbito do Estado, a Previdência Social passou a interferir diretamente no mercado, ao mesmo tempo em que expandia e universalizava a assistência médico-hospitalar, criando-se assim um complexo médico-industrial sob patrocínio estatal (CAMPOS, 1989, p.54).

DONNANGELO (1975) esclarece alguns pontos a respeito dessa relação entre o Estado e o produtor privado:

“Embora se iniciasse, através da Previdência Social, o processo de esvaziamento da autonomia ao nível do produtor isolado, a continuidade do setor privado era preservada. E essa preservação se fazia, coincidentemente, através da forma de organização que começava a ser imposta aos serviços médicos pelo aumento de divisão do trabalho, consistente na diferenciação de especialidades, e pela ampliação quantitativa e qualitativa dos meios de trabalho, cujos custos passavam a exigir investimentos apreciáveis”.

Em relação especificamente às formas de subvenção do Estado ao produtor privado, a mesma autora comenta:

“Em termos gerais, podem ser assim explicitadas as principais condições através das quais a modalidade de interferência estatal tem preservado o setor privado: ao sustentar, pela manipulação concentrada de recursos, uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob controle privado, de uma rede de produção de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado no controle direto dos processos de produção, conquanto limitado pela capacidade de custeio” (DONNANGELO, 1975, p.37).

O processo de privilegiamento do setor privado pode então ser compreendido e sintetizado através do estatuto assumido pelo Estado de grande comprador (com o que evitava assumir o papel de produtor) e de promotor da redefinição de uma política de

assistência à saúde excessivamente tecnicizada e medicalizante que favorecia aquele setor, ao mesmo tempo em que diminuía a importância e os recursos necessários às atividades relacionadas à saúde pública.

Este modelo de atenção calcado na assistência médica previdenciária e com benefícios claros para o setor privatista, além de oneroso e não identificado com as reais necessidades da população, teve como principais características a multiplicidade de órgãos em várias esferas do governo, um baixíssimo grau de integração programática e operacional, a superposição de recursos, excessiva centralização política e financeira a nível federal e, finalmente, a fragmentação de seu objeto, que foi praticamente uma consequência dessa extensão da assistência médico-hospitalar. Paralelamente à ampliação do alcance assistencial da Previdência Social, ficava também evidente o caráter discriminatório da política de saúde, em função da desigualdade no acesso quantitativo/qualitativo pelas diferentes clientela (fenômeno denominado “universalização excludente”, que viria a se consolidar na década de 1980): medicina terceirizada, de alto padrão, para consumidores de alto poder aquisitivo, e hospitais contratados ou credenciados pela Previdência, bem como rede de pronto-atendimento, para o restante.

Fazendo jus à sua importância na condução da política de saúde, em junho de 1974, a Previdência Social deixou de estar sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e passou a ser gerida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), consolidando, na área da saúde, o lugar institucional da medicina previdenciária. Este veio a se confirmar em 1977, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), integrando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através de uma proposta racionalizadora de concentração de toda a assistência médica na Previdência Social (ANDRADE, 1995, p.31-2).

Paralelamente, o aumento da exigência de serviços médicos e o desdobramento da crise econômica, que gerou queda do nível de renda da maioria dos assalariados, no período posterior a 1974, passaram a exigir maiores investimentos na área social que, no caso da saúde, deveriam ser convertidas em medidas modernizadoras e racionalizadoras, mas que, simultaneamente, promovessem a necessária ampliação da oferta de serviços.

Nessa conjuntura, desenvolveram-se as propostas de extensão de cobertura, que se deram, por um lado, pela necessidade de legitimação social de um sistema excludente (além de ser uma forma de financiar a baixo custo o setor privado) e, por outro, por uma necessidade de se superar aquele modelo dicotômico. Essa estratégia levou à implementação de dois grandes planos, emblemáticos das preocupações daquele momento: o Plano de Pronta Ação (PPA)², do MPAS, em 1974, e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)³, em 1975, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), inspirados no modelo da Medicina Comunitária, constituíram-se em uma proposta alternativa de expansão do cuidado médico, em função da crise financeira e política em que se encontrava a Previdência Social. Procuravam compatibilizar a necessidade de ampliação da assistência aos contingentes excluídos da medicina previdenciária com o aumento dos custos, sem modificar as características dominantes do modelo, dentro de um enfoque racionalizador. Distinguíram-se por um atendimento simplificado, operando com custos mínimos e baixa incorporação tecnológica (tanto no que concerne aos recursos humanos quanto à tecnologia material), o que redundou em baixa resolutividade.

Gradualmente, em função do reconhecimento geral da situação de crise do setor saúde em geral e da Previdência Social em particular, passou a haver uma preocupação com a organização global do sistema e com a formulação de uma política nacional de saúde, o que levou à criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei 6.229, em 1975. Este propunha a integração da assistência médica praticada pela Previ-

² O Plano de Pronta Ação (PPA) consistiu em um conjunto de portarias do MPAS visando normatizar o atendimento previdenciário, facilitando o acesso aos beneficiários da Previdência Social, e promovendo a universalização da cobertura, através da desburocratização do atendimento dos casos de urgência, inclusive para os não-previdenciários (ANDRADE, 1995).

³ O Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) caracterizou-se como um amplo programa de extensão de cobertura, criado no âmbito federal, em 1976, e foi uma expressão, no âmbito nacional, das propostas da Medicina Comunitária. Visava a implantação de uma estrutura que pudesse atender a parcelas da população sem acesso a cuidados médicos-sanitários nos pequenos municípios da região Nordeste do país (tendo se estendido posteriormente para as regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste). Implementou-se através de um modelo extremamente simplificado tecnicamente, com ênfase na implantação intensiva da rede física e nas unidades básicas de saúde e se constituiu em um exemplo para outros programas igualmente baseados na medicina simplificada.

dência com as práticas de saúde pública, objetivava a rearticulação das unidades do setor público e do setor privado e foi embrionário da discussão da regionalização e hierarquização da assistência médico-sanitária (considerando-se os perfis epidemiológicos de cada região do país e a disponibilidade de recursos) como princípios e estratégias da política de saúde. O SNS já se configurava, então, como o prenúncio de uma tendência racionalizadora mais ampla no setor saúde.

Assim, os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), conquanto passíveis de crítica pelo baixo impacto sobre os indicadores de saúde, promoveram um aumento real de oferta de serviços médicos a maiores contingentes da população, até pela expansão da rede física. Uma das conseqüências disso foi a consolidação da assistência médica individual como a questão nuclear da assistência à saúde, ou seja, de um elemento até então estranho à rede de Centros de Saúde, passou a constituir o seu eixo. Tiveram como mérito, contudo, lançar as bases para a discussão do reordenamento do setor público na prestação de serviços de saúde nos níveis municipal e estadual. O PIASS, por exemplo, foi tido como a primeira experiência de extensão de cobertura a baixo custo, iniciando a tendência racionalizadora da política de saúde. Já o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão do MPAS, criado em 1981, representou a iniciativa mais ampla das políticas racionalizadoras na organização da assistência médica previdenciária, recuperando as proposições gerais do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)⁴, como a regionalização do sistema de saúde e a hierarquização de todos os serviços públicos e privados conforme sua complexidade, através dos mecanismos de referência e contra-referência, adscrição

⁴ O Programa Nacional de Serviços de Saúde – o PREV-SAÚDE, elaborado na conjuntura das discussões da VII Conferência Nacional de Saúde, constituiu-se em um projeto ambicioso que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e privadas mediante a definição de critérios específicos para regulamentar este relacionamento. Tinha como objetivo básico a extensão máxima da cobertura, fundamentada em princípios de regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, e utilização de pessoal auxiliar (MENDES, 1994, p.35). Suas diretrizes diziam respeito à responsabilização do setor público pelos serviços básicos de saúde, à descentralização decisória e operacional (o que significaria o incentivo ao crescimento e fortalecimento das redes estaduais e locais) e ao estabelecimento de regras para a inclusão do setor privado no sistema. Suas proposições encontraram várias resistências de caráter ideológico tanto nos setores empresariais como entre os profissionais de saúde, que remeteram a uma segunda versão do programa (a qual o reduziu a uma proposta racionalizadora do modelo vigente), tendo sido, por fim, abandonado.

da clientela e a construção de um sistema de auditoria médico-assistencial (ARAÚJO,1988,p.24). Tendo como objetivo final a integração das ações de saúde, visava também uma redução dos gastos da medicina previdenciária, associando, assim, uma estratégia racionalizadora a uma política de planejamento orçamentário.

A universalização da atenção médico-hospitalar promovida pelo Estado, e a elaboração do processo de descentralização administrativa (esta ainda incipiente), foram se dando através de projetos de cunho reformista, como as Ações Integradas de Saúde (AIS)⁵ e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Proposta das AIS, projeto integrante do Plano CONASP, foi entendida como estratégia de transição para o reordenamento do setor saúde, por ter proposto uma ação integrada sobre a gestão pública que superasse a fragmentação da atenção e permitisse atingir todas as instituições com todos os seus recursos, atendendo às necessidades prioritárias da população a partir de critérios epidemiológicos e sociais (ARAÚJO,1988). Com as AIS obteve-se, assim, maior avanço no processo de integração e articulação com as instituições públicas, uma maior descentralização no planejamento e na administração e se aventou as possibilidades de participação popular no controle dos serviços. Ademais, abriram caminho para o SUDS, além de que já continham os elementos essenciais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a experiência mais reconhecida como possibilitadora de uma redefinição democratizante, dentro de uma política racionalizadora, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

O desenvolvimento desses planos mostra que estava em pauta a necessidade de elaboração de uma estratégia que apontasse para uma mudança qualitativa da saúde, o que só seria possível através da formulação de uma política nacional para o setor que propiciasse o oferecimento desses serviços de forma eqüitativa para toda a popula-

⁵ As AIS tinham como objetivo final a universalização do atendimento, a eqüidade do cuidado e a integridade das ações, buscando superar as dicotomias preventivo-curativa e individual/coletivo. Reafirmavam ainda a responsabilidade do poder público em relação à saúde, preconizando a utilização prioritária da rede pública de assistência, dentro dos princípios de regionalização, hierarquização e descentralização administrativa (ANDRADE,1995,p.43).

ção, atingindo a meta “Saúde para Todos no ano 2000”⁶. Todo esse processo do Movimento Sanitário e reformista do Estado desembocou na Reforma Sanitária, que pretendia, através do SUS, fazer uma revisão profunda do modelo tecno-assistencial, o qual superaria as propostas de expansão de cobertura baseadas apenas em aspectos quantitativos e na simplificação tecnológica do atendimento.

Pode-se observar, entretanto, que, embora o tom racionalizador que procurou conciliar tendências aparentemente antagônicas das práticas de saúde pública e da prática médica tenha se mantido até hoje, restringiu-se mesmo somente aos princípios institucionais. É evidente a ênfase dada aos princípios da descentralização e da unificação, ambos voltados mais para a reorganização da estrutura do que para o seu conteúdo, o que demonstra o caráter marcadamente administrativo da Reforma Sanitária oficial. Assim, a implementação das idéias do SUS limitou-se ao plano institucional (e constitucional) não tendo sido convertidas, ainda, em ações concretas dentro dos processos de trabalho (CAMPOS, 1988, p.189).

Desse modo, a Reforma atual não passou de uma *“continuidade e um desenvolvimento de um processo que criou bases ampliadas para o desenvolvimento da capitalização dos serviços de saúde. Processo que, se por um lado assegurou a extensão de cobertura assistencial, por outro reforçou e modernizou as determinações privatizantes do modelo assistencial brasileiro”* (CAMPOS, 1988, p.184), não sendo, portanto, surpreendente que não tenha havido modificações substantivas nas formas de provimento do cuidado. Não se discutindo a fundo o modelo assistencial, reitera-se, portanto, o modo de produção dos serviços de saúde existentes. Assim, pode-se dizer que, apesar do caráter racional e modernizador da Reforma Sanitária, ainda não foi alterada a lógica da produção de serviços de saúde quer no setor privado quer no público, mantendo-se e até se reforçando a lógica hospitalocêntrica.

Desse modo, o SUS, a despeito de sua coerência interna, organicidade e racionalidade, ainda não conseguiu se afirmar hegemonicamente na sociedade brasileira.

⁶ Esse lema constituiu-se na meta das políticas de extensão de cobertura, inscritas na proposta de Atenção Primária Ampliada, entendida como estratégia a ser adotada pelos países para a reorganização da prestação de serviços em saúde, e defendida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978.

Seu esforço racionalizador parece não ter sido suficiente para torná-lo factível, atendendo às demandas sociais que lhe foram apresentadas, uma vez que, por não ter havido uma discussão profunda do modelo assistencial, preservou-se o modo de produção dos serviços de saúde anteriormente existentes, não se alterando o padrão privatista curativo.

Desta forma, novos problemas foram lançados e se interpuseram à sua implementação. A demonstração disso hoje é a agudização da crise no setor saúde do país, crise esta que tem várias faces, geralmente relacionadas à desvalorização do espaço público ou ao seu uso de forma incompatível com o interesse da população, fenômeno que ocorre simultaneamente à prevalência do modo neoliberal de produção de serviços, e que se expressa através de algumas evidências: redução dos recursos, em função do baixo financiamento destinado ao setor pela retração dos gastos estaduais e federais; disputa dos ministérios pelos mesmos; alto grau de esbanjamento dos recursos já existentes, descrédito geral nas políticas de saúde em grande parte incentivado pela campanha neoliberal para desmoralizar as propostas competentes originárias do setor público; atrelamento de políticas públicas aos interesses corporativistas e clientelistas governamentais, revelando intensa confusão entre o sistema público e o privado, com conseqüências nitidamente predatórias aos interesses gerais da sociedade (SANTOS *et al.*, 1991).

Assim, a organização das práticas de atenção e de produção de serviços, apesar das várias inflexões no seu desenvolvimento que visaram a reorientação do setor saúde, não conseguiram ainda se desvencilhar das características de um modelo organizativo intensamente contaminado e controlado pela lógica neoliberal do modelo médico hegemônico, que se beneficia com a persistência e procura estimular a manutenção da onipresença do hospital no sistema de saúde. Desse modo, continuam sendo características desse modelo a atomização do cuidado, a fragmentação do objeto, a criação de modalidades assistenciais diversas e correspondentes a diferentes expectativas de cidadania e a duplicação de ações e coberturas com práticas institucionais distintas. No cotidiano institucional, a tônica é o uso inadequado de tecnologias, o baixo nível de coordenação entre as esferas institucionais, uma intensa fragmentação do processo de trabalho e uma baixa humanização do atendimento e nas relações serviço-usuário, cujo produto final é marcado pela falta de eficácia do modelo.

A baixa valorização da rede ambulatorial (que envolve vários fatores, inclusive uma baixa incorporação tecnológica da mesma, que ordinariamente mantém um padrão de atendimento simplificado, ainda que se procure compreender o conceito de tecnologia de uma forma mais ampla, não restrita ao aspecto material do uso de equipamentos e procedimentos), também contribui para o não cumprimento da hierarquização, e pode ser considerada uma conseqüência do fenômeno anterior ou, melhor dizendo, uma outra face do mesmo.

Não sendo pretensão deste trabalho fazer uma análise a respeito da conjuntura sanitária do país, convém conduzir e afunilar a discussão para o campo que considera as relações entre a hierarquização, em um sistema dominado pelo hospital, e a efetividade das ações de saúde, pelo ângulo da integralidade que é imprimida ao cuidado oferecido, procurando-se compreender mais detidamente como se dá esse processo.

1.4 — A coordenação do cuidado no interior de um sistema hierarquizado

Idealmente, considera-se, portanto, que a configuração do setor organizacional do modelo, obedecendo a uma necessidade de otimização dos custos, foi concebida segundo um perfil de necessidades, classificadas conforme o grau de complexidade das ações necessárias para satisfazê-las, no interior de uma rede básica de serviços resolutivos para os problemas individuais e coletivos epidemiologicamente identificados em uma dada região, resolutividade esta que seria complementada pelas retaguardas hospitalares de nível secundário e terciário, estas últimas sendo muitas vezes instituições universitárias.

Para salvaguardar sua coerência e efetividade, seria de se supor que esse sistema hierarquizado e regionalizado garantisse uma relação dialógica entre os níveis hierárquicos, seja no aspecto da organização gerencial e administrativa, seja do ponto de vista da transferência tecnológica (ou melhor, do apoio logístico e tecnológico), mas, ainda, do ponto de vista do compromisso com a sua efetividade. Alguns dos possíveis mecanismos institucionais criados para viabilizar esse intercâmbio seriam:

a) o repasse de tecnologia entre os diferentes níveis e que por si só já qualifica a complexidade do sistema, e

b) o sistema de referências e contra-referências, que, além de tentar propiciar aos profissionais de saúde uma visão o mais integral possível dos pacientes que se movimentam através desses níveis ou instâncias, deveria se constituir em uma garantia formal da continuidade do atendimento dos casos.

É objeto de interesse desse trabalho compreender o que ocorre com o usuário (ou paciente) cujo diagnóstico (ou situação clínica) o impele, por razões diversas, a se movimentar através do sistema hierarquizado para adquirir ou completar a sua resolutivez, ou seja, empreender uma movimentação trans-institucional dentro de um sistema orientado pela hierarquização e regionalização.

Assim, algumas questões amplas e gerais num primeiro momento se impõem: que configurações assumem essas trajetórias através de um sistema hierarquizado e quais os fatores que nelas intervêm? Qual a relação dialógica que os diferentes níveis de atenção estabelecem entre si? Como se compreende e como se expressa a incorporação e a transferência de tecnologia em cada um desses níveis e como ela determina o perfil dessas trajetórias? Como se operacionalizam na prática os mecanismos de referência e contra-referência? Que tipo de vínculo se estabelece entre o sistema de saúde e o usuário em cada um desses momentos, traduzido no acolhimento e na acessibilidade de cada um dos níveis de atenção? Como são assumidos os compromissos e responsabilidades nos diferentes patamares hierárquicos de modo a se garantir a efetividade do sistema? Até que ponto, portanto, a hierarquização proporciona a integralidade da atenção, no sentido da sua continuidade, e quando ela mesma passa a ser agenciadora da fragmentação do processo de trabalho? Em outras palavras, o princípio racionalizador da hierarquização é condizente com a integralidade da atenção ou a ela se opõe no cotidiano das ações?

Nesse sentido, Eliane Cardoso de ARAÚJO, em sua dissertação de mestrado *A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde*, traz alguns elementos a respeito da problematização entre a hierarquização e a necessidade de coordenação das ações do sistema vistos sob o prisma dos mecanismos de referência e contra-referência. Em função da proximidade temática do seu trabalho com a presente pesquisa, algumas considerações serão

aproveitadas para tentar trazer um número maior de elementos que auxiliem a ampliar a compreensão dessas questões.

Nesse trabalho, são focalizados os aspectos da regulação da coordenação do cuidado numa perspectiva em que a noção de continuidade e integralidade em um sistema hierarquizado dependem da existência de mecanismos formais de articulação entre os níveis, entre os quais os de encaminhamento se afigurariam como os elementos facilitadores dessas conexões. Embora admita que essa visão acerca da estrutura organizacional do sistema de saúde expresse uma concepção sistêmica, funcionalista, e que faz jus àquela vertente racionalizadora do mesmo, a autora considera que os mecanismos formais de encaminhamento, em geral, e os procedimentos de referência e contra-referência, em particular, são não só elementos tecnológicos constitutivos do processo de trabalho como também ordenadores do modelo, tendo a potencialidade de aumentar a eficácia do ato médico (ARAÚJO, 1988, p. 49).

Os programas de extensão de cobertura, implementados a partir da década de 70, enquanto propostas de extensão do cuidado médico, ao promoverem uma ampliação quantitativa dos serviços e uma incorporação crescente da população aos cuidados de saúde, determinaram a ampliação do próprio objeto da medicina. Isso acarretou uma nova forma de divisão técnica do trabalho, com a conseqüente necessidade de modificação de alguns meios de trabalho e de organização de serviços. A regionalização e a hierarquização constituiriam uma resposta à parcialização do cuidado, imprimindo uma marca de racionalidade à atenção ao longo do sistema, com a definição do perfil tecnológico de cada unidade e com a delimitação de responsabilidades e competências de cada uma delas. Nessas condições, a prestação do cuidado seria um processo coletivo de assistência onde se fariam necessárias a supervisão e o controle das ações (ARAÚJO, 1988).

A partir desse entendimento, os mecanismos de encaminhamento constituir-se-iam nos instrumentos formais necessários à coordenação do cuidado, frente à referida parcialização sofrida pelo mesmo e à divisão técnica do trabalho. Visariam, assim, a complementação do cuidado, a continuidade e a integralidade da atenção, bem como a articulação e integração adequadas interníveis (ARAÚJO, 1988).

A organização da prática médica, em função dos seus interesses corporativos e do próprio objeto em que se baseia – agora ampliado – acabou por se conduzir no sentido de uma supervalorização da medicina tecnológica em seu sentido estrito – utilização de equipamentos e procedimentos para a apreensão e manipulação do objeto – sendo que esse instrumental também sofre uma diversificação progressiva, com uma acentuada especialização voltada para um objeto que também já não é único e muitas vezes nem é mais identificado. Desse modo,

“As necessárias modificações no processo de trabalho expressam-se principalmente na fragmentação do ato clínico em numerosas práticas especializadas. Ao trabalho especializado correspondem tanto um processo de fragmentação técnica do objeto da prática, como a multiplicação das interferências e ainda a ampliação de cada ato médico pelo aprofundamento da informação que orienta a interferência e pela multiplicação dos instrumentos de trabalho que requer. As modificações internas ao trabalho implicam a relativa diluição do controle dos resultados de cada nova interferência técnica, em um processo que, guardando uma aparente semelhança externa com o processo industrial em escala, não pode acarretar, contudo, nem a padronização dos atos ou dos resultados nem a redução dos custos da produção” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976, p. 76).

Em seu livro **Reforma da Reforma**, CAMPOS (1992) acrescenta que a parcialização do cuidado em procedimentos, conseqüente à especialização, não tem nenhum compromisso com a integralidade do cuidado, uma vez que aqueles podem ser deslocados do processo diagnóstico e terapêutico de forma autônoma, sem nenhuma relação com o cuidado final (inclusive um procedimento pode ser remunerado mesmo que o tratamento não tenha prosseguimento). Assim, diferentemente de uma linha de montagem industrial cujo processo de trabalho se fundamenta na concepção global e acabada do produto, na saúde não há vislumbre do resultado final, isto é, a cura, o que em grande parte é atribuído à autonomia dos profissionais de saúde, existentes em todos os momentos do processo de trabalho. Ainda segundo esse autor, *“pode-se considerar que a clínica iniciou um novo tipo de objeto de trabalho – a realização de algum procedimento –, que só raramente coincide com a cura integral, mas que, de fato, não depende de*

ações que lhe deveriam suceder caso prevalecesse o critério técnico-científico de busca da saúde”.

A conseqüência disso é a fragmentação do objeto e a atomização do ato clínico. Essa parcialização do cuidado implica ainda no envolvimento de um maior número de agentes na produção do cuidado, denotando o caráter coletivo de seu provimento, embora no sentido desvirtuado de diluição de responsabilidades, o que pode favorecer a alienação do processo de trabalho.

Os instrumentos de encaminhamento e de articulação seriam vistos, então, como os recursos tecnológicos que se interporiam na relação entre o médico e o seu objeto, de modo que, através do consumo dos serviços de saúde e dos mecanismos de coordenação pudesse ocorrer uma possibilidade de aproximação entre o sistema hierarquizado de serviços e o seu objeto coletivamente apreendido, que na verdade se encontra fragmentado e disperso. Os instrumentos formais de articulação relativizariam a perda do controle dos resultados das ações, favorecendo o acompanhamento, a continuidade e a integralidade das mesmas, além de que contribuiriam para a avaliação e o controle da qualidade da assistência (ARAÚJO, 1988).

CAMPOS (1994), por seu turno, questiona a noção de hierarquização e regionalização, em função da rigidez que elas vieram imprimir ao modelo, desconsiderando as necessidades e os interesses dos usuários, sugerindo que, sem negá-las (uma vez que permitem o planejamento mais racional dos sistemas públicos), se deva relativizar a sua potência na prática diária das instituições de saúde. Ao invés do uso da função preestabelecida e rígida de papéis, propõe uma “plasticidade” do modelo, de modo que, ao se planejar as possibilidades tecnológicas de um serviço, os limites sejam dados por outros parâmetros que não os “princípios tecnocráticos ou abstratos” de competências entre os níveis, adequando-se as técnicas, políticas e diretrizes administrativas aos indivíduos ou grupos heterogêneos de indivíduos.

Para a coordenação e a continuidade do cuidado, em um modelo que se pretende integralizador, ao invés de mecanismos reguladores, são trazidas as noções de vínculo, acolhida e responsabilização pelo cuidado integral da saúde individual e coletiva, as quais deveriam sobredeterminar o desenho do modelo, assegurando o seu ritmo e os seus contornos. Estes seriam os parâmetros que, ademais, confeririam realmente a

plasticidade e a humanidade necessárias ao modelo. O vínculo e a acolhida integral passariam, assim, a ser uma diretriz essencial para a instituição de uma prática clínica de qualidade e de um processo radical de descentralização, de modos heterogêneos de cuidados, o que requereria da equipe de trabalhadores autonomia e, simultaneamente, responsabilidade (CAMPOS, 1994, p.64).

Os mecanismos reguladores formais, por sua vez, por incidirem na mesma visão funcionalista que caracteriza a estrutura mais geral do sistema, não dão margem à apreensão da natureza mais íntima do processo. Ao se basearem no conceito de Atenção Primária Ampliada (que preconiza o oferecimento do cuidado a toda a população, em todos os níveis de atenção, e que alcança todos os recursos de todas as instituições), num processo que pretende a reorganização de todo o setor saúde a partir de uma visão centrada nos cuidados primários, os mecanismos de articulação seriam pretensamente os facilitadores para as ações especializadas, passando a ser constitutivos do processo de organização dos serviços de saúde, mantendo-se, assim, a mesma lógica funcionalista.

A análise de ARAÚJO, portanto, credencia a RCR como um elemento ordenador do modelo tecno-assistencial e não como um epifenômeno do processo. Considera-se, no presente trabalho, que a RCR pode ser considerada um dos indicadores da continuidade e da integralidade do cuidado mas que não pode ser investida de uma função ordenadora nem do modelo nem das relações que se estabelecem em seu interior. De certa forma, essas afirmações são posteriormente relativizadas pela autora, que conclui que a superação dos limites da abordagem sistêmica implica em que se considere as relações de poder que se constroem nos serviços, entre os diferentes serviços e entre os diferentes níveis de atenção. Assim, a viabilidade da referência e contra-referência e da própria ação coordenada do cuidado dependeria da análise das relações de trabalho dentro da correlação de forças existente no interior do sistema e do processo de trabalho delas decorrente.

Assim, ao analisar criticamente a coordenação do cuidado em um sistema pautado pela hierarquização, embora sem conseguir se desvencilhar inteiramente de uma visão funcionalista, a autora ressalta aspectos importantes que, para as finalidades a que o presente trabalho se destina, podem ser assim sistematizados:

1. A preocupação com a coordenação do cuidado dentro de um modelo hierarquizado, de modo a não perder de vista o objetivo da integralidade da atenção.
2. A problematização da questão acima através de uma reflexão que envolve a relação entre o sistema e o objeto de trabalho (idéia que se procurará desenvolver mais adiante), interpretando a hierarquização como um recurso tecnológico que facilita – ou que deveria facilitar – essa aproximação.
3. A consideração da assimetria de poder existente no interior das relações de trabalho (intra ou inter-níveis) como um fator a ser considerado ao ser analisada a questão da coordenação e da continuidade do cuidado.

Essa visão é mais condizente com a visão quase que consensual entre os estudiosos do modelo de que o SUS só se efetivará quando houver uma alteração da lógica da produção de serviços, contrapondo-se, em bases institucionais, um projeto alternativo de Reforma Sanitária ao projeto neoliberal. Este projeto alternativo requer tornarem-se públicos os espaços de saúde, para o que se torna necessário compreender, no interior dos processos de trabalho, como se relacionam as forças existentes nos cenários de disputa, idéia que será desenvolvida nos capítulos seguintes.

A exposição das idéias trazidas até o presente momento ajuda a, gradativamente, delinear e precisar a temática do presente trabalho, que é poder fazer uma leitura da crise do sistema de saúde no Brasil pelo ângulo da integralidade/integração das ações. Procura-se compreender a viabilidade de um modelo racionalmente construído em direção à hierarquização, que classifica e prioriza necessidades humanas segundo o critério de sua complexidade tecnológica, garantir simultaneamente, como seu produto final, uma atenção integral.

Nesse sentido, as contribuições dos dois autores de certa forma se complementam. As questões por eles trazidas a respeito da necessidade de coordenação competente do cuidado, da forma de identificação e religação do sistema com o seu objeto, por um lado; e a idéia do vínculo como diretriz para a reorientação do modelo assistencial, por outro, ambos convergindo para a necessidade de análise dos processos de trabalho, são questões pertinentes que requerem maior aprofundamento.

Vai se tornando cada vez mais claro, portanto, que somente no entendimento e na vivência da natureza mais íntima e micropolítica dos processos de trabalho, que constituem os espaços, os momentos e os componentes da produção real do cuidado em sua contemporaneidade, as grandes linhas ordenadoras do sistema aqui tratados – hierarquização e integralidade – ampliarão sua condição de meros significantes para adquirirem sentido e valor no plano do real concreto.

CAPÍTULO II — APROXIMAÇÃO METODOLÓGICA AO TEMA DA INTEGRALIDADE: UMA INCURSÃO PELAS DIVERSAS CORRENTES TEÓRICAS

"A verdadeira vida pública e a verdadeira vida pessoal são duas formas de ligação. Para que possam nascer e perdurar são necessários sentimentos como conteúdo mutável; por outro lado são necessárias instituições como forma durável; porém estes dois fatores reunidos não geram ainda a vida humana, é necessário um terceiro que é a presença central do TU, ou ainda, para dizê-lo com toda a verdade, o TU central acolhido no presente."

Martin Buber

O desenvolvimento das idéias expostas até o momento mostra, portanto, que a questão da integralidade/integração das ações, tomada, ao mesmo tempo, como objetivo e embasamento da reorganização do sistema de saúde no Brasil, é um dos ângulos através dos quais se pode fazer uma leitura a respeito da crise do setor. Elegeu-se como seu contraponto o princípio organizativo da hierarquização, o qual também visou imprimir, de certo modo, uma reordenação nessa direção, ao arregimentar, de forma escalonada e obedecendo ao critério da complexidade tecnológica e do custo social, o conjunto dos recursos que deveriam ser oferecidos à população. Salientou-se também o seu substrato democratizante, uma vez que o acesso aos diferentes níveis e, portanto, aos diferentes recursos, atende aos princípios de universalização e equidade, de modo a se satisfazer uma necessidade histórica de igualdade social.

As idéias dos dois autores mencionados no capítulo anterior aproximaram-se do núcleo da questão: uma, trazendo a preocupação com a coordenação, pode-se dizer, externa, do cuidado, através de mecanismos de articulação institucionais, formais e estruturados; o outro, propondo a valorização de um nexos, estabelecido entre os elementos do sistema e o usuário que, se de certa forma ainda pertence ao campo abstrato dos valores simbólicos, já vem se constituindo numa matéria merecedora de estudos mais aprofundados dentro da produção de serviços públicos de saúde. É o caso das tecnologias "leves" ou tecnologias "de relações", que se instituem no interior dos processos de trabalho, em "lugares" denominados "espaços *interseções*", que identificam os cenários de

disputa onde há entrecruzamento de relações entre forças representantes de diversos interesses. Esses conceitos serão melhor desenvolvidos ao longo do capítulo.

As considerações anteriores confluem para a conclusão de que a integralidade envolve aspectos diretamente ligados à formulação de um modelo tecno-assistencial realmente sintonizado com o ideário da Reforma Sanitária, o que significa alterar as estruturas cristalizadas que perpetuam a atual lógica de produção de serviços, o que, em última análise, implica em alterar relações de poder interserviços, no interior de um mesmo serviço e, em nível mais amplo, entre Estado e sociedade.

A hierarquização e a integralidade situam-se no centro da concepção teórica que constitui o eixo da formulação das políticas de saúde no país e são temas recorrentes na maior parte da produção científica dessa área, encontrando-se inclusive muitas vezes de forma associada, como se a enunciação de uma pudesse evocar automaticamente a outra. Observa-se na prática, porém, que nem sempre estabelecem uma relação de sinergia, tendo-se interrogado aqui sobre a possibilidade de constituírem, na verdade, um paradoxo.

Tendo ambas se constituído numa questão central para a avaliação da crise da saúde no país e que, para a elaboração do SUS, foram apropriadas quase como se expressassem, em sua materialidade, a própria essência do mesmo, torna-se importante, no processo de aproximação metodológica deste trabalho, compreender como as distintas correntes teóricas do Movimento Sanitário têm-nas reconhecido, debatido e que soluções lhes têm sido propostas.

Tais correntes, expressas através de matrizes discursivas e operativas, propõem distintas alternativas de modelos assistenciais, e têm se organizado em torno de propostas conhecidas como Atenção Primária à Saúde (APS), Sistemas Locais de Saúde (SILOS), Ação Programática em Saúde e Modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida. Pretender-se-á estabelecer um diálogo entre essas diferentes linhas de pensamento para a identificação da forma de tratamento dado ao problema por cada uma delas. Ao mesmo tempo, procurar-se-á destacar o objeto que as fundamenta enquanto modelos tecnológi-

cos operatórios, uma vez que a concepção de objeto é uma dimensão constitutiva da organização dos processos de trabalho⁷.

II.1 — A tematização da integralidade pelas distintas propostas de modelo tecno-assistencial

II.1.1. Atenção Primária à Saúde (APS): um molde latino-americano para as políticas de saúde do Brasil nos anos 60

No Brasil, as políticas de reorganização setorial na área da saúde, iniciadas principalmente a partir da década de 60, quando já começava a se fortalecer o modelo assistencial privatista, já continham os elementos essenciais para a racionalização do setor que se estenderiam pelas duas décadas seguintes.

A crise específica da saúde vivida no Brasil inseria-se em um contexto nacional que encontrava paralelismo na conjuntura mais geral de subdesenvolvimento da América Latina, expressa também nas políticas setoriais internas de outros países latino-americanos.

Como parte das estratégias de enfrentamento dos problemas geopolíticos latino-americanos surgidos após a 2ª Guerra Mundial, desenvolveram-se, com o apoio de agências internacionais, iniciativas ligadas à formulação de projetos de gestão de políticas setoriais, visando racionalizar a intervenção estatal no sentido de se obter alterações no padrão de estruturação daquelas sociedades em prol do seu desenvolvimento e modernização (MERHY, 1995).

No curso dessa tendência, iniciou-se, na década de 60, a elaboração de uma metodologia de planejamento e programação específica para a saúde em busca de uma maior efetividade para os problemas do setor. Esta metodologia traduziu-se, em 1965, em um modelo que se denominou “Programação em Saúde”, ou método CENDES-OPS, que representou a primeira proposta sistematizada para o planejamento em saúde na

⁷ Como não é o intento aqui resgatar o conteúdo de cada uma dessas matrizes em sua totalidade, para informações mais detalhadas consultar a bibliografia existente a respeito.

ca – totalidade bio-psico-social irreduzível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas (...)” (DONNANGELO, 1976, p. 79).

A ordenação e sistematização desses preceitos fizeram-se por meio de estratégias voltadas para a recomposição da prática médica, e envolveu, de forma consecutiva, a superposição da Medicina Integral, da Medicina Preventiva e, posteriormente, da Medicina Comunitária. As duas primeiras compreendiam que as distorções decorrentes do caráter fragmentário dessa prática localizavam-se na figura do profissional médico e que este, portanto, deveria ser o agente da reforma médica. A reorganização e o aprimoramento da prática médica estariam, assim, na dependência da transformação interna do ato médico individual. Todas elas, porém, constituíram-se em propostas de prestação de serviços, em práticas alternativas à organização dominante da assistência médica, mantendo intocados os problemas essenciais dela decorrentes.

A Medicina Preventiva identificou-se com o movimento da Medicina Integral na crítica à parcialização do trabalho médico e na valorização do indivíduo como um todo, propondo, como já foi anteriormente citado, modificações na prática médica através de mudanças na figura do médico, agente responsável pelo cuidado integral ao paciente. Tendo estruturado o seu campo teórico-conceitual sobre aquela proposta, o movimento preventivista trouxe como inovação à compreensão ecológica das relações entre saúde, doença e multicausalidade dela originário, o conceito de História Natural da Doença como proposta de releitura do conhecimento médico e de organização da sua intervenção (ANDRADE, 1995).

A Medicina Comunitária, desenvolvendo-se na seqüência das duas propostas anteriores, constituiu-se num projeto de reforma médica que, sem introduzir novas referências conceituais, caracterizou-se como uma estratégia de prestação de serviços dirigidos às parcelas da população excluídas do consumo de cuidados médicos. Postulava uma conformação das práticas através da experimentação de modelos assistenciais que as subordinassem à dimensão social do processo saúde-doença, superando a ruptura entre

aspectos orgânicos e psico-sociais, entre ações de saúde pública e de assistência médica e entre a abordagem social e coletiva da assistência à saúde⁸.

Sua compreensão de integralidade, portanto, vai em direção não só à superação das dicotomias mencionadas (visando uma abordagem totalizadora do indivíduo) como à integração e articulação das práticas e das instituições envolvidas na prestação dos serviços de saúde.

“Por essa via dirige-se não apenas para a reformulação do ato médico mas para uma nova articulação do conjunto de agências e práticas que compõem o campo de atenção à saúde. O princípio da medicina integral deve continuar a orientar a prática, mas as estratégias se destacam do ato médico individual e do médico como agente privilegiado de recomposição, para a busca de novos modelos de organização, cujo alvo seja a coletividade” (DONNANGELO & PEREIRA, 1979, p.86).

Essa integração interinstitucional, embora dentro de uma concepção de organização das unidades de saúde nos moldes da regionalização e hierarquização, caracterizou-se, posteriormente, pela externalidade em relação ao hospital, não o incorporando, para a sua realização, ao conjunto articulado das instituições.

A Medicina Comunitária formulou alguns princípios estruturadores das novas propostas de saúde que viriam a ser amplamente recuperadas, de forma aditiva, nas práticas de reordenação do setor saúde no Brasil: a integração das atividades de promoção, prevenção e de cura no mesmo serviço de saúde, a regionalização e a hierarquização das atividades e a ampla utilização de agentes não médicos. Pode-se ver, assim, que esses aspectos estavam intrinsecamente embutidos nas idéias de extensão e de simplificação dos serviços dirigidos às populações carentes e consolidaram a Medicina Comunitária, em escala internacional, como o marco referencial das políticas de extensão da APS, na

⁸ A Medicina Comunitária, surgida nos Estados Unidos na década de 1960, integrou o processo de discussões e reorientação das políticas sociais implementado pelo Estado, face às tensões provocadas pela exclusão das minorias da assistência médica, cujos custos altos eram incompatíveis com a sua capacidade de compra de serviços de saúde. A sua proposta de prestação de serviços difundiu-se para muitos países, especialmente da América Latina, através das agências internacionais – Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. No Brasil, inspirou os Programas de Extensão de Cobertura, instituídos na década de 1970, conforme referido anteriormente no Capítulo I.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978. Desde então, a APS foi adotada como a principal estratégia para se alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A APS constituiu, então, uma estratégia de atenção primária com uma proposta de organização da atenção com recursos mínimos, simplificação tecnológica e estratificação dos níveis de atenção em razão de sua complexidade tecnológica, definidos como primário, secundário e terciário.

Nesse sentido, identificou-se com as correntes tayloristas e fayolistas em função de que, na busca de uma relação otimizada entre meios disponíveis e fins produtivos, pautava-se por uma intensa normatização de procedimentos gerenciais, por uma rígida divisão do trabalho e por uma absoluta centralização nas decisões.

Suas propostas, que inicialmente consideravam as dimensões extra-biológicas para a conceituação de saúde, reduziram-se no que se chamou posteriormente de APS seletiva, que limitou suas estratégias a quatro pontos denominados Ações Básicas de Saúde⁹. Esta proposta, mais simplificada que a versão original, desconsiderou ainda os aspectos de intersetorialidade, que incluía o hospital como parte integrante da rede de serviços.

Dos aspectos anteriormente relacionados, quais podem ser destacados como expressões da idéia de integralidade? Na verdade, a preocupação com este tema aparece como herança dos preceitos dos movimentos de reforma médica anteriores e não de forma clara e particularizada. Suas proposições, em geral pouco organizadas nesse sentido específico, serviriam de base ou matriz para aperfeiçoamentos posteriores, mas podem-se destacar alguns elementos alusivos à questão da integralidade:

- A necessidade de ver o indivíduo em sua totalidade bio-psico-social.
- A procura de uma melhor compreensão do processo saúde-doença através da História Natural da Doença, dando àquele um enfoque menos biologicista.
- Uma concepção de organização de ações ligada à idéia de intersetorialidade, com base em princípios de regionalização, hierarquização e integração de ações, envolvendo, no seu início, a participação do hospital.

⁹ Grow Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breast Feeding, Immunization (TRIANA, 1994).

- Uma perspectiva de organização escalonada do cuidado de modo a provê-lo a todos os contingentes da população, embora às custas de uma fragmentação (até certo ponto previsível) do mesmo.

Pode-se ver que a APS, embora já mostrasse um esforço de abordagem da questão da integralidade através do conceito de intersetorialidade, não trazia ainda uma singularização temática a esse respeito no seu interior. Sua preocupação principal ainda era com a ampliação da cobertura, com ênfase maior para os aspectos quantitativos da atenção aliados a uma concepção muito restrita de atenção primária ambulatorial como porta de entrada para níveis mais complexos. Constituiu uma concepção de organização de sistema imediatamente identificada com o planejamento normativo, que vinculava estreitamente o objeto – no caso, o dano – e os recursos a eles destinados, numa relação máxima de otimização dos mesmos e baseado em uma divisão estática de trabalho que, de certo modo, negava a intersetorialidade. Como já foi dito, ela serviu de molde para políticas de saúde posteriores que, embora distintas, tinham-na como denominador comum, mantendo-se de uma certa forma arraigada em algumas delas, no que reside o seu valor histórico.

II.1.2. Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

Também aqui não é pretensão fazer uma análise crítica do processo de distritalização (modo como posteriormente se denominou o processo de formação dos Sistemas Locais), mas identificar nesta proposta os elementos ligados à questão da integralidade.

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) correspondem ao que no Brasil se denominou Distrito Sanitário. Uma de suas definições reconhece-o como “*unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais, com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde*” (MENDES, 1994, p.188). Observa-se que começa a aparecer com maior clareza a abordagem da questão da integralidade, uma vez que, ainda segundo este mesmo autor,

“entre as suas principais características, destacam-se a resolutividade e o enfoque global do desenvolvimento dos serviços” (MENDES,1994,p.189).

A criação de Distritos de Saúde é vista por muitos como uma via de descentralização do poder administrativo, técnico e político e tem sido assumida pela OPAS como a via para a transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde na América Latina, dentro de um contexto amplo de descentralização e/ou desconcentração do poder estatal (TRIANA,1994).

Conquanto a territorialidade e a hierarquização continuem sendo reafirmadas como os elementos balizadores ou demarcadores do seu desenho organizacional, é importante compreendê-los enquanto um processo social de transformação das práticas sanitárias do SUS, superando, assim, uma concepção meramente topográfica ou burocrática.

A base conceitual dos SILOS é a APS, e o que hoje se questiona é se eles, assim originados (na APS e no planejamento normativo do CENDES-OPS), continuam se atendo a essas origens ou se atualmente são relidos à luz de conceitos mais recentes divulgados pela OPS, de Atenção Primária Ampliada.

Enquanto projeto de redefinição das práticas de saúde, o DS reinstaura uma *“concepção do social centrada na noção de necessidades de saúde (...) conseqüentemente uma concepção de como se articulam medicina e sociedade”* (DONNANGELO & PEREIRA,1976,p.13). Ao invocar os problemas de saúde da população, o DS reforça o caráter coletivo das necessidades e, portanto, sua determinação histórica e social. Nesse sentido, enquanto proposta de modelo assistencial, seu referencial se assenta nos saberes produzidos pela epidemiologia, pelas ciências sociais e pela clínica (MENDES,1994).

É importante salientar como constitutivo da idéia de Distrito Sanitário, na sua dimensão de modelo assistencial, o reconhecimento de uma visão de objeto do trabalho em saúde, do qual derivariam as estruturas e os métodos organizacionais para apreendê-lo e intervir no processo de trabalho por ele gerado, em conformidade com o referencial doutrinário da Reforma Sanitária. Esta congruência entre objeto, métodos e estruturas constitui, como já foi mencionado, o Postulado de Coerência de Mario TESTA¹⁰.

¹⁰ MENDES,E.V.,1994,p.109, e MERHY,E.E.,1995,p.136-7.

Desse modo, a partir da concepção primeira do objeto em saúde iriam se conformando dialeticamente a estrutura e os métodos organizacionais. Entre elas, inscrevem-se a descentralização e a municipalização que, pelo ideário da Reforma Sanitária implicaria num deslocamento do modelo clínico para um modelo sanitário, epidemiologicamente orientado, cujos principais elementos ideológicos seriam: globalidade (em que o sujeito seria visto como uma unidade bio-psico-social dentro de uma realidade histórica); a visão do processo-doença dentro de uma determinação social; equilíbrio entre o conhecimento geral e o especializado nos diversos níveis de atenção e adequação da densidade tecnológica dos mesmos; integralidade da atenção através da recomposição das ações promocionais preventivas, curativas e reabilitadoras, e a hierarquia do cuidado (MENDES, 1994). As duas últimas praticamente condensam as anteriores e serão as priorizadas neste trabalho.

A integralidade da atenção

No interior dos SILOS, a integralidade tem sido vista ora como a unicidade institucional a nível do gerenciamento do sistema ora como a unicidade das ações dentro do processo de trabalho em saúde, isto é, na realidade cotidiana dos serviços, comportaria a integração entre as práticas clínicas e sanitárias.

A aceção integrativa contida no conceito de integralidade teria, portanto, duas expressões: no plano macro, a morfologia dos sistemas reintegraria o conjunto das instituições, sob uma política de saúde única; no plano micro, ou técnico-operacional, ocorreria a integração dos distintos processos de trabalho, buscando uma conciliação das abordagens preventiva e curativa (MENDES, 1994).

Assim, as concepções de integração que aparecem nos textos que abordam a questão deixam transparecer um enfoque funcionalista referente à organização dos serviços ou mesmo à inevitável dualidade prevenção *versus* cura, ao invés de uma integração real na abordagem das práticas, sejam elas voltadas para o indivíduo ou para o coletivo. A integralidade no sentido de envolver conceitos de globalidade, continuidade e eficácia da atenção permanece uma questão ainda pouco elaborada.

CAMPOS (1992) considera a integração sanitária, concebida em termos de integração institucional, como um importante aspecto do discurso racionalizador, uma

vez que este supunha que “*a integração de instituições com políticas distintas fosse não só viável como suficiente para instaurar novos estilos de gestão da coisa pública*”. Para ele, “*integração institucional*” seria uma demonstração da impotência do Estado em alterar os padrões de utilização privada dos serviços de saúde e que, substituindo a “*unificação institucional*”, na verdade protelaria a implantação de comandos únicos de governo, mais suscetíveis ao controle social. A unificação institucional, portanto, ainda é algo distante da gestão pública da saúde por contrariar interesses corporativos, constituindo um desafio mais político que técnico, a despeito da existência dos mecanismos de integração (convênios, planejamento integrado, termos de compromissos), que não tiveram força política suficiente para sustentar essa importante diretriz do SUS. A autonomia dos hospitais universitários é uma demonstração dos limites dos mecanismos de integração e da própria municipalização, já que esta não conseguiu integrar os hospitais universitários ao poder local.

Outros autores fundem os dois conceitos, considerando que a unificação institucional é uma condição indispensável para a unificação dos processos de trabalho (LUZ, 1991).

Vem se tornando consenso que a organização dos processos de trabalho é uma questão estreitamente ligada à noção de integralidade das ações. Entretanto, ainda que sem uma clareza na conceituação de integralidade, a perspectiva adotada pelos teóricos que defendem os SILOS no Brasil ainda é, de forma até contraditória, a de dissociação entre a Clínica e a Epidemiologia, começando pela concepção coletiva do objeto e da instrumentalização das práticas a ele referentes, dentro do Postulado de Coerência.

Assim, nessa vertente, o processo de trabalho em saúde se organiza a partir de um objeto coletivamente construído – o processo saúde-doença em uma dimensão individual e coletiva, e da compreensão de que a assistência à saúde se relaciona às formas como as sociedades dispõem historicamente os elementos que constituem as práticas de produção de serviços de saúde, englobando e caracterizando o objeto de trabalho, as finalidades a que este se destina, os agentes e os meios de trabalho e as relações técnicas e sociais que se estabelecem entre os vários elementos do processo (MENDES, 1994)

Sendo coletivo o objeto das práticas de saúde e se o Distrito Sanitário privilegia as necessidades sociais de saúde, haveria que se recorrer, para a apreensão do

objeto, mais à Epidemiologia que à Clínica. Conseqüentemente, os modelos de organização tecnológica demandariam um trabalho epidemiologicamente orientado para uma atuação coletiva e não para uma atenção dirigida para o cuidado individual, como é o caso da Clínica (MENDES, 1994).

A produção e a distribuição dos meios de trabalho, bem como sua utilização, também são socialmente estabelecidos. Como é a organização social mais ampla que vai determinar as necessidades sociais de uma população, a organização da assistência à saúde nos SILOS deverá também obedecer a essas determinações.

Assim, sendo a determinação macro-social o que vai definir a ordenação da tecnologia do trabalho, interroga-se como poderá ocorrer a transformação das práticas sanitárias com vistas à integralidade da assistência. Não tem ficado claro como as modificações nas relações de trabalho podem relativizar esse determinismo social e imprimir, por exemplo, integralidade às ações.

Para as décadas de 80 a 90, foram necessárias algumas reformulações e atualizações das concepções de SILOS por parte da OPAS, no sentido de conformá-la como proposta não só viável como preferencial para a reorganização da política de saúde pós-Alma Ata. Assim, no que se refere especificamente à problematização deste trabalho, tem-se que:

1. Em relação à regionalização e sua direta implicação com a hierarquização, mantém-se ainda a divisão do sistema por níveis primário, secundário e terciário, buscando-se, porém, minimizar a alta concentração de atendimento nos hospitais. Com isso, pretende-se que o nível primário se responsabilize pelo seu território populacional, resolvendo o problema conforme a sua capacidade tecnológica, e acessando outros níveis de maior complexidade, quando necessário. Como partes indissociáveis dessa proposta, tem-se a interinstitucionalidade e a interdisciplinariedade, o que implica que para atender as demandas da coletividade, ocorra relacionamento entre profissionais (TRIANA, 1994, p. 50).
2. A intersetorialidade abrangeria, entre outras coisas, o conceito de interinstitucionalidade e o de integração entre os diferentes níveis de atenção, de forma que se organizasse, ao invés de unidades isoladas, um conjunto contínuo de serviços envolvendo os três níveis de atenção com mecanismos de referência e contra-

referência garantidos por um bom sistema de informações. Os centros manteriam uma relação de coordenação entre si e não de dependência. Instituir-se-iam também mecanismos de regulação com o sistema privado.

3. Os novos modelos assistenciais dariam grande importância à assistência integral à saúde, incluindo três características fundamentais para a ação integral: universalidade, acesso aos serviços e continuidade da assistência, relacionamento com a intersectorialidade, em que todas as unidades diagnósticas e terapêuticas dos três níveis seriam incorporadas como unidades dos SILOS (TRIANA, 1994).

4. A integralidade também teria a acepção de *“integração de programas e atividades com orientação à pessoa, família, meio, segundo as necessidades da população. A atenção integral teria as características de: acessibilidade, satisfação da demanda espontânea, ações desenvolvidas no local adequado, eficiência e trabalho interdisciplinar”* (TRIANA, 1994, p.54).

Nessa versão, os SILOS reafirmam a APS como seu eixo e sua vocação, mas através de uma releitura que abandonou a versão simplificada das décadas de 70-80 de mera porta de entrada para referência a níveis mais complexos e se articulando enquanto lugar de resolução de problemas que incorpora territorial e funcionalmente o hospital. Esta incorporação se faria mediante a inversão da lógica que instituiu o hospital como base de sustentação do modelo de atenção, dentro de uma perspectiva hospitalocêntrica inerente ao modelo médico hegemônico. Ao inverter a pirâmide do poder sócio-político e medicalizante dos hospitais em relação ao restante do sistema, essa versão de SILOS pretende instituir a concepção ampliada de APS, enquanto uma abordagem multicausal do processo saúde-doença, como a verdadeira ordenadora do sistema.

Essas considerações mais recentes sobre os SILOS, numa perspectiva de APS ampliada e propondo novas relações no interior do sistema são colocados de forma mais explícita, mas ainda generalizantes, atendo-se a mudanças estruturais de ordem administrativa e de recursos humanos, não adentrando de fato nos problemas nem mostrando **como** fazer essas mudanças no interior dos processos de trabalho.

A sua percepção de integralidade pode ser apreendida, porém, não apenas enquanto articulação interinstitucional resultante de reformas administrativas, e sim tam-

bém enquanto articulação das práticas de saúde à totalidade social através da organização tecnológica do trabalho. Ou seja, a coerência estabelecida entre o processo de trabalho através dos seus nexos internos e externos, o objeto e as práticas sociais da realidade mais ampla, não deixa de exprimir uma visão de integralidade da atenção. Contudo, ao se basear apenas no saber epidemiológico, mutila essa realidade e compromete a causa da integralidade.

II.1.3. Ação Programática em Saúde

A tradução específica, no Brasil, do método Programação em Saúde, do CENDES-OPS, foi a experiência vivida na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, de 1967 a 1976, que se inseriu no extenso processo de organização administrativa sofrido pelo aparelho estatal brasileiro após 1964. Suas bases conceituais também remontam às noções de Medicina Comunitária e, em última análise, à APS.

Esta reforma, fazendo jus aos princípios programáticos do CENDES-OPS, ordenou uma dinâmica institucional centrada na intervenção nos danos ligados a alguns grupos considerados vulneráveis (entre eles, o grupo materno-infantil, algumas doenças endêmicas, bem como subprogramas ligados a patologias como a tuberculose e a hanseníase) e se caracterizou pela utilização do Centro de Saúde (CS) como seu instrumento tecnológico principal (MERHY, 1995, p.134).

Pode-se então ordenar os elementos da Ação Programática (AP) da seguinte forma: o objeto como sendo os danos referidos aos grupos citados, definidos a partir de critérios epidemiológicos; os instrumentos, aqueles projetados tecnologicamente pela corrente médico-sanitária, tomando-se o Centro de Saúde como base de sua intervenção; e a região, como aquela abrangida pela área de cobertura do Centro de Saúde. Isto é, a partir de um objeto necessariamente coletivo, a tecnologia operativa, que se lhe relacionava, seria também da mesma natureza, ou seja, uma aplicação tecnológica da ciência epidemiológica, sendo dessa forma específica que se articulava com as outras práticas da realidade social.

A característica mais importante da AP a ser salientada foi a introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde de São Paulo. Assim, a ampliação da assistência médica para grupos populacionais e não apenas para doenças infecio-

sas específicas, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente, deu especificidade ao modelo tecnológico da Ação Programática (NEMES, 1993, p.78-9).

Ao se procurar depreender, em seu discurso, as idéias que podem fazer referências à noção de integralidade/integração e, se possível, sua relação com a hierarquização, tem-se que:

– Em primeiro lugar, uma adesão explícita aos princípios da integração sanitária e da “hierarquia do cuidado”. Através deles procurava não só agenciar a promoção e a proteção da saúde com a recuperação do doente no sentido de suprimir a dualidade prevenção *versus* cura, como também desfazer o isolamento e a independência dos planos “verticalizados” da hanseníase e da tuberculose (SCHRAIBER, 1993, p.21).

– As noções de universalização e equidade da atenção, que fundamentam a hierarquização, ligando-a à questão do acesso aos serviços e expressando em si o princípio de igualdade social, indicam também uma preocupação com a integralidade. Sendo, então, a igualdade o pano de fundo da construção de um modelo hierarquizado e humanizado, ela própria, aliada a uma significância de coletivo, também passou a estar embutida no conceito de integralidade. O acesso, assim, juntamente com a idéia de igualdade social que o fundamenta, passou a ser algo indissociável da atenção integral.

- A capacidade de articulação de vários programas relacionados a uma mesma população e a seus problemas de assistência à saúde-doença emprega uma conotação de integralidade, por corresponder “à *racionalidade organizadora do todo articulado, do centro para a periferia, e vice versa, em toda a estrutura sistêmica única de assistência à saúde-doença*” (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1993, p.45).

Existem alguns aspectos, porém, que expressam claramente uma preocupação com a integralidade:

1. O próprio conceito de tecnologia, no que concerne:

- À conexão existente entre o saber epidemiológico e a técnica na construção dos modelos operatórios tecnológicos, remetendo à idéia de integralidade da existência social que embasa esses saberes.
 - Aos momentos de operacionalização tecnológica propriamente dita, através das suas conexões com o objeto, as conexões internas da própria prática sanitária, e as conexões externas com as práticas sociais mais gerais. Isto é, a idéia de tecnologia como expressão concreta do real na produção do cuidado, a qual se refletirá novamente na ação real, através dos nexos “internos” e “externos”, encerra um sentido integralizador do cuidado.
2. A introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde como um instrumento para obter impactos no coletivo. Assim, ao considerar que aquela, através do deslocamento do ato médico para um compromisso coletivo seria capaz de introduzir modificações na dimensão social dos processos da doença, reconhecem a importância da clínica numa perspectiva de integração entre promoção e proteção à saúde aliada à cura e à reabilitação, aparentemente resolvendo a dualidade entre a prevenção e a cura.
 3. A associação entre a sua dimensão diagnóstica (enquanto técnica de Planejamento) e a sua dimensão de modelo tecnológico que, por ter que responder às determinações sociais externas que a organizaram, ultrapassariam aquele lado eminentemente técnico, politizando-o.

Entretanto, a despeito dessas impressões que se vinculam à idéia de integralidade, de forma subliminar ou explícita, é inegável que toda a estrutura metodológica e operatória da Ação Programática se fundamenta na divergência entre a Medicina e a Epidemiologia, sob o pressuposto da subordinação daquela a esta, a começar pela própria concepção epidemiológica do objeto, ainda que se reconheça a dimensão do sofrimento humano individual como prerrogativa legítima da clínica (GONÇALVES et al., 1993).

Assim, embora o universo ideológico da Ação Programática exprima mensagens de integralidade, esta acaba sendo intrinsecamente marcada por uma contradição, uma vez que pretende superar a divergência entre ações médicas e sanitárias por um enfoque de submissão da Clínica à Epidemiologia, o que inviabiliza a possibilidade e até o reconhecimento de uma integração real.

O que fica patente após a exposição dos modelos anteriores (SILOS e Ação Programática) é que, apesar das suas concepções distintas de modelo assistencial enquanto tecnologias de trabalho, assemelham-se muito, em termos das suas bases epistemológicas, quanto à indisposição para conciliar a Clínica e a Epidemiologia, incluindo-se aí o processo de construção do objeto, geralmente baseado em parâmetros predominantemente epidemiológicos. A concepção de objeto equivale, em última instância, à concepção de perfil das necessidades que cada modelo toma como princípio. Assim, como normalmente essas necessidades são impreterivelmente consideradas como instituídas pelas determinações macro-sociais, o desenvolvimento da tecnologia que lhes sucede estará também inevitavelmente a elas condicionada, segundo essas duas concepções de modelo tecno-assistencial.

A concepção de necessidades continua sendo, então, o gerador da conformação geral do modelo. E o equacionamento entre as necessidades, a produção de serviços e as finalidades, portanto, constituirá o núcleo dos interesses dos processos de trabalho.

Mas de que necessidades se está falando? E das necessidades de quem se está tratando?

Nos dois modelos anteriores, o conceito original de necessidades se fundamenta no pressuposto de que, sendo socialmente determinadas, poderiam ser conformadas “a priori” por um regimento epidemiológico cuja lógica dirigiria, então, toda a morfologia e a mecânica do modelo.

Alguns autores contradizem essa pré-concepção, lembrando que as necessidades não são apenas resultado do modo de produção, mas que com ele estabelece uma ação recíproca. Desse modo, não só a estrutura de produção determina o padrão de consumo, mas as necessidades também condicionam a produção, passando a se constituir em necessidades coletivas e historicamente definidas. Como força social concreta que ordena o processo de produção e a distribuição dos seus produtos, passaria a determinar um novo tipo de consciência sanitária nos indivíduos e nos movimentos sociais (CAMPOS, 1992).

Desse modo, os serviços de saúde deveriam orientar as suas intervenções não apenas a partir das necessidades tecnicamente identificadas pelos saberes clínicos ou epidemiológicos mas, principalmente, a partir das necessidades reais das pessoas, da

consciência sanitária de cada usuário ou de cada grupo em potencial e do reconhecimento da subjetividade que existe não somente nas representações da doença por parte dos usuários como na própria dimensão relacional que existe entre estes e os trabalhadores de saúde.

Trata-se, então, de instituir uma nova forma de apreensão dessas necessidades. Para isto, é necessário que se incorpore ao instrumental tecnológico da atenção em saúde mecanismos “sensores” dessas necessidades, dentre os quais se inscreve a subjetividade na relação trabalhador-usuário, tornando o social, o psíquico e o afetivo partes do acervo tecnológico colocado à disposição do usuário (CAMPOS,1992).

Esse salto de qualidade na saúde não poderá ocorrer em um modelo com ascendência da Epidemiologia em relação a outros saberes. Supremacia epidemiológica não é condizente com o princípio da integralidade da atenção, tão cara ao corpo doutrinário da Reforma Sanitária. Parece pouco provável que a integração de saberes e práticas possa ser concebida sob o prisma do domínio de um sobre o outro, ao invés de se buscar pelo menos uma zona de coexistência e relacionamento. Subordinar saberes à gerência epidemiológica não parece conduzir à uma concepção apropriada e pertinente de integralidade como se esta implicasse em um risco permanente de a prática clínica escapar do controle da Epidemiologia. Além disso, a integralidade não deve se restringir ao aspecto de integração e conciliação entre práticas preventivas e curativas, sob pena de outros aspectos ligados à sua compreensão ficarem ofuscados.

Talvez seja necessária uma atualização da concepção do objeto – não apenas coletivo, mas que inegavelmente o seja –, e uma recomposição dos dois saberes, que historicamente sempre se realinham, pendendo mais para um lado ou para o outro conforme o momento histórico. É possível que novos elementos possam se agregar a ambos no sentido de deslocar a discussão para um ponto mais abrangente, incorporando as suas contribuições, mas transcendendo-as para alcançar um equilíbrio, ainda que sempre provisório e aberto para a incerteza, dando margem à instalação de novos processos.

Esta concepção estrita das necessidades tem sido um dos principais obstáculos para a construção de um modelo tecno-assistencial voltado para a integralidade. Um modelo com essas pretensões precisa redimensionar e flexibilizar a concepção de necessidades para atender de forma integral o seu “objeto”, que é a sua própria razão de

existir, diferentemente das concepções de modelos que selecionam um hemisfério do real para exercer sua intervenção.

II.1.4. O modelo tecno-assistencial “Em defesa da vida”

A idéias que serão expostas agora, como alternativas aos modelos tecno-assistenciais anteriores, são compartilhadas por integrantes do projeto “Em Defesa da Vida”, denominação de um movimento na área da saúde implantado em Campinas desde o início dos anos 80, cujos integrantes participaram ativamente do Movimento Sanitário e da ideação da Reforma Sanitária. Sua concepção de modelo tecno-assistencial envolve o reconhecimento de uma composição entre um conjunto de saberes tecnológicos operatórios e de uma intensa politização das relações de trabalho instrumentalizadoras das práticas de saúde.

“Ao se falar do modelo tecno-assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços a partir de um determinado avanço dos saberes da área, bem como de projetos de instalação de ações sociais específicas (...). Entendendo deste modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial, e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política” (CECÍLIO,1994,p.23).

Diferentemente das concepções anteriores, a medicina e a clínica passam a ser vistas aqui como um instrumento que pode atuar sobre um indivíduo inserido em um complexo integrado de ações, em que a ação individual se articula com as coletivas, mas tomando como ponto de partida a forma como se constrói coletivamente a relação entre o usuário e os serviços, com o que se elimina a possibilidade de uma restrição através de fórmulas de normatização da demanda (CECÍLIO,1994).

Isto significa construir um novo campo de necessidades, dentro do modelo tecno-assistencial, que leva em conta as expressões e manifestações dos usuários, de forma individual e coletiva, da forma como eles as trazem, como um sofrimento concretizado em doença, ou através de suas representações.

Só isso já é suficiente para estabelecer uma linha divisória com os modelos anteriores, uma vez que esta nova concepção de necessidades rompe com o conceito arraigado de objeto construído única e exclusivamente a partir de uma referência coleti-

va, do que deriva uma tecnologia de trabalho estritamente assentada na perspectiva epidemiológica. Isto é, esta formulação de modelo já atinge o âmago da questão do antagonismo entre prevenção e cura e, principalmente, a noção enraizada nos modelos anteriores da supremacia da Epidemiologia sobre a Clínica. Desta forma, ao adotar uma concepção de necessidades não normalizável por esquemas rígidos previamente determinados, mas considerando as necessidades da forma como o(s) usuário(s) a(s) traz(em), inaugura-se um novo registro e um universo tecnológico bem diverso dos anteriores.

Conforme CAMPOS (1991),

“Não são examinadas as limitações, quem sabe, até mesmo a impossibilidade de um ‘diagnóstico epidemiológico’ apontar as ‘legítimas’ necessidades de saúde. Isto porque esta legitimidade é sempre socialmente definida, dependendo da cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada época, e não consta que a Epidemiologia seja capaz de tecnicamente realizar a proeza de definir o que, em última instância, só é definido pela ação individual e coletiva de milhões de sujeitos sociais, pertencentes a diferentes classes e com diversas capacidades de influenciar a composição final deste mosaico, conforme o que é a necessidade concretamente reconhecida em cada situação específica”.

Do ponto de vista da construção da tecnologia do trabalho que atenda o pressuposto acima referido, parte-se da constatação de que o campo da saúde envolve uma múltipla dinâmica institucional, tanto no que se refere às relações entre Estado e sociedade, quanto na configuração das organizações prestadoras de serviços de saúde e, finalmente, na dinâmica do processo de trabalho em saúde no interior do qual se enfrentam múltiplas linhas de força divergentes ou convergentes, representantes de várias ordens de interesses.

Assim, tomando como objeto aquela concepção de necessidades (que não se enquadra especificamente nem em padrões clínicos nem epidemiológicos), o processo de planejamento para a operacionalização tecnológica das práticas toma como matéria-prima a dinâmica institucional do setor, cuja composição de forças e interesses é que determina o desenho dos modos de gerenciamento e de sua expressão tecnológica prática. Assim, é somente com a explicitação dessas diferentes linhas de interesses que se poderá

determinar modos de planejamento, gestão de serviços e construção de modelos tecno-assistenciais de políticas de saúde (MERHY, 1995, p. 145).

O Movimento Em Defesa da Vida, utilizando-se do aporte metodológico da gestão estratégica, reconhece que no campo dos variados interesses da saúde, as possibilidades de afirmação das respectivas linhas de força estão intrinsecamente associadas ao processo de construção das subjetividades. Estas, através de suas formas de expressão, de seus significados e de suas intencionalidades irão atuar não só na capacidade operatória dos projetos de intervenção nesse campo, como também irão definir o conteúdo ético que as rege.

De acordo com MERHY (1995), conseguir colocar no centro do planejamento em saúde esta disputa e esta composição de forças, é também produzir um processo de gestão do trabalho e de política que seja contemporâneo à própria constituição das subjetividades. Donde se conclui que não é um método comandado por um esquema previamente determinado, não se identificando com o Postulado de Coerência ou com o Planejamento Normativo, uma vez que o método é construído pelo próprio processo que os sujeitos em suas historicidades e em interação determinam, ainda que sempre articulados a uma concepção de objeto, já vista aqui como mais ampla.

Nesse universo operatório e, ao mesmo tempo, simbólico, emerge o referencial de vínculo como uma diretriz essencial e ordenadora do sistema. Assim, sustentado pela premissa ética do compromisso com a vida e com a democracia, o vínculo com o usuário, juntamente com as múltiplas conexões internas que estabelecem uma teia de interrelações no interior do sistema, com todos os seus vazios e contradições, é que determinarão uma assistência em saúde mais ou menos integral. Esta idéia será vista mais detidamente adiante.

No que concerne à relação entre a integralidade e a hierarquização, embora não haja uma posição definida enquanto referencial teórico, deve-se lembrar aqui o raciocínio construído por CAMPOS (1994), em que ele propõe “*um borramento*” entre as tradicionais divisões de atenção primária, secundária e terciária. Assim, ao invés da rígida classificação de competências tecnológicas, optar-se-ia por uma maior plasticidade do modelo para o que seria necessária uma expansão da rede básica num processo gradual

de “des-hospitalização” e, naturalmente, uma reorientação das relações internas pelos diversos agentes do sistema.

Continua sendo verdade, portanto, que a concepção de necessidades informa a configuração do modelo de atenção, pois é o equacionamento da relação entre necessidades/produção de serviços e finalidades que deve constituir o núcleo dos interesses das conformações tecnológicas dos processos de trabalho. Contudo, é justamente o alinhamento desta concepção de modelo que considera as necessidades reais das pessoas com a sua disposição em satisfazê-las, mediante a afirmação política das diferentes subjetividades nos cenários de disputa, que determinará a afinidade do sistema com a integralidade.

* *

*

Viu-se até agora como a oposição entre a cura e a prevenção, sob qualquer rótulo em que se inscreva e que, frente à elaboração do conhecimento, tem representado o embate entre a Clínica e a Epidemiologia, está profundamente enraizada nas práticas de saúde do Brasil. Alguns identificam na primeira apenas o seu conteúdo biologicista esotérico, outros enxergam na segunda a possibilidade e a necessidade de uma articulação com a realidade social, uma vez que admite o social como constitutivo da natureza humana e, por conseguinte, do processo saúde-doença. Tais visões aparentemente antinômicas se traduziram em modelos operatórios que, além de conviverem de forma não integrada também não tiveram suficiência para atender às demandas reais das pessoas, do que resultaram intervenções pouco satisfatórias no sentido de atender a essas necessidades.

Tem sido de grande riqueza o reconhecimento da importância da dimensão da subjetividade em todos os processos que dizem respeito ao provimento do cuidado, desde as questões atinentes à compreensão do processo saúde-doença, como também no alcance que tem essa subjetividade na produção de todo o universo de relações simbólicas envolvidas na produção do cuidado e dos seus nexos com a realidade social. Com essa linha de pensamento tem trabalhado alguns estudiosos, notadamente os ligados à última matriz teórica mencionada.

Nessa linha de compreensão, denunciam como o antagonismo radical entre os dois setores tem se mostrado estéril e muito mais de caráter político do que metodológico ou epistemológico. CAMPOS (1991) considera que não só a Epidemiologia e a Clínica estão contidas uma na outra e reciprocamente se fundamentam como acrescenta que “*são as opções políticas diversas que conduzem ao desdobramento de diferentes modelos de organização de assistência à saúde*” e que o objeto é o mesmo, visto sob olhares distintos.

É em parte este reconhecimento da subjetividade baseado em princípios de ética e solidariedade em relação a cada um, mas com uma referência coletiva, que se tentará inserir neste trabalho, enquanto dimensão indissociada de uma concepção de modelo tecno-assistencial que tem na integralidade um de seus pilares. Considera-se que é necessária a reorientação de ambos os saberes para enfrentar desafios que seguramente são socialmente determinados, mas que, simultaneamente à sua expressão coletiva, repercutem também no mundo interno de cada indivíduo, de cada usuário, de cada trabalhador de saúde. Assim, sem uma perspectiva do cuidado baseado na solidariedade e no reconhecimento do outro e de suas necessidades, nem a assistência médica individual nem a sanitária se constituirão em intervenções eficazes para lidar com sujeitos e suas realidades, num projeto comprometido com a defesa da vida.

A disponibilidade para a escuta das necessidades do outro já significa uma nova relação com o objeto sem uma prévia decodificação do mesmo a partir de pré-requisitos biológicos ou epidemiológicos e, sim, no sentido do deslocamento de uma relação assimétrica para uma atitude de recepção e continência do outro. A atitude mental, individual ou institucional de acolhimento ao outro, modifica, portanto, em sua essência, a relação entre o sujeito e o objeto e o que passa a sustentar a organização das formas de trabalho em saúde, ao invés de ser apenas a concepção de objeto, é a própria conformação da relação entre o sujeito e o objeto, idéia que se pretende desenvolver mais adiante.

Assim, a consideração da dimensão da subjetividade perpassa a organização das práticas de saúde não só na concepção primeira das necessidades de saúde, mas, também, no que concerne às suas finalidades – vinculadas a um conteúdo ético e político –, e à própria organização dos processos de trabalho. Desse modo, a subjetividade constrói e organiza a dinâmica institucional em todos os momentos e em todos os níveis do

processo de produção do cuidado, referenciada, em grande parte, naquela relação entre o sujeito e o objeto. Ao se fazer presente em toda a engrenagem da vida institucional, a subjetividade, aqui singularizada pela idéia de vínculo, valoriza um novo conceito de tecnologia, um campo diferenciado de saberes tecnológicos, um novo tipo de nexos nos encadeamentos internos do processo de trabalho. Considera-se aqui que são essas ligações que amalgamam a estrutura geral do processo de trabalho e dos seus produtos finais, expressos sob as diferentes formas de cuidado. A integralidade da atenção exprime a composição final desse tecido de relações que se estabelecem na organização do trabalho e que se manifestam, em parte, na coordenação e na continuidade do cuidado.

Torna-se obrigatória, então, uma aproximação do tema pelo ângulo da molecularidade dos processos de trabalho em saúde, isto é, a integralidade da atenção passa a depender do engendramento e da composição interna das relações de trabalho, uma vez que se compreende que é na intimidade desses processos que se dá o encontro entre as necessidades, as finalidades do trabalho e a produção real do cuidado, expressas na conformação mais geral da tecnologia do trabalho.

Assim, se em certa medida o desejo individual já foi reconhecido como merecedor de interlocução, torna-se importante compreender como isto se traduz em termos de como o cuidado é dispensado pelo sistema público de saúde, com vistas a uma atenção integral, global, contínua e coordenada, tendo como referência uma estrutura hierarquizada de sistema. Em outras palavras, o desafio que subsequente se apresenta é de ordem metodológica, no sentido de se fazer a abordagem da questão da integralidade da atenção com um enfoque centrado no âmbito interno dos processos de trabalho.

II.2 — O estudo da tecnologia em saúde como categoria de análise — conceitos fundamentais

A análise da produção do cuidado contínuo, integral, remete ao estudo dos processos de trabalho nele envolvidos e que constituem tecnologias específicas da área da saúde. Serão utilizadas para isso as contribuições de dois autores que se dedicam a esse temário – Ricardo Bruno Mendes GONÇALVES e Emerson Elias MERHY –, tra-

zendo sucintamente algumas de suas reflexões e procurando-se estabelecer as diferenças entre elas no sentido de buscar uma melhor compreensão para essas questões e de também trazer uma definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados na presente pesquisa.

II.2.1. A organização tecnológica dos processos de trabalho em saúde

O trabalho de GONÇALVES, *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde* (1994) é, no Brasil, um texto clássico para o estudo das tecnologias dos processos de trabalho em saúde, e nele o referido autor emite os conceitos nucleares acerca do tema, tendo constituído uma linha teórica referencial nesse campo.

Conceitualmente, tecnologia significa, para este autor, o conjunto dos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos próprios do trabalho, através dos instrumentos e dos seus agentes, que reciprocamente determinam configurações específicas, conforme os objetivos e as finalidades do mesmo. Ele acrescenta ainda que os instrumentos tecnológicos materiais só adquirem existência concreta enquanto expressam essas relações entre homens e objetos sobre os quais trabalham, cuja adequação é definida pelas relações sociais de produção. A definição final para tecnologia seria então *“o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”* (GONÇALVES, 1994, p.32).

Como vem sendo exposto, a construção e a apreensão do objeto é de fundamental importância na organização tecnológica do trabalho. O autor inicia suas considerações procurando fazer uma caracterização do objeto médico, sendo que para isso recupera o conceito de normatividade de CANGUILHEM, para quem esta transcende os limites do corpo anátomo-fisiológico, comportando desde o início uma significação extra-biológica, traduzida nos “modos de andar a vida”. Para este último, *“o conceito de norma é um conceito original que não se deixa reduzir (...) a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos. Portanto, rigorosamente falando, não há uma ciência biológica do normal. Há uma ciência das situações e condições biológicas chama-*

das 'normais'. *Esta ciência é a fisiologia*" (CANGUILHEM, 1971, p. 176). Este institui ainda o conceito de **normatividade biológica**, através do qual as normas biológicas existem porque a vida exerce uma ação instituinte sobre o ambiente (ao invés de lhe ser apenas submissa), estabelecendo valores não só em relação a ele como em relação ao próprio organismo. Assim,

"Para apreciar o normal e o patológico, é necessário não limitar a vida humana à vida vegetativa (...). O homem, incluindo o homem físico, não se limita ao seu organismo. Uma vez tendo prolongado o seu corpo através de instrumentos, o homem só considera o seu corpo como o meio de todos os possíveis meios de ação. Portanto, para apreciar o que é normal e o patológico para o corpo é necessário olhar além desse mesmo corpo (...). Portanto, só se compreende bem como, nos meio-ambientes próprios ao homem, o mesmo homem se encontra, em diferentes momentos, normal ou anormal, tendo os mesmos órgãos, se se compreende como a vitalidade orgânica se desprende do homem como plasticidade técnica e avidez por dominar o meio-ambiente" (CANGUILHEM, 1971, p. 153).

Tal dimensão extra-científica da norma e do corpo normal deveria ser elaborada e utilizada pela medicina em sua prática concreta. Portanto, recorrer aos "modos de andar a vida" como critérios para a normatividade corresponde à admissão da inclusão, no corpo biológico, de outras ordens de determinações. É essa dimensão extra-biológica do corpo, significando as relações do homem com o seu meio, que comporta a historicidade do mesmo, no plano da sua existência material e social.

Para Gonçalves (1994), entretanto, a clínica limita-se à individualização do normal e do patológico no corpo do homem, ou seja, trata a normatividade como estando inteiramente contida nos limites químicos, físicos e biológicos do corpo humano, desconhecendo sua extensão para o social. Esta noção de normatividade nortearia então toda a concepção de saúde elaborada pela medicina, instrumentalizando tanto social (em relação às suas conexões externas) quanto tecnicamente (no âmbito dos nexos internos) o processo de trabalho médico, porquanto o seu objeto se constitui a partir desta concepção.

Assim, a noção de normatividade biológica estaria inteiramente contida no universo do trabalho médico, ainda que não explicitamente, expressando-se inicialmente

na forma de este encarar o seu objeto. O objeto, na Clínica, não só condensaria os padrões historicamente significativos de normatividade, como passaria a determinar as finalidades do trabalho e o desempenho da mecânica do mesmo através de técnicas materiais e não materiais a que se propõem os trabalhadores da saúde – médicos e não médicos –, que passariam a introjetar no seu imaginário aquela concepção.

Esta concepção de objeto dentro do trabalho médico, supõe, portanto, uma cisão das conexões sociais do homem e desse homem consigo mesmo (GONÇALVES, 1994). O que poderia ser acrescentado é que, em sendo esta afirmação verdadeira, essa cisão operar-se-ia também na relação empático-afetiva do homem com o seu semelhante, ou entre os sujeitos. Essa ruptura passaria a se dar então em um nível mais amplo, extrapolando o limite do conceito de normatividade e se internalizando no imaginário do trabalhador de saúde, o qual cindiria a sua ligação e investimento afetivo-libidinal com o seu objeto de trabalho – o outro que sofre e que também é sujeito, individual ou coletivo (pela observação de Martin BUBER, o “tu” passaria a ser “isso”).

Nesta reflexão a respeito do objeto da medicina, GONÇALVES compartilha idéias com DONNANGELO (1976), quando ela afirma que

“Do centramento da medicina no corpo anátomo-fisiológico e na forma pela qual ele é conceptualizado no interior de um dado campo científico, decorre que o reconhecimento daquelas regularidades cientificamente construídas proporciona também o primeiro referencial para a elaboração dos conceitos de normal e patológico, inseparáveis da referência técnica da medicina sobre o seu objeto. Esse referencial, todavia, não permite dar conta de todas as implicações subjacentes à normalidade ou de todas as determinações que se exercem sobre o corpo. O que implica afirmar, ao mesmo tempo, que o corpo, como objeto da prática médica não se esgota em sua dimensão anátomo-fisiológica”. (DONNANGELO & PEREIRA, 1976, p.23).

A observação feita por esta autora é que o conceito de normatividade de CANGUILHEM ainda se atém a um parâmetro marcadamente biológico e que, embora considere aspectos extra-biológicos para a sua determinação, ainda não agrega suficientemente os elementos sociais necessários à constituição do objeto e da prática médica, de

modo a articulá-los às formas de produção de serviços e à estrutura social, convertendo o corpo anátomo-fisiológico em um corpo socialmente investido.

Entretanto, considera-se aqui que, embora o conceito de “normatividade biológica” daquele autor tenha como referencial o substrato do corpo biológico, sua abordagem extra-biológica é intrínseca àquela concepção e participa de sua gênese. Assim, a composição de ambas as dimensões expressa nos “modos de andar a vida” dispensa a concepção singularizada dessas partes, dificultando ou mesmo anulando a possibilidade de omissão de qualquer uma delas. Nesse sentido, é de se perguntar se seria efetivamente possível à medicina não admitir os aspectos não puramente biológicos do seu objeto, sem que isso se desse apenas no plano da manipulação artificiosa e tendenciosa do seu caráter histórico.

Além disso, observa-se que a cisão anteriormente mencionada entre o indivíduo e sua historicidade não é prerrogativa da Clínica nem é uma decorrência obrigatória desta. Pode-se falar que a Epidemiologia opera outra forma de cisão, pois, ao privilegiar, com o seu conjunto de saberes, os aspectos sócio-econômicos estruturais para a articulação do homem com o social, desconhece ou minimiza a dimensão de subjetividade necessária para a apreensão do objeto e para o investimento que nele se pode fazer.

A alteridade em relação ao objeto, então, ao invés de ser uma condição exclusiva da medicina, o é também – e talvez até muito mais – por parte da Epidemiologia, que passa a desqualificar outros atributos desse objeto contidos em uma dimensão, que talvez possa ser chamada de “extra-epidemiológica”. A desqualificação desses atributos no plano do objeto coincide e é simultânea com a desqualificação dos mesmos no plano do sujeito, uma vez que, sendo a subjetividade uma qualidade inerente à condição humana e, portanto, às dimensões do sujeito e do objeto, sua desconsideração por parte de uma delas denuncia a existência do mesmo fenômeno na outra. A desqualificação ou omissão da subjetividade passa a ser, então, um fator limitante à compreensão do objeto por parte do sujeito, diminuindo assim as possibilidades de relação ou encontro entre ambos¹¹.

¹¹ Isto está de acordo com a afirmação de BUBER a respeito do objeto: “Objeto não é duração, mas estagnação, parada, interrupção, enrijecimento, desvinculação, ausência de relação, ausência de presença” (BUBER, p.14).

O que caracteriza a abordagem metodológica do estudo do processo de trabalho em GONÇALVES é o condicionamento da concepção do objeto e dos processos de trabalho às determinações sócio-econômicas mais amplas. Para ele, é justamente quando essas determinações externas se interiorizam no objeto e passam a constituí-lo que ocorre a sua apreensão (GONÇALVES,1994,p.61).

A retórica de GONÇALVES, portanto, é também a da superação da antinomia prevenção *versus* cura, da recomposição entre o saber clínico e epidemiológico mas sempre sob a perspectiva da gerência da Epidemiologia sobre a Clínica, através do controle do tipo eficiência e eficácia que determinam os parâmetros organizacionais daquela, numa dimensão coletiva. É a esta subordinação da Clínica que este autor, bem como MENDES e SCHRAIBER, chamaram de integração sanitária, a qual se reconheceu como limitada devido a uma impossibilidade política no nível mais geral da articulação das políticas de saúde, em que a legitimação social da Clínica é um dado de realidade. (GONÇALVES,1994).

Este autor considera ainda que a ligação necessária entre as visões do objeto e da prática, o “elemento teórico unificador” seria o conceito de tecnologia como *“significante dos nexos (...) estabelecidos entre os elementos objeto do trabalho, instrumentos do trabalho e atividades do trabalho de uma certa prática no seu âmbito interno e, simultaneamente, em função das articulações sociais que a determinam”* (GONÇALVES,1994, p.85).

Assim, para ele, a tecnologia tem o estatuto e a legitimação do real, no sentido de que materializa tanto as determinações do social como as abstrações que embasam os saberes. A tecnologia, como expressão de aproximação do objeto, seria a tradução do real concreto onde verdadeiramente se dão as práticas sociais, a dimensão factível da elaboração intelectual e que no seu exercício é tanto instituída como instituinte de novos processos de apreensão do objeto e das possibilidades de intervenção no processo de trabalho (GONÇALVES,1994).

As idéias compartilhadas por MENDES, SCHRAIBER e GONÇALVES denotam uma identificação desses autores com uma linha de pensamento dominante dentro da Saúde Coletiva que chega a constituir um referencial teórico da tecnologia do

trabalho na área da saúde. Tais idéias podem ser condensadas em alguns pontos básicos diretamente concernentes a este trabalho:

- a. Uma formulação teórica e organizativa de modelo tecno-assistencial que subordina o saber clínico ao saber epidemiológico a título de integração sanitária.
- b. Uma concepção de objeto eminentemente coletivo e de perfil de necessidades não só inspirados por este saber epidemiológico como altamente condicionados pelas determinações do modo de produção capitalista hegemônico. Em consequência disso, o binômio produção/consumo de serviços de saúde, engendrará uma organização tecnológica do processo de trabalho também limitada àquelas determinações.
- c. Seguindo essa linha teórica, os modelos operatórios tecnológicos de saúde são a tradução de um encadeamento mecanicista de eventos que envolvem o objeto (coletivamente construído), as estruturas e os métodos organizacionais, dentro do que é conhecido como postulado de coerência.

Balanço provisório

O tema da integralidade das ações de saúde tem suscitado até agora algumas reflexões que também podem ser sistematizadas em alguns pontos:

- Vem sendo cercada e balizada por um tipo de construção epistemológica que demarca a Epidemiologia e a Clínica como campos de saber e de intervenção divergentes e muitas vezes excludentes entre si.
- Ambos os campos do conhecimento vêm operando a partir de uma concepção de perfil de necessidades específica e pré-determinada, delimitando e recortando territórios internos no objeto e, assim, atendendo somente de forma parcial suas necessidades, falhando, portanto, no que se refere à produção de uma atenção integral.
- Vem ocorrendo um reconhecimento entre os teóricos formuladores de políticas de que a questão da integralidade está diretamente ligada a essas concepções de necessidades e dos processos de trabalho por elas desencadeadas e, portanto, a uma visão de modelo tecno-assistencial. Alguns autores, como MENDES, SCHRAIBER e GONÇALVES condicionam todo o processo às determinações sócio-econômicas externas aos indivíduos, às quais se articula através dos nexos tecnológicos. Outros admitem a

necessidade de incorporação de outras dimensões, como a da subjetividade, como questões a serem consideradas em todo o processo de produção do cuidado, a começar pela própria concepção do perfil de necessidades.

- Vem se tornando consenso que qualquer que seja o modelo tecno-assistencial em questão a dualidade entre prevenção e cura é permeada e reforçada por uma intensa politização das questões de saúde, envolvendo uma gama de interesses que transcendem os aspectos meramente epistemológicos.

Entende-se aqui que as visões antinômicas podem e devem ser compreendidas numa perspectiva dialética, numa busca de unidade de contrários, em que a afirmação de uma não implique na anulação da outra, isto é, o conhecimento do processo em uma dimensão coletiva não redunde numa negação da abordagem individual. A expressão dessa contradição no processo tecnológico ou conduzirá a uma tendência alternante de predomínio de um desses contrários ou, talvez, enseje um novo caminho que os componha, que os reconcilie, para o que talvez seja necessário um redimensionamento do objeto ou até mesmo da própria relação sujeito-objeto.

A teoria de GONÇALVES trouxe até aqui alguns elementos importantes para a compreensão da tecnologia dos processos de trabalho. No que diz respeito especificamente à integralidade da atenção confrontada com a hierarquização serão necessários, entretanto, instrumentais adicionais que permitam um aprofundamento e um refinamento, do ponto de vista metodológico, no sentido de apreender com maior clareza essa questão.

II.2.2. A micropolítica do trabalho vivo

A mais recente contribuição na produção científica sobre a tecnologia do processo de trabalho são os estudos de Emerson Elias MERHY, contidos no livro **Agir em saúde: um desafio para o público**¹², nos quais ele introduz a idéia da micropolítica do trabalho vivo em ato. A sua análise amplia a compreensão acerca das questões que vêm sendo tratadas no presente trabalho, ao mesmo tempo em que preenche lacunas dei-

¹² MERHY, E.E.: "Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde", e MERHY, E.E. et al. "Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos". In: MERHY, E.E., 1997.

xadas pelas abordagens metodológicas anteriores, identificadas com o legado da linha racionalizadora que tem orientado a organização das práticas sanitárias no Brasil. Neste trabalho, embora o autor considere a realidade da internalização das determinações gerais da sociedade no objeto e na conformação das práticas de saúde, aponta para a possibilidade de transformação dos mesmos a partir da intimidade do próprio processo de trabalho, além de propor os recursos metodológicos necessários para a análise do mesmo¹³. Será feita, a seguir, uma tentativa de estabelecer uma relação entre a sua teoria sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato e as ferramentas metodológicas que propõe para a sua análise, e a integralidade da atenção em um sistema hierarquizado. Aproveitando de empréstimo as suas considerações, elege-se como ponto relevante dessa discussão o reconhecimento da necessidade de reconcepção do objeto em saúde, ou melhor, da reconstrução da relação entre o sujeito e o objeto, da qual a idéia de vínculo é inseparável, como se verá adiante.

O ponto de partida de suas considerações é a necessidade de construção de uma ética pactuada entre os trabalhadores de saúde com a vida individual e coletiva – num projeto em defesa da vida, com vistas à consolidação de uma relação mais solidária entre trabalhadores e usuários, e entre os próprios trabalhadores para a construção de um trabalho coletivo.

Assim, a cumplicidade com o usuário significa a construção de um elo que talvez represente o mais importante atributo de qualidade de um modelo assistencial, anterior ao seu aparato instrumental e que se inclui, com a necessidade de conscientização que envolve, no conjunto dos saberes necessários para concretizar a experiência do trabalho. Institui-se, assim, a idéia de vínculo como constitutiva do acervo tecnológico do trabalho em saúde. É dessa noção de vínculo, como já foi referido anteriormente, que se procurará recuperar no processo de trabalho em saúde a marca da integralidade.

A construção de um imaginário coletivo, imbuído de um conteúdo ético dirigido para o vínculo e para a solidariedade, já seria o suficiente para se apreender o objeto de uma forma diferente. A linha adotada neste trabalho é que o objeto, sintetizan-

¹³ Não é pretensão reproduzir aqui o pensamento deste autor em toda a sua riqueza e complexidade; para tanto é recomendável ao leitor interessado remeter-se aos textos originais.

do as necessidades de saúde individuais e coletivas, sofre uma inflexão para se recolocar **no outro**, no cuidado dispensado ao **outro**. E essa mudança de olhar e de sentir faz-se necessária não apenas na saúde mas em todas as instâncias relacionais do mundo contemporâneo, todavia, na saúde, adquire importância crucial, inequívoca e estratégica. A solidariedade não se realizará enquanto alteridade em relação ao outro não-eu, numa atitude de concebê-lo como uma referência totalmente externa a si mesmo, numa relação de obrigação meramente profissional ou “doação” distanciada. O outro não é o não-eu, mas, ao contrário, o eu e o outro se contêm mutuamente. A solidariedade começa a ocorrer quando se enxerga e se reconhece no outro uma parte de si mesmo, com todo o conteúdo de humanidade que isto evoca. O “objeto” é o outro. Mas o outro não está totalmente fora de meu ser. Conforme o pensamento de BUBER, o eu não constitui uma realidade em si, mas é relacional: *“não há EU em si, mas apenas o EU da palavra princípio EU-TU e o EU da palavra princípio EU-ISSO”*. Ou ainda: *“O EU se realiza na relação com o TU; é tornando EU que digo TU (...). Toda vida atual é encontro”*. Desse modo, o outro não é sempre passível de descrição, experiência ou utilização. Não é objeto. O outro também sou eu, e, universalmente, nós.

Assim, o objeto da saúde pode ser visto também como um binômio sujeito-objeto mutuamente transformante, uma vez que o processo de reconcepção do objeto implica necessariamente na reconstrução da sua relação com o sujeito. Isto não quer dizer, entretanto, que a relação deixe de ser dual; ela o é necessariamente. Assim, a dualidade está sempre presente, sem o que não haveria relação¹⁴.

Enquanto GONÇALVES constrói uma metodologia de investigação do processo de trabalho baseado no determinismo social sobre a tríade objeto/meios/finalidades, fazendo com que as relações de trabalho e o aparato institucional cristalizem-se e passem a comandar o processo de trabalho, constituindo o que MERHY

¹⁴ A consideração da continência mútua entre o eu e o objeto não implica em que um se absorva no outro, numa mutualidade absoluta. Aliás, o próprio BUBER chama a atenção para o fato de que existem diversas relações *EU-TU* que, para manter sua característica própria, não podem realizar-se na plena mutualidade, como ocorre com a relação terapêutica. *“Todo vínculo EU-TU, no seio de uma relação, que se especifica como uma ação com finalidade exercida por um lado sobre o outro, existe em virtude de uma mutualidade que não pode ser total”* (BUBER, p.152).

chama de “trabalho morto”¹⁵, este autor, sem ignorar as determinações externas “mola-res” do processo de trabalho, acrescenta a idéia de subjetividade, que emana como uma substância “viva” do interior das relações de trabalho – por ele denominada de “subjeti-vidade em produção”¹⁶ – e que permite redirecionar e projetar o *modus operandi* para outros panoramas e com outros formatos.

É esta “subjetividade em produção”, (que equivale ao que BUBER chama “*totalidade atuante*”) portanto, que define e delinea a existência do trabalho vivo em ato, ao extravasar-se do instituído como uma substância viva, energética, desejante, política, existencial e espiritual que o trabalho morto não consegue esmagar. De sua posse, os sujeitos são portadores potenciais do movimento de transformação dentro dos processos de trabalho.

Do ponto de vista metodológico, é possível apreender e compreender o exercício da “subjetividade em produção” (ou, em outras palavras, do trabalho vivo em ato) reconhecendo-a no campo de disputa de múltiplos interesses, para o que MERHY formula a idéia de “espaço de *interseções*”¹⁷ como ferramenta analisadora dos processos de trabalho. Estes espaços *interseções* seriam, então, o(s) campo(s) onde se cruzariam as relações de múltiplos agentes, representantes de diferentes interesses ou “linhas de força”, hegemônicas ou não, e que lutam para se expressar e ganhar força instituinte. É, pois, o espaço em que o processo de inter-relação de sujeitos (*interseções*/instituidores) produz o que ele chama de tecnologias “leves” ou tecnologias “de relações”, que se traduzem na produção de vínculo, acolhimento, autonomização, que determinam e modificam a qualidade do cuidado dispensado. São, então, as tecnologias que se configuram em processos de intervenção em ato, como encontros de subjetividades presentes no proces-

¹⁵ “Trabalho morto” é um conceito utilizado por MERHY para se referir às composições do trabalho que se relacionam aos processos instituídos e estruturados, como por exemplo os saberes estruturados, as normas, os equipamentos e os procedimentos técnicos. MERHY, E.E., 1997, p. 109.

¹⁶ Esta é uma expressão utilizada por MERHY em ensaios preliminares à versão definitiva do texto que resultou no livro *Agir em Saúde: Um desafio para o público* (1997).

¹⁷ O termo “*interseção*” aqui utilizado tem o mesmo sentido empregado por MERHY, e deriva da palavra “*interseção*”, encerrando um significado não de intervenção (como ocorre com o termo “*intercessor*”, relativo a “*intercessão*”), e sim de relação entre sujeitos em processo.

so de trabalho em constante interação e que integram a micropolítica do trabalho vivo em ato¹⁸.

O espaço *interseçor* formado entre o trabalhador e o usuário é, então, o lugar que torna factível o trabalho vivo em ato, de modo a atender e a gerir o jogo de necessidades/satisfação de necessidades que se define no interior de um processo sempre em estruturação, como é o caso do trabalho em saúde. Nesse sentido, a interseção formada entre o produtor e o consumidor pode ser comparada a uma reação alquímica em que a combinação dos seus componentes não se expressa através de uma simples somatória de partes, mas de um produto sempre novo e aberto para o inusitado, com a potencialidade de fugir do estritamente conhecido e instituído.

Assim, o trabalho vivo em ato, com sua natureza *interseçora* de ser, atuando através de formas tecnológicas leves, é um tipo de força que opera em processo e em relações, e que se expressa no plano de uma produção concreta, seja no que concerne à gestão de processos institucionais, seja no que concerne à produção de bens, simbólicos ou concretos (MERHY, 1997a, p.98-101). Ou seja, a despeito de sua natureza abstrata, desempenha uma ação operatória concreta sobre a realidade no que diz respeito aos produtos do trabalho. Não serão privilegiados, na presente pesquisa, os aspectos relacionados à gestão institucional dos processos de trabalho, e sim aqueles ligados à produção do cuidado propriamente dito.

Sendo o “espaço *interseçor*” um lugar eminentemente relacional, e absolutamente não consensual, portador de diferentes lógicas e interesses nem sempre evidentes, dele emergirão conflitos, contradições, “estranhamentos” ou “ruídos”, que podem permitir o desvelamento das diferentes forças instituintes e do processo *interseçor* que se encontra em atuação¹⁹.

¹⁸ O referido autor acrescenta ainda os conceitos de tecnologias “duras” (referindo-se aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) e “leves-duras”, que correspondem aos saberes estruturados (MERHY, 1997a, p.121).

¹⁹ Essa concepção de “ruídos” está baseada nas idéias de MERHY(1997a), em que ele afirma que o cotidiano institucional expressa-se em uma dupla dimensão ou “dobra”, na qual está presente, de um lado, o mundo das significações, dos aspectos explícitos da contratualidade dos agentes institucionais coletivos, das identidades e dos papéis conhecidos e visíveis. Esta dimensão é continuamente invadida ou “atravessada” pelo seu outro lado – o mundo dos sentidos e dos “sem sentidos” – que contém as intencionalidades

Esses “estranhamentos” não devem ser confundidos com dispositivos que apenas revelam falhas corrigíveis como meras distorções estruturadas no cotidiano institucional, subordinadas, assim, a uma lógica institucional sistêmica. Os “ruídos” estão sendo considerados, aqui, como elementos interrogadores e analisadores da dinâmica micropolítica do trabalho, que viabilizam agenciamentos de novos processos no campo da subjetividade existente no âmbito da atuação dos “auto-governos” do trabalho vivo em ato. Permitem, então, não só o questionamento do modelo de atenção quanto às suas formas de operar, como também a invenção e a instituição de novos sentidos para o processo de trabalho, de modo que através dele possam produzir alterações significativas no modo de se prestar assistência em saúde.

Assim, a micropolítica do trabalho vivo no cotidiano institucional, exercido como múltiplos processos de subjetividades em interação recíproca e constante e fundamentada na qualidade ética do vínculo e da solidariedade com o usuário, através desses elementos interrogadores, não só potencialmente pode comandar os processos tecnológicos, como também gerar novas tecnologias e redefinir a dinâmica e os limites do próprio espaço *interseçor*.

Torna-se então insuficiente abordar a questão da integralidade das ações de saúde a partir de um conjunto de mecanismos de coordenação entre os diferentes níveis tecnológicos do tipo bem estruturados (como os indicadores, coeficientes ou marcadores institucionais) que caracterizam a visão sistêmico-funcional. A utilização do aporte teórico da micropolítica do trabalho vivo em ato que se expressa através das tecnologias “leves”, permite que se penetre na intimidade dos processos de trabalho no cotidiano institucional, propiciando assim uma melhor compreensão a respeito de como e por quê ocorre – ou não – o provimento de ações integrais em saúde.

ocultas das diversas subjetividades em ação, bem como das relações que mantêm entre si. Tais conteúdos, ainda que escondidos ou dissimulados, são intensamente atuantes e geram processos ruidosos que se fazem presentes de modo não funcional, causando “estranhamentos” no cotidiano. Estes “estranhamentos” ou “ruídos”, ao permitirem o acesso aos sentidos ocultos dos espaços de relação, no cotidiano das instituições (justamente por serem sua expressão), podem ser utilizados como dispositivos que, a partir da informação, expõem os espaços *interseçores*, as distintas linhas de força existentes no seu interior e os processos micropolíticos através dos quais estas atuam.

Os espaços *interseções* como alvo da abordagem instrumental

Um momento fundamental do processo micropolítico de trabalho é o encontro entre o trabalhador e o usuário, que, em última instância, é um encontro onde se interpõem as necessidades do usuário (através de sua representação de “problema”) e as expectativas do trabalhador. Este espaço de interseção entre as duas partes sofre o cruzamento de várias linhas de forças instituintes cuja resultante se dará no sentido de respeitar e acolher – ou não – o que é considerado necessidade pelo usuário (MERHY,1997a,p.90).

Esta etapa é de importância central no processo de trabalho, pois a apreciação ou interpretação das necessidades do usuário feitas nesse momento pelo trabalhador (personificando uma parte do sistema de saúde com o seu “auto-governo”) equivale a um julgamento e uma concepção de objeto. Já nesse momento é possível se avaliar o grau de aproximação e envolvimento entre o “sujeito” e o “objeto” e as conseqüências que isso vai gerar em termos de opções tecnológicas. Pode-se dizer que esse encontro relacional já demarca um posicionamento estratégico do sujeito perante o objeto, e a seqüência de posições daí decorrentes dependerá grandemente do modelo de atenção e dos princípios éticos que o regem.

Numa relação meramente objetual, em que se estabelece claramente uma assimetria entre o sujeito e o objeto, o trabalhador tem uma tendência a desconsiderar o outro como interlocutor das suas próprias necessidades de saúde; nesse caso, o auto-governo do trabalhador submete a expressão do usuário ao seu próprio filtro, criando-se, assim, o que pode se chamar de interseção “objetal”, não compartilhada, como tem acontecido com freqüência no cotidiano das instituições.

A Clínica e a Epidemiologia, enquanto conjunto de saberes tecnológicos interpretadores de necessidades, não têm logrado dispor todos os recursos que assimilem as necessidades dos usuários, tendo ambas se transformado em rígidas construções burocráticas enquadradoras de clientelas, subestimando a si próprias quanto às suas capacidades de compreender as necessidades do usuário, comumente “objetalizadas”. Procura-se ver, então, o objeto como o sofrimento do outro, da forma como ele o sente, com toda a

dimensão da subjetividade incluída na sua forma própria de sofrer. Transcende, portanto, o objeto da Clínica e da Epidemiologia, sem, contudo, negá-los.

Nesse encontro de interesses e expectativas que se constrói num espaço relacional dito “espaço *interseçor*”, estabelece-se um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, em que os interesses divergentes ou confluentes expressam-se em diferentes formatos de necessidades e de satisfações. O espaço *interseçor* implica, portanto, uma negociação em ato do encontro de necessidades, e assim afigura-se como um espaço relacional para a escuta dos problemas, troca de informações, tomada de decisões e possibilidades de intervenção pertinentes e/ou eficazes – ou não (MERHY,1997a,p.88). Como um lugar de vozes e escutas, revela no interior do processo de trabalho, o encontro como presença entre dois instituintes face a face, cabendo aqui a noção de encontro de sujeitos, embora na prática funcione mesmo muitas vezes como uma relação sujeito-objeto.

É, portanto, na forma como se instituem os espaços *interseçores* (que no fundo representa o reconhecimento e a interpretação das necessidades com vistas a uma dada intervenção para a sua satisfação), que se explicita a relação sujeito-objeto em um modelo tecno-assistencial.

Por outro lado, o reconhecimento e a incorporação das necessidades do objeto-“outro” se realiza com a percepção dos aspectos psíquicos e subjetivos que constituem a representação do problema ou da necessidade, assim como, também, com a própria subjetividade envolvida na relação entre as partes. E em verdade esses aspectos imateriais da necessidade não são prerrogativas apenas dos usuários-“objetos”, mas são intrínsecos também aos trabalhadores-sujeitos que as julgam.

Desse modo, o processo de trabalho em saúde envolve não só uma produção material de bens concretos como também uma relação simbólica entre sujeitos. Isto implica uma análise do processo de trabalho dentro do campo da subjetividade e das relações inter-humanas, incluindo, como possibilidade de atuação/intervenção nos espaços *interseçores*, o uso de tecnologias “leves”, que se concretizam com a produção de produtos simbólicos, entre os quais o vínculo se afirma estrategicamente como diretriz tecnológica. É dessa concepção de vínculo como constitutivo do patrimônio tecnológico que

se procurará instituir um componente analisador no processo de trabalho sob a marca da integralidade almejada.

Se o espaço *interseçor* é relacional e simbólico por excelência, e contido no jogo produção/consumo/satisfação de necessidades, pode-se dizer que tais necessidades não se restringem apenas àquelas dos usuários, mas inclui as necessidades dos trabalhadores também. Como envolve uma multiplicidade de forças instituintes, em interação ou divergência, o objeto não é apenas o usuário (embora o seja prioritariamente), mas todos os sujeitos cujas linhas de subjetividade se cruzam, num jogo de expectativas mútuas e múltiplas. Cria-se, assim, uma grande variedade de círculos *interseçores*, que atuam simultânea e dialeticamente, onde outros binômios, além do trabalhador/usuário, por exemplo, trabalhador/trabalhador, instituição/trabalhador, instituição/instituição cumprem-se como sujeitos e objetos uns dos outros ou, idealmente, sujeitos entre si. Isto pode ficar evidente em um modelo ordenado pela hierarquização, em que as sucessivas instâncias percorridas configuram espaços *interseçores* bem complexos e distintos.

O espaço *interseçor* constitui então o espaço onde se revela a disputa das diferentes forças instituintes e como se exprime o modo como o instituído as incorpora ou exerce uma ação moduladora sobre elas²⁰.

Outra característica do trabalho vivo em ato é que ele só adquire estatuto de real na ação, no seu momento “aqui e agora” de estar acontecendo durante a inter-relação de sujeitos, pois tem uma natureza eminentemente situacional, sendo único e singular em cada instante, para cada relação (MERHY, 1997a).

Desse modo, o encontro que se estabelece entre dois sujeitos, portanto, só existe para os dois em ato, ambos se colocando como instituintes, portadores de suas respectivas necessidades e respostas, mas nunca fora deles. Desse modo, as tecnologias de

²⁰ Isto remete à questão de que em todo processo de trabalho há sempre uma parte do trabalho vivo cristalizado como trabalho morto, sendo este considerado qualquer composição do processo de trabalho que tenha ação prescritiva. Assim, este autor considera o trabalho morto não só o universo tecnológico dos equipamentos, mas também os saberes normatizados e mesmo as necessidades socialmente determinadas (MERHY, 1997). Em última instância, o próprio modelo technoassistencial, em sua ação prescritiva sobre o processo de trabalho passa a ser a representação máxima do que se chama de trabalho morto, se for considerado, conforme GONÇALVES, como a encarnação das forças sociais instituídas do modo de produção capitalista. Desse modo, a forma como são instituídas socialmente as necessidades ou a rigidez como é feito o reconhecimento e a interpretação das mesmas dentro do jogo produção/consumo/satisfação, pode redundar numa variável captura de trabalho vivo pelo morto.

relações que produzem e medeiam os processos *interseçores*, não só podem gerar novas tecnologias como, na sua ação essencialmente situacional, podem constituir o próprio processo terapêutico, além de determinarem sua eficácia (MERHY,1997a). Assim, a relação pressupõe “presentificação”, no sentido de um sujeito estar presente para o outro, disponível para ele, ou mesmo desterritorializado para, com ele, entrar em relação em ato. Desterritorializar-se é então condição para entrar em relação, para estar disponível para a “presentificação” ao outro e dele também receber sua presença. Desterritorializar-se, portanto, é prerrogativa para amar. E amar, por sua vez, é indispensável para o bem cuidar. “*O amor é responsabilidade de um EU para com um TU*”, sendo ambos, no face a face, exclusivos um para o outro. E essa exclusividade surge sempre de um modo em que o EU pode “*agir, ajudar, curar, educar, elevar, salvar*” (BUBER,p.17).

Como já foi dito antes, as necessidades requerem reconhecimento para o seu atendimento e a assimetria nas relações dessas forças instituintes interfere nesse reconhecimento. Assim, numa relação “objetal”, ainda que o espaço *interseçor* pressuponha um mínimo de compartilhamento, pode ocorrer o abafamento de alguns dessas linhas de forças que, impedidas de exercer suas ações instituintes, passam a gerar “ruídos” no seu interior. Esses “ruídos” ou contradições ou quebras funcionam como dispositivos reveladores ou interrogadores dessas falhas dos processos instituintes que buscam interlocução para os seus projetos, numa relação de permanente conflito e negociação. Ou seja, são elementos que interrogam os processos já instituídos, forjando a instituição de outras lógicas dentro desses processos. Portanto, numa relação “objetalizada”, o outro-objeto, ao não encontrar sua expressão instituinte, não se elide do espaço *interseçor*, mas passa a agir ocultamente em busca de sua instituição. Num contexto em que a relação objetal se exprime em plenitude, como é o caso do modelo médico hegemônico, a finalidade do trabalho será a produção de procedimentos impostos ao usuário sem um processo de escuta adequado. O usuário, assim objetalizado, procurará outras formas de exercer sua expressão instituinte, por exemplo, na busca de outros serviços com a expectativa de ser escutado e atendido.

O espaço *interseçor* se substancia então como o lugar onde se processa molecularmente a dinâmica do modelo de atenção expressa através da micropolítica do processo de trabalho em sua intimidade: sendo o espaço do encontro entre o trabalhador e

o usuário, é o espaço de encontro da necessidade e das formas tecnológicas de satisfazê-la. É, pois, o lugar do julgamento e da interpretação da necessidade, ou seja, da própria concepção do objeto pelo sujeito e da ligação que se estabelece entre ambos. É onde as subjetividades em produção, mediante um emaranhado de relações, expressões das tecnologias “leves”, traduzem-se no trabalho vivo em ato, que, com seu potencial interrogador, pode transformar a lógica do processo de trabalho.

O espaço *interseçor*, sendo também um lugar concreto e simbólico do face-a-face sujeito-objeto, pode reedificar a relação eu-outro, já que é para essa direção que a relação sujeito-objeto precisa ser deslocada, relativizando aquela dualidade epistemológica. O sujeito e o objeto, convertidos em eu e o outro, são então faces de um mesmo processo, podendo reciprocamente se transformar, reconciliando-se e recuperando sua identidade ontológica essencial.

Já foi mencionado anteriormente que a preponderância do ideário neoliberal no cotidiano das instituições, com a supervalorização dos procedimentos técnicos, a verificação da elevada autonomia entre os trabalhadores da saúde que privatizam seu espaço de atuação, aliada a uma baixa integração interinstitucional (na qual a hierarquização pode ter a sua parcela de responsabilidade), geraram uma tal fragmentação do processo de trabalho de modo a não ser possível vislumbrar-se o resultado final do cuidado. Isto promoveu um distanciamento cada vez maior do modelo em relação ao seu objeto, uma polarização cada vez mais acentuada entre sujeito e objeto, numa relação cada vez menos compartilhada e mais “objetal”, em que o objeto de trabalho se tornou algo apenas “experienciável” e cada vez mais inacessível ao sujeito. Com isso, ocorreu uma parcialização, uma multiplicação e um desfiguramento cada vez maior do objeto, e, conseqüentemente, do próprio cuidado, o que se reflete em descompromisso, desresponsabilização e alienação dos trabalhadores de saúde em relação ao produto de seu trabalho. *“Mas o ISSO desvinculado das instituições é um Golem e o EU separado dos sentimentos é uma alma-pássaro (Seelenvogel) que volita. Ambos desconhecem o homem: aquelas, somente um exemplar: estes, somente um objeto; nenhuma conhece a pessoa, a comunidade. Ambos desconhecem a presença (...). Ambos não tem acesso à vida atual. As instituições não geram a vida pública, os sentimentos não criam a vida pessoal”* (BUBER, p.51-2).

A cumplicidade com o usuário depende grandemente, portanto, de vínculo, e este pressupõe uma atitude mental de identificação do sujeito com o objeto, um novo olhar para o objeto, uma atualização da sua concepção, uma releitura da relação entre ambos. Este vem a ser o ponto sensível do presente trabalho, que poderia gradativamente aproximar-se da determinação da hipótese: a integralidade da atenção, neste sistema hierarquizado, tem dificuldades para se efetivar porque este modelo ainda não permite uma aproximação, um envolvimento, uma identificação do sistema de saúde com o seu objeto ou, em última instância, de todos os sujeitos que o constituem com os seus respectivos objetos (objetos porque o objeto primordial se parcializou, desfigurou, pulverizou, mas que poderia ser recomposto, ressintetizado, para todos os sujeitos, em todas as etapas do sistema, perante o saber clínico ou epidemiológico, na imagem do outro em sofrimento e portador de necessidades).

Assim, no modelo atual, o exercício da hierarquização, nos moldes em que vem sendo feito, ao não permitir a aproximação do sistema de saúde com o seu objeto (contradizendo uma racionalidade inicialmente destinada a reapreendê-lo), impede relações vitais para a eficácia da assistência em saúde por não garantir a posição do usuário como referência desse processo. O que é importante lembrar é que esse paradoxo pode gerar intervenção junto ao usuário, exercendo uma clara ação operatória no que diz respeito à produção ou à não produção do cuidado integral.

É importante lembrar novamente que essa relação entre o sujeito e o objeto (que é uma relação eu-outro ou uma relação intersujeitos) que identifica o espaço *interseção* está presente em todas as etapas do processo de trabalho, não se restringindo ao binômio trabalhador-usuário. Aplicando-se também à relação trabalhador-trabalhador, trabalhador-instituição e à relação entre as instituições, todas elas, num modelo hierarquizado e fragmentário, podem ser tão objetais, alienadas, utilitárias e desresponsabilizadas como na relação intersujeitos. Essas relações, num modelo racionalizador e orientado para uma cooperação logística e tecnológica entre as suas partes, integram espaços *interseções* ampliados em que a cisão entre o sujeito e o objeto pode ser ainda mais acentuada. Isto gera uma dissociação das partes que dificulta o compromisso e a responsabilização pelo cuidado, e, conseqüentemente, repercute na integralidade da atenção.

Então, um modelo tecno-assistencial em defesa da vida e centrado no outro erige o usuário como principal foco de atenção: um outro-usuário que personaliza atributos clínicos e epidemiológicos, mas que vai além, captado por uma outra clínica “desterritorializante”, presente na Medicina e na Saúde Pública, que se faz em ato e como um espaço de intervenção.

“É partindo deste princípio que devemos, e podemos, refletir sobre uma clínica como atividade que procura tudo capturar versus uma outra clínica como ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve.

“E nesse sentido, uma clínica presente tanto na medicina, quanto na saúde pública, pois é uma clínica que enquanto ação se constitui como uma espaço de intervenção em processos de intersubjetividades, como lugar dos interseções, no qual os instituintes situados disputam a direcionalidade do processo” (MERHY, 1997a, p. 110).

Desta maneira, faz sentido tentar superar a dualidade teórica entre o saber clínico e o epidemiológico, que podem ser vistos como uma “dobra”, ao representarem aspectos diversos de um mesmo fenômeno, enriquecidos também pelos elementos que constituem e orientam a micropolítica do trabalho vivo, nunca estritamente clínico ou estritamente epidemiológico mas também filosófico, político, psíquico, existencial e espiritual, desde que conscientemente comprometido com o vínculo do sujeito com o objeto, virtualmente reconciliados, como partes constitutivas um do outro (ainda que, como já se disse antes, com as devidas restrições, no processo terapêutico, para o exercício dessa mutualidade)²¹.

²¹ O empréstimo que MERHY faz das idéias de G. Deleuze, M. Foucault e F. Guattari, de que certas dicotomias não devem ser vistas como antinomias, mas como “dobras” de um mesmo processo, integrantes de uma mesma unidade, pode ser incorporada ao processo de reconcepção do objeto, porque implica na reconcepção da relação. Assim, o objeto da saúde pode ser visto também como um binômio sujeito-objeto mutuamente transformante. O outro poder ser eu e eu poder ser o outro insere-se nessa compreensão. BUBER acredita que a essência dessas antinomias é justamente o fato de serem insolúveis: “Tentar pensar uma síntese é destruir o sentido da situação. (...) O sentido da situação é, de um lado, que ela deve ser vivida com todas as suas antinomias, e, de outro, que ela só pode ser vivida sem cessar, sempre nova, imprevisível, inimaginável, impossível de ser prescrita” (BUBER, p. 110-1).

Por tudo isso, a estrutura e a dinâmica do espaço *interseçor* demonstram a impossibilidade de se trabalhar apenas com a referência de objeto na micropolítica do processo de trabalho em saúde. A dualidade presente no espaço relacional aponta justamente para uma reconsideração desse duplo e das suas várias formas de relacionamento, sendo que num modelo em defesa da vida o usuário deve ser sempre o território de referência.

O sujeito e o objeto, portanto, também são “dobras” que podem reciprocamente se relacionar e se transformar. A relação sujeito-objeto, então, ainda que sempre dual, pode ser reconcebida dentro do espaço relacional, uma vez que o próprio eu é relacional, já que não se define sem o outro. E isso recupera um significativo conteúdo de humanidade dentro das relações inter-humanas e profissionais, que, no universo da saúde, deixa de ser uma mera abstração para se constituir em um componente estratégico da gestão do ato cuidador. O vínculo *pássã* a ser *umá* *dirétriz* na conformação das práticas de saúde, um recurso tecnológico que, embora imaterial, vivifica a dimensão concreta da natureza do cuidado. A tecnologia do cuidado, assim, vem a ser um conjunto de saberes que permite a aproximação do sujeito com o objeto, tendo o seu ponto de partida no modo como se estabelece este nexos através da percepção da necessidade do outro. A reorientação dessa relação requer a introdução de valores éticos, que possibilitem ao sujeito se reposicionar perante o objeto, visando uma possibilidade de “presentificação” de um ao outro, de modo que a relação *objetal EU-ISSO*, utilizando novamente a expressão buberiana, possa ser convertida à ligação primordial *EU-TU*, sempre que isso se fizer necessário. Assim, o espaço *interseçor* na sua expressão mais plena, tecnológica inclusive, será um espaço relacional de eu-outro, que pode tanto assumir a forma *EU-TU* como em determinados momentos ser reconvertido à polaridade clássica sujeito-objeto ou *EU-ISSO*, porém ambos sempre constitutivos do trabalho vivo em ato.

Isso poderia ser melhor expresso através da afirmação de que “*toda relação atual no mundo realiza-se numa permuta de atualidade e latência*” (...) “*em que cada TU no mundo é obrigado, por sua própria natureza, a se tornar uma coisa para nós ou de voltar sempre ao estado de coisa*”. Ou ainda: “*Cada TU, após o término do evento*

da relação deve necessariamente se transformar em ISSO. Cada ISSO pode, se entrar no evento da relação, tornar-se um TU” (BUBER,p.38,114-5)²².

Os “ruidos” podem ser tomados como ferramentas analisadoras dos processos de trabalho, porque permitem adentrar no espaço *interseçor* e revelar a intimidade do processo de trabalho, pelo desnudamento das distintas forças instituintes mediante o uso e o conhecimento das tecnologias de “relações” que se materializam na produção de bens simbólicos, como o vínculo. A dissecação do espaço *interseçor* permite precisamente interrogar esse encontro entre o trabalhador e o usuário como um recurso que revela as lógicas instituintes em conflito que regem o processo de trabalho, seu conteúdo ético e suas possibilidades técnicas e políticas. Ou seja, permitem compreender a lógica que preside o processo de trabalho enquanto relação entre a produção de bens/satisfação de necessidades; a própria configuração tecnológica do modelo de atenção enquanto expressão de saberes nos distintos espaços gestores, bem como as formas como esse espaço institucional pode se tornar público e humanizado.

A identificação dos “ruidos”, além de “armar” o olhar analisador, pressupõe, também, uma visão de mundo anterior, um olhar ético-analisador que significa uma primeira aproximação do plano empírico (MERHY,1997a). Assim, a eleição de determinados “ruidos”, ao invés de outros, dependerá da ética que rege a incidência do olhar. Pode-se dizer, de outro modo, que a anterioridade ética desse olhar já pertence ao próprio processo de delimitação do objeto de estudo.

O trabalho vivo em ato tem como aspecto peculiar o fato de que ele próprio constitui a fonte dos recursos necessários para interrogar a sua própria dinâmica e isto pode ser expresso mediante o uso da informação. Esta, portanto, manifesta-se não apenas como representante de uma lógica instrumental sistêmica, como tem também uma função analisadora dos processos micropolíticos através da revelação das falhas do coti-

²² Pode-se complementar um pouco mais o pensamento de BUBER, neste ponto, com a sua própria afirmação de que a causalidade do mundo do ISSO, ainda que de importância fundamental para a ordenação científica da natureza, não aflige o homem que não está apenas a ele limitado e que pode, assim, evadir-se para o mundo da relação (BUBER,M.,p.60). Este homem sabe que “sua vida mortal é, por sua própria essência, uma oscilação entre o TU e o ISSO, e ele percebe o sentido dessa oscilação” (BUBER,p.61). Assim, “o homem portador de centelha que retorna ao mundo do ISSO não é oprimido pela necessidade causal” (BUBER,p.62).

diano institucional, de forma espontânea ou provocada por dispositivos artificiais, como se verá adiante (MERHY,1997a). Assim, a informação constitui-se numa ferramenta analisadora através dos ruídos que evidencia, os quais, por sua vez, geram novas informações.

Além de sua função analisadora, a informação, ao expor, através dos ruídos, como se expressa o jogo de necessidades, os sentidos ocultos dos espaços de relação, bem como a rede de articulação entre os diversos níveis tecnológicos das práticas de saúde, constitui-se também em um instrumento efetivo de intervenção. Em outras palavras, o desvelamento das tecnologias leves presentes nos distintos espaços *interseções* de um sistema hierarquizado através do uso instrumental da informação, apesar de seu caráter simbólico, exerce uma intervenção concreta sobre a realidade, produzindo uma ação operatória no cotidiano institucional.

MERHY propõe dois sistemas formais de aplicação metodológica da informação como ferramenta analisadora:

1. O fluxograma analisador, que será visto mais minuciosamente no próximo capítulo;
2. A Rede de Petição e Compromissos (RPC), quando os espaços *interseções* envolvem outros participantes que não o usuário, mostrando a relação entre trabalhadores, ou seja, a dinâmica do prestador-consumidor intra-equipamento (MERHY,1997a,p.130).

No próximo capítulo, procurar-se-á explicar e demonstrar na prática o uso da informação enquanto ferramenta analisadora dos processos de trabalho em saúde mediante o uso dos dois recursos anteriormente citados.

CAPÍTULO III — A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO: A BUSCA DOS INSTRUMENTOS REVELADORES DO TRABALHO VIVO EM UM DESENHO ESPECÍFICO DE INVESTIGAÇÃO

Como foi visto anteriormente, a forma como se deu a ampliação da cobertura da assistência médica nos serviços públicos de saúde trouxe, como dado de realidade, a fragmentação do objeto e do processo de trabalho, o que acarretou a necessidade de reorganização do modelo visando a coordenação do cuidado. Como parte desse reordenamento, a hierarquização da atenção em diferentes níveis de concentração tecnológica – determinada a partir das necessidades de saúde – atuaria no sentido de imprimir uma racionalidade técnica às ações, bem como aproximar o sistema do seu objeto, ao lado de mecanismos de articulação que conferissem coerência à hierarquização enquanto princípio racionalizador.

Assim, o problema que se coloca é: o princípio racionalizador da hierarquização é compatível com a integralidade da atenção ou ele próprio pode induzir à fragmentação do processo de trabalho?

Trazendo a questão para uma experiência concreta verificável no cotidiano, poder-se-ia refazer a pergunta: *“O modelo de atenção à criança, com a sua atual disponibilidade tecnológica, é efetivo para promover integralidade e coordenação do cuidado, dentro de um sistema hierarquizado?”*

Pelo que já foi visto anteriormente, a hierarquização *em si* não é propiciadora nem opositora da integralidade, mas, ao gerar e expressar acúmulos diferenciados de poder técnico e político e, conseqüentemente, relações desiguais dentro do sistema, ela acaba por favorecer a desagregação tanto do objeto quanto dos processos de trabalho, através de conflitos que se manifestam no interior da organização tecnológica do trabalho (dentro dos serviços, entre os serviços de um mesmo nível hierárquico, entre serviços de densidades tecnológicas distintas etc).

Isto se traduz em uma fragmentação cada vez maior do objeto, do cuidado e na opção abusiva da tecnologia em sentido estrito, ou seja, no sentido de tecnologia “dura”, com investimento em trabalho morto em detrimento das tecnologias leves, de forma muitas vezes absoluta e acrítica. Assiste-se, assim, a um verdadeiro processo de “objetalização” das relações dentro do sistema em que, ao mesmo tempo em que não se identifica mais o objeto de trabalho, tudo se torna objeto, inclusive nas relações interprofissionais e interinstitucionais. Atua-se, portanto, na lógica do desconhecimento ou da negação da existência de nexos entre as partes do sistema.

Desse modo, o processo de trabalho, mediado pelas tecnologias “leves”, será a chave através da qual se poderá adentrar nos diversos mundos, procurando-se descobrir as ligações que os unem, uma vez que ele condensa todos os vínculos entre os diferentes momentos e entre as diferentes estruturas, ao mesmo tempo que é o verdadeiro lugar da “subjetividade em produção”, é o lugar onde a realidade institucional se faz presente, e que se expressa, no plano das relações micropolíticas, no trabalho vivo em ato. A tecnologia do trabalho passa, então, a ser o elemento teórico unificador entre objeto, instrumentos e atividades do trabalho com vistas a determinadas finalidades, em suas conexões internas e na sua articulação com as práticas sociais, mas sempre se levando em consideração a dimensão da subjetividade como constitutiva de todo esse processo.

Esse conceito de tecnologia como significante dos nexos entre os elementos acima citados corresponde, em última instância, à ligação entre a concepção de objeto e as práticas. Assim, ao corporificar o conjunto de saberes empregados na produção material do cuidado, o processo micropolítico do trabalho constituir-se-á na vigência concreta do mesmo, expressando as contradições e fraturas do sistema, daí poder ser eleito como a categoria central de análise utilizada na investigação da produção do cuidado em saúde com o olhar voltado para a questão da integralidade.

Assim, a compreensão de modelos tecnológicos e assistenciais que se propõem a realizar um provimento do cuidado de forma integral, contínua e coordenada, em um sistema hierarquizado, implica em se tomar como eixo analítico o processo de efetivação das tecnologias leves e os seus modos de articulação com as distintas configurações tecnológicas nos espaços *interseções*, que no presente trabalho precisa ser analisado numa perspectiva transinstitucional.

Na construção do campo de investigação, tanto o processo de delimitação do objeto como a validação das hipóteses deverá se concretizar no plano do real. Esta passagem para a apreensão do real, que constitui um momento de construção reflexiva do pesquisador, implica na construção e no domínio do trabalho de campo, dentro do qual a singularidade do objeto recortado deverá representar, pelo menos parcialmente, a totalidade do real (SCHRAIBER, 1993).

As construções mentais produtoras das ferramentas que operam a inserção do processo de pesquisa na realidade.

As ligações que se estabelecem entre a realidade e o processo de pesquisa, desde a elaboração do objeto até a sua verificação no plano do real concreto estabelecem-se através de construções teóricas e abstratas, aqui denominadas mediações, que correspondem ao próprio processo mental que opera o intercâmbio entre o estudo e a prática, tendo, porém, o potencial de se traduzir em ferramentas visando a produção do objeto na realidade empírica.

Procura-se trabalhar com a idéia de que o processo de apreensão do real envolve, grosso modo, duas vias: uma via aferente, que diz respeito à construção do objeto em si, ao seu “pinçamento” da realidade; e uma via eferente, que corresponde a um retorno do mesmo ao plano do empírico. Entre elas, encontra-se o sujeito da pesquisa, que organiza as operações em ambas as direções visando a produção do objeto no plano concreto a partir de uma instrumentalização teórico-metodológica apropriada.

III.1 — O processo de delimitação e construção do objeto.

Considera-se, aqui, que, a partir do momento em que um fenômeno se apresenta como um problema, necessariamente ele já está ancorado, enraizado na realidade e com ela comprometido. Portanto, o problema ou “incômodo vivencial” desde o início já faz parte do real.

Por outro lado, o reconhecimento de alguns elementos da realidade como problema já significa um primeiro processamento do empírico, um primeiro entendi-

mento deste, uma vez que aquela parte do real (fenômeno ou coisa que sucessivamente se converterá em objeto) gera necessidade de conhecimento. E esta parte destacável da realidade pode ser apropriada reflexivamente (SCHRAIBER, 1993, p.23).

O processo de constituição do objeto é o ato de transformar o objeto de pensamento em produto intelectual pelo processo de reflexão do pesquisador (SCHRAIBER, 1993). Assim, situar o estudo no plano do real concreto implica um movimento intelectual que, baseado na percepção primeira da realidade, reconstrua-a reflexivamente em níveis cada vez mais abstratos, através de conexões, mediações e significados da situação concreta invisíveis ao olhar inicial no processo de conhecimento.

A captação do objeto do real depende então de uma sucessão de abstrações que constituem o primeiro movimento de elaboração intelectual, mas que é também um movimento de trazer aquele objeto inicialmente sentido em estado bruto, o “incômodo vivencial”, para o plano da consciência e da razão. Esta torna-se uma etapa para o empírico porque torna a abstração legítima, tornando o concreto compreendido, organizado, coerente.

Sendo o objeto um recorte singular e individualizado da realidade, o conhecimento de suas conexões, articulações ou mediações com o real é necessário para conhecer sua função e significado enquanto parte. Isto é, o objeto passa a ter existência, enquanto tal, através das suas mediações com o real, ou, dizendo de outro modo, o principal mediador do objeto, de uma certa forma, é a própria realidade empírica que nele está contida. Portanto, o objeto encerra vários sentidos internos e externos de significação, o que lhe permite ser ao mesmo tempo particularização e síntese do todo. Neste, o concreto se reapresenta como unidade de múltiplas determinações, passando a refletir no mesmo inclusive sua própria contraditoriedade.

Como síntese do real, o objeto recortado passa a constituir um universo próprio em função daquelas mediações, através das quais se dá a presença do todo na parte. Esta, porém, também contribui para a reprodução do todo, daí a afirmação de SCHRAIBER (1993), de que o objeto é estrutura estruturada e estruturante do conjunto do real. Assim, o objeto, como particularização de um real multifacetado e contraditório, passa a condensar essa mesma dinâmica em seu interior. Por outro lado, o singular capta e explica apenas aspectos e fragmentos da realidade, uma vez que a totalidade é inapre-

ensível, só podendo ser vista em sua historicidade e em determinados níveis de apreensão. Assim, *“não é necessário captar pelo conhecimento toda a totalidade histórica desde que o conhecimento seja concebido como articulado também à realização dessa totalidade, e não como um valor em si mesmo”* (GONÇALVES, 1994, p.36) Só rearticulando o objeto à sua totalidade originária será garantida sua legitimidade e compromisso com o real.

A primeira apreensão da realidade, o “incômodo vivencial,” é feita através do sentimento, no plano das percepções subjetivas, que, por assim dizer, desencadeiam o processo de objetivação do real, num jogo de luzes e sombras que confere a este a densidade necessária para a compreensão, ainda que sempre fugaz, da sua multidimensionalidade. Através do processo de apropriação reflexiva, a razão transforma o objeto de abstração em objeto de estudo. A consciência, no sentido de uso da razão, é o ponto de inflexão necessário para a produção do objeto no plano da realidade empírica.

A subjetividade, porém, não se restringe ao movimento inicial de recorte do objeto. Ela já é, na verdade, uma primeira mediação com o real, atravessando todo o processo de conhecimento, desde a referência situacional do investigador/sujeito no contexto da pesquisa, passando pela construção metodológica do campo de investigação até a etapa de análise e interpretação dos dados (MINAYO, 1994, p.21).

A inclusão do pesquisador num dado contexto histórico, técnico, político e ideológico determina a sua atitude como sujeito diante do processo investigativo, o que lhe confere um olhar analisador dotado de um conteúdo ético e político frente ao seu campo de investigação. A anterioridade ético-política desse olhar perpassa todo o processo de apreensão do real desde o seu início e também se institui num mediador por excelência entre o objeto e o real.

III.2 – O processo de apreensão do real propriamente dito.

Trazer, então, a pergunta proposta no trabalho (resultante das elaborações sucessivas do “incômodo vivencial”) para o plano do empírico implica em lançar as suas mediações e tecer o fio que irá conduzir o objeto ao real concreto.

Num âmbito ainda geral, pode-se dizer que o processo de trabalho, como categoria de análise da integralidade das ações, viabilizando os nexos entre as configurações tecnológicas, também se constitui num mediador entre o objeto e a realidade empírica. No desenvolvimento de um processo investigativo que utiliza o processo de trabalho como eixo de análise, a importância da subjetividade já foi salientada. O que se procura enfatizar é a necessidade de considerá-la na própria conformação da tecnologia, passando a deter também, por esse motivo, um papel de mediação.

Assim, a externalidade entre o sujeito e o objeto relaciona-se à temática do presente trabalho, constituindo-se em matéria do campo de investigação. Pode-se dizer que a instrumentalização teórica da relação entre o sujeito e o objeto neste trabalho passa a ser uma dimensão constitutiva tanto da temática da pesquisa quanto da sua própria metodologia, assumindo um caráter inclusive meta-metodológico. Como elemento necessário para a reconstituição dos espaços *interseções* através das tecnologias leves, a subjetividade presente no trabalho vivo em ato e na forma como se apresenta a relação entre o sujeito e o objeto também constitui um pressuposto para a objetivação do trabalho de campo.

O recurso metodológico para a apreensão do real a ser utilizado neste trabalho, e que se baseia na teoria de MERHY, é a **informação**, a qual pode ser obtida mediante o agenciamento dos processos de memória. E a informação, conforme já salientado anteriormente, é um elemento amplamente presente nos processos de trabalho produzidos no interior das instituições.

Considera-se, aqui, que dois tipos de memória poder ser mobilizados com vistas à veiculação da informação para a construção do trabalho de campo: (1) a **memória institucional**, que possibilita a descrição objetiva dos processos de trabalho a partir de fontes documentais institucionais (depoimentos ou documentos escritos), e (2) a **memória não institucional**, obtida, por exemplo, através das representações dos sujeitos (cujos componentes cognitivos e objetivos também são constitutivos do real), que pode coincidir ou não com a primeira.

A incorporação das representações como parte da investigação leva em conta a existência de um domínio consciente do sujeito sobre o processo histórico, o que ocorre de forma extremamente variável. Assim, os sujeitos, com seus depoimentos, re-

constituem as suas vivências dentro do modelo de atenção, expondo, através do seu processo pessoal de elaboração mental, a sua compreensão particular de como ele se organiza, testificando, assim, a vivacidade dos processos de trabalho na sua molecularidade. Em um trabalho dessa natureza, os testemunhos de alguns destes sujeitos, considerados sujeitos-índices ou prototípicos, partícipes desses processos, podem então reconstituir partes da micropolítica do trabalho vivo, dentro dos espaços de relação.

O agenciamento de ambos os tipos de memória pode se mostrar proveitosa no sentido de ajudar a compor uma imagem mais fiel dos fatos, uma vez que combina as percepções da realidade por ângulos diferentes. Assim, a articulação da memória institucional e não-institucional, ao expressar os pontos de vista do usuário e da instituição, por exemplo, pode descobrir e reproduzir o espaço *interseção* em uma perspectiva ampliada, com a vantagem de apresentar uma abordagem não apenas transversal mas também temporal e histórica do processo.

Em outras palavras, o caráter processual e revivificador da memória, ao fazer afluir a representação mental das necessidades do usuário e das outras forças instituintes nos cenários do cotidiano institucional, pode, de certa forma, auxiliar na reconstituição dos espaços *interseções* de forma que cada uma dessas memórias, mesmo que em disputa, possa servir de contraponto uma para a outra, reafirmando-se ou se contradizendo.

É importante enfatizar a necessidade de se considerar o usuário como território central de referência, como eixo central do relato, de modo que a sua memória se torne um bom componente da informação, para gerar ou produzir os “estranhamentos”, ou “ruídos”, que expõem os espaços *interseções*, bem como mostrar a vivacidade dos processos que neles se produzem.

III.3 – Metodologia

Considerando o que já foi exposto, a categoria central de análise a ser utilizada neste trabalho é, portanto, o processo de trabalho, nos seus aspectos micropolíticos, enquanto analisador institucional, procurando-se através das suas formas de organização interrogar o modelo de atenção no que diz respeito à articulação entre seus dife-

rentes níveis hierárquicos para a promoção da coordenação do cuidado e da integralidade da atenção. Interessa, agora, operacionalizar o manuseio das ferramentas metodológicas que permitam mapear ruídos e revelar o trabalho vivo nos espaços *interseções*.

Diante do problema anteriormente declarado a partir da informação tornada disponível, a delimitação do campo da pesquisa será feita através de um recorte trans-institucional, representado por um estudo de caso que empreendeu uma migração no interior do sistema, deslocando-se através dos três diferentes níveis hierárquicos do mesmo.

Este deslocamento perfaz uma trajetória em cujo percurso evidenciam-se: os fatores relacionados à coordenação, continuidade e integralidade do cuidado; os conflitos existentes nesse processo, o que pode permitir fazer inferências a respeito de como se deu o processo micropolítico do trabalho; a forma como se acata e se realiza na prática o princípio da hierarquização e se isto se relaciona à valorização de cada uma dessas instâncias no conjunto do sistema; e, finalmente, as formas pelas quais o sistema de saúde, através de suas partes, relaciona-se com o seu objeto de trabalho e, internamente, consigo próprio, no sentido de produzir uma atenção integral. Esta já é uma primeira forma de, utilizando-se a informação, interrogar a prática, a partir de um posicionamento ético-político e teórico-metodológico. Adiante serão mostrados os descritores que irão fazer as mediações com a situação concreta. Parte-se da idéia de que a articulação desses processos micropolíticos do trabalho, no interior dos espaços *interseções*, determina a forma como se produz o cuidado ao longo dos três níveis de atenção.

O passo seguinte é estabelecer os diferentes níveis de mediação que possibilitem a efetivação da produção do objeto no plano concreto:

1. Assim, um primeiro nível de mediação é feito mediante o uso de ferramentas que operem com a informação proporcionada pela trajetória descrita, o que é obtido ao se trazer a memória (no caso, institucional) para um registro diagramático denominado “fluxograma”. O produto do pensamento mediador, nesta etapa, é o que se denomina FLUXOGRAMA USUÁRIO-EIXO.

Desta forma, o caso em estudo, descrito sob a forma gráfica de fluxograma, atuará de forma semelhante a um traçador, daí poder-se denominar a trajetória que determina, pela sua função sinalizadora, de “trajetória-sentinela”²³.

A partir da descrição do fluxo de atenção e do encadeamento das ações que se estabelecem no interior dessa trajetória (dentro de uma mesma instância hierárquica ou entre as diferentes instâncias), poderão ser identificados os “ruidos”, que funcionam como elementos interrogadores – e analisadores – da lógica do modelo, através do desvelamento dos seus modos tecnológicos de operar e que se desenvolvem, na sua expressão molecular, no interior e na interseção dos espaços de relação”.

2. Um segundo nível de mediação é, portanto, a apreensão desses ruidos interrogadores, que aparecem no fluxograma de forma espontânea ou provocada por dispositivos criados artificialmente.

Com os interrogantes levantados, como então podem ser expostos os processos *interseções*? É importante notar que a evidenciação dos “ruidos” já pressupõe algum grau de análise, governado por um olhar ético-analisador que determina sua eleição. Daí que o produto do pensamento decorrente da etapa de apreensão dos ruidos já se constitui numa transição para uma etapa analisadora, tendo, então, uma natureza simultaneamente interrogativa e analisadora.

3. O terceiro nível de mediação para o concreto seria a produção da situação de análise propriamente dita, que inicia o componente interpretativo/analítico dos processos micropolíticos expostos a partir dos “ruidos”. Assim, o mapeamento dos ruidos coincide, praticamente, com sua análise e interpretação, o que irá se concretizar no decorrer do trabalho.

Através dos ruidos interrogadores/analisadores, procurar-se-á obter informações a respeito de:

²³ A “trajetória sentinela” assemelha-se ao método das patologias traçadoras, que representa uma combinação de estudo de processo e resultado (KESSNER,D.M., KALK,C.E., SINGER,J.,1983 e TRAVASSOS,C.MR.,1985). Denominou-se a trajetória de “sentinela” por ela poder sinalizar, através dos “ruidos” detectados, ao longo da sua extensão, os momentos e a forma de operacionalização do trabalho vivo que se relacionam ao problema da pesquisa, que é a factibilidade da produção do cuidado contínuo e coordenado em um sistema hierarquizado.

- 1- Como se dá, concretamente, a relação dialógica entre os diferentes níveis para o provimento do cuidado;
- 2- Como operam na prática os mecanismos formais de articulação entre os níveis, por exemplo, o sistema de referência e contra-referência;
- 3- Como ocorre a cooperação tecnológica entre os níveis, como a incorporação diferenciada de tecnologia repercute no processo de trabalho e nos produtos parciais ou finais do cuidado, e também como se dá a incorporação e a valorização de tecnologia “leve” e tecnologia “dura” nos diversos momentos/etapas deste trajeto;
- 4- Como se expressa o vínculo do sistema e de cada um dos seus segmentos em relação ao usuário e como ele se traduz, nesse universo de multirrelações, em acolhimento e responsabilização.

Num momento posterior, como já foi dito, a informação será utilizada sob a forma de memória não-institucional, através das representações do usuário. Tais informações, do mesmo modo que no fluxograma, podem evidenciar “ruídos” interrogadores e expor a vivacidade (e a vitalidade) da micropolítica do trabalho. Além disso, podem favorecer o evidenciamento de ruídos no fluxograma e até mesmo funcionar como dispositivos forjadores de novos “ruídos” naquele. Desse modo, as duas formas de memória não apenas produzem seus respectivos elementos interrogadores como podem operar um processo de retroalimentação mútua no que diz respeito ao desvelamento e à compreensão do trabalho vivo em ato que ocorre nas distintas instâncias tecnológicas.

III.4 — Etapas do trabalho de campo

III.4.1. Seleção do Caso

Para esta fase inicial do trabalho de campo foi feita uma pesquisa documental para a obtenção dos dados necessários à composição da “trajetória-sentinela”, permitindo a reprodução da seqüência de movimentos do caso em acompanhamento e o conjunto das ações e intervenções realizadas no seu percurso. Para este levantamento, foi necessário recorrer à memória institucional escrita, representado pelos registros existentes nos prontuários do paciente. Em que pese serem estes documentos preenchidos ge-

ralmente por médicos, cujo conteúdo se vincula portanto a ações predominantemente médicas, constituem uma fonte de dados fidedigna e que têm a vantagem de ser de fácil acesso.

Critérios de seleção do caso:

1º. Local

O caso clínico foi selecionado dentro da população urbana do município de Paulínia, o qual possui características industriais (predominantemente refino de petróleo, petroquímica e química industrial e fina), localiza-se na região sudeste do Estado de São Paulo, distante aproximadamente 120 km da capital do Estado, e tem uma população próxima a 40.000 habitantes (Censo 1991, IBGE). Atualmente, o município possui um aparelho de prestação de serviços de saúde composto por uma rede ambulatorial, por sua vez constituída por uma Unidade Básica de Saúde Central – antigo Centro de Saúde Escola –, à qual se acoplam alguns ambulatórios de especialidades, bem como três Centros de Saúde – Centro de Saúde Monte Alegre (CSMA), Centro de Saúde do Jardim Planalto (CSJP) e Centro de Saúde João Aranha (CSJA), e um hospital secundário de âmbito municipal, que, contudo, atende a uma grande demanda regional de municípios vizinhos, como Sumaré, Matão (distrito de Sumaré), Hortolândia, Cosmópolis, Artur Nogueira e mesmo Campinas, dentre outros menos assíduos. Possui ainda um Serviço Odontológico (SEROD), acoplado à UBS Central, e o Centro Especial de Treinamento Municipal (CETREIM), destinado ao cuidado de crianças portadoras de desajustes emocionais e deficiências físicas e mentais.

Faz-se necessária uma breve contextualização histórica do município e da constituição do seu sistema de saúde, possuidor de características singulares que o distinguem dos demais municípios brasileiros, e que podem influir na seleção do caso para estudo, bem como na sua posterior análise²⁴.

²⁴ Para esta contextualização foram utilizadas informações contidas na Tese de Doutorado da Dr^a Maria da Graça Garcia Andrade, *O Ensino Médico e os Serviços de Saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia*, defendida em 1995 junto ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, e que é um texto recomendado para melhor conhecimento do tema.

O município de Paulínia passou por significativas transformações em seu perfil sócio-econômico e demográfico, decorrentes do processo de industrialização e urbanização ocorrido no final dos anos 60, quando foi construída a refinaria de petróleo da Petrobrás (REPLAN). Constituiu-se, assim, o primeiro momento do processo de instalação do pólo petroquímico implantado na década de 70, o que lhe conferiu estatuto de área de segurança nacional.

Seu crescimento populacional, envolvendo a mudança de um padrão demográfico rural para um urbano-industrial, fez-se às custas de um componente essencialmente migratório, o que se refletiu numa maior demanda do setor saúde, justificando assim o interesse do poder político local em ampliar a oferta dos serviços de saúde para a população.

Em função desse interesse, o município de Paulínia foi objeto de um projeto docente-assistencial empreendido pela Universidade Estadual de Campinas, a partir de 1970 e que se estendeu até 1994²⁵. A operacionalização desse projeto deu-se sob a forma de um convênio tripartite, envolvendo a FCM-Unicamp, a Prefeitura Municipal de Paulínia e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Nos momentos iniciais do projeto, a responsabilidade pela formulação de propostas e diretrizes para a esfera assistencial ficou a cargo da Universidade, uma vez que o poder local ainda não dispunha de experiência administrativa nem de quadros dirigentes para o setor.

A formulação e implementação das propostas passaram por vários momentos e crises, que corresponderam a diversas concepções emanadas das diferentes correntes de pensamento existentes no interior do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), cujo teor não diz respeito diretamente a este trabalho.

Em relação à conformação da estrutura dos serviços, era consensual a necessidade da adoção de um modelo de rede, construída a partir dos critérios de regionalização e hierarquização de serviços, implicando ainda um trabalho de integração interins-

²⁵ A formulação desse projeto teve suas origens num âmbito de reflexões e discussões sobre a prática médica e a formação profissional desenvolvida no interior da FCM-Unicamp, em particular do seu Departamento de Medicina Preventiva e Social. Tratava-se de uma nova concepção acerca da relação entre a escola médica, a prática médica e os serviços de saúde, visando uma nova relação da instituição médica com o sistema de saúde que pudesse levar a uma transformação social dessas práticas.

titucional. Tal proposição não se alinhou com as tendências da política de saúde do país dos anos 70, que se fazia através de uma expansão do setor nos moldes da extensão da cobertura, dentro do já referido contexto de fortalecimento da medicina previdenciária, que favorecia a capitalização do setor privado e, conseqüentemente, a valorização da assistência médica individual, curativa e hospitalocêntrica, acentuando a já mencionada dicotomia preventivo-curativa.

Um elemento amplamente presente na proposta, afim com a temática da presente pesquisa, era o conceito de integração, em suas várias acepções: de mediação entre prevenção e cura, de articulação inter-serviços e de integração entre instituições extra-setoriais, o que refletia uma compreensão mais ampla dos determinantes do processo saúde-doença e das possibilidades de intervenção na área da saúde.

No decorrer dos anos 70, e principalmente a partir dos anos 80, as feições do modelo assistencial proposto para o município, que inicialmente se contrapunham à política nacional para o setor, passaram a experimentar uma convergência com as novas diretrizes governamentais, em que, ao lado das formulações voltadas para os princípios de regionalização, hierarquização e integração interinstitucional, inseria-se, no discurso oficial, uma valorização da autonomia e de maior participação dos municípios na gestão das políticas de saúde.

Assim, a partir de 1983, o projeto foi marcado pela expansão da rede de serviços, pela preocupação com a qualidade da assistência e pela disputa dos gestores institucionais pela direção do projeto, pois, embora a Universidade continuasse a deter a hegemonia sobre a formulação do modelo assistencial, a PMP, paulatinamente, fazia crescer sua participação na elaboração e na implementação das propostas, buscando um maior equilíbrio na parceria interinstitucional, o que, num futuro próximo, viria a se transformar num franco embate pelo monopólio da gestão do sistema de saúde local. Dentro desse contexto, a construção de postos de saúde periféricos e de um hospital municipal vieram a se tornar pontos importantes na constituição desse sistema e na constru-

ção de uma maior autonomia do município em relação à Universidade, cujos responsáveis não concordavam com esses projetos locais²⁶.

Gradativamente, porém, dentro de um processo de recomposição contínua das forças políticas em jogo, a FCM-Unicamp assimilava a idéia da construção dos novos postos de saúde e da incorporação do nível hospitalar ao sistema de saúde local. Defendia, porém, o seu caráter público, seu funcionamento articulado com a rede ambulatorial através dos mecanismos de Referência e Contra-referência e da constituição gradual de equipes únicas trabalhando nos dois níveis de atenção, o que proporcionaria um maior vínculo dos pacientes com os serviços, bem como o intercâmbio e o aperfeiçoamento técnico-científico nos moldes da cooperação técnica e administrativa interníveis.

Desse modo, o processo de constituição do sistema municipal de saúde de Paulínia está relacionado ao aumento do espaço ocupado pelo poder municipal na formulação e implementação do projeto na área assistencial, que, embora ocorrendo num contexto nacional de reordenamento setorial que atribuía progressivamente maior autonomia aos municípios, não se fez sem conflitos nas relações com a Universidade. A ausência de um poder decisório no plano técnico, no gerenciamento dos serviços e na coordenação das articulações políticas institucionais, que fizesse jus à sua participação financeira no sistema (que se tornou cada vez maior devido à grande capacidade de arrecadação tributária do Executivo local decorrente da presença do pólo petroquímico e da concentração de grandes indústrias na região relativamente a um pequeno contingente populacional), fez com que a PMP buscasse uma maior expressão política e autonomia frente

²⁶ O discurso, naquele momento, expressava uma preocupação com a qualidade e com a resolutividade dos serviços, numa perspectiva de expansão e diferenciação da assistência frente a um quadro nosológico cada vez mais diversificado com o aumento do contingente populacional de caráter migratório, decorrente da urbanização acelerada e industrialização crescente no município, considerando-se também os vícios clientelistas daí igualmente advindos.

A questão da incorporação de tecnologia passou a ser cada vez mais estratégica, dentro de um contexto de cuidado à saúde integral e resolutivo em que o nível primário se firmaria como porta de entrada do sistema, mas superando-se as propostas de cuidados de baixa complexidade tecnológica e baixa eficácia. Propunha-se uma incorporação de tecnologia médica ao mesmo tempo eficaz e crítica frente à medicalização excessiva, ao consumo indiscriminado de equipamentos de diagnóstico e de terapêutica, incluindo-se também a introdução de novos saberes e de práticas clínicas através da incorporação de especialidades médicas e de tecnologia material propriamente dita para aumentar a capacidade resolutiva do trabalho assistencial.

aos seus parceiros institucionais de modo a se permitir uma atuação mais direta como agente condutor do modelo assistencial. A criação daqueles serviços próprios – Postos de saúde periféricos e HMP – que concretizou essa tendência, se abriu caminho para a constituição do sistema local de saúde, também enfraqueceu as já desgastadas relações com a FCM-Unicamp, culminando com a ruptura oficial do convênio em 1994, que, entretanto, ocorrera de fato um ano antes.

À época da vigência do convênio, os casos de maior complexidade do município eram encaminhados para o Hospital das Clínicas (Unicamp) com uma relativa facilidade. Com a sua denúncia, em abril de 1994, estabeleceram-se maiores dificuldades nesse intercâmbio, embora a maior parte dos pacientes que necessitam de retaguarda terciária ainda seja dirigida para lá. Continua a haver, pois, um fluxo de pacientes em ambas as direções, de uma certa forma mantido informalmente pelos profissionais de ambas as instituições (mas também preservando-se o princípio de regionalização), como um vestígio da situação anterior, embora, como já foi citado anteriormente, com restrições maiores e mais explícitas para a manutenção desse relacionamento.

2º. Características do caso:

A seleção do caso analisado obedeceu a alguns critérios para a elaboração da sua trajetória²⁷:

1. Uma patologia que tivesse um impacto funcional bem definido;
2. Uma patologia bem definida e fácil de diagnosticar, e em cujo manuseio existisse um certo grau de consenso científico;
3. Uma patologia cuja história natural variasse com a utilização e a efetividade do cuidado proporcionado, apresentando vulnerabilidade ao tratamento clínico ou cirúrgico;
4. Ter transitado pelas três instâncias hierárquicas do sistema;

²⁷ Os critérios utilizados para a seleção do caso não se enquadram totalmente nas normas clássicas utilizadas para as patologias traçadoras. Foi feita, aqui, uma adaptação dos critérios de KESSNER, C.M. *et al.* (1973) e de TRAVASSOS, C.M.R. (1985), adequando os mesmos às necessidades do que se pretende revelar na análise do estudo de caso, dentro da perspectiva do que está sendo denominado de “trajetória sentinela”.

5. Ter feito uso recente do sistema de saúde, isto é, pelo menos até um ano antes da elaboração da pesquisa.

3°. Período abrangido pela investigação

O acompanhamento do percurso do paciente foi registrado de forma a incluir o período que compreende o início do seu contato com o sistema de saúde, em junho de 1993 (ou seja, desde o seu nascimento), incluindo a sistematização da sua ligação com o hospital terciário, até o período que sucedeu a intervenção sobre o seu problema principal, considerando-se as consultas na rede ambulatorial em julho de 1997.

O momento escolhido para a abordagem inicial da trajetória foi a primeira internação da criança em fevereiro de 1996, e esta opção justifica-se pelo fato de este ter sido considerado o evento desencadeador da investigação clínica que conduziu posteriormente ao diagnóstico e que lançou as perguntas geradoras da presente pesquisa. Embora este constitua o marco inicial para o rastreamento do caso, todos os momentos do acompanhamento serão contemplados para a reconstituição do percurso total.

4°. Fontes de dados utilizadas

Como já foi anteriormente citado, foram utilizadas num primeiro momento as fontes de dados que representam a memória institucional escrita, quais sejam:

- a) Os registros de prontuários que documentam a passagem do usuário através das diversas instituições dos diferentes níveis hierárquicos: prontuários da rede ambulatorial e prontuários do hospital secundário – Hospital Municipal de Paulínia –, e terciário – Hospital das Clínicas da Unicamp;
- b) Os documentos que representam mecanismos formais de articulação entre esses níveis, entre eles, cartas manuscritas, guias de encaminhamento, bem como registros dos contatos pessoais entre os diferentes profissionais no interior dessas instituições.

Posteriormente, será usada a memória não institucional, através da qual serão trazidas as representações do usuário. Seu agenciamento será feito através da **história de vida** do mesmo, com um enfoque ligado e dirigido aos problemas levantados no interior da “trajetória-sentinela”. Assim, os “ruídos” mapeados no fluxograma servirão

como pontos orientadores ou como roteiro para a produção do pensamento utilizado como material na elaboração da história de vida. Alternativamente, conforme já dito, as informações trazidas por esta lançarão novas luzes sobre o fluxograma no sentido de explicitar os processos micropolíticos nele levantados.

III.4.2 — A reconstituição da “trajetória-sentinela” – A construção do Fluxograma “Usuário-Eixo”

A elaboração da trajetória empreendida pelo paciente é demonstrada graficamente através de um modelo do tipo fluxograma, de modo que se visualize com clareza a maior parte das etapas do processo de migração do paciente dentro do sistema de saúde em seus diferentes níveis. Este modelo possui uma simbologia própria que será explicada nos Anexos que o acompanham.

A apresentação gráfica do fluxograma será precedida por uma exposição descritiva do caso clínico e do seu trajeto através do sistema com o intuito de facilitar a compreensão do seu roteiro pelo leitor.

Ao longo da apresentação descritiva e do fluxograma serão percebidas interrupções, lapsos e omissões no roteiro que podem ser explicados pela ausência dos registros a eles relacionados nas próprias fontes de pesquisa.

Tanto a exposição narrativa quanto a caracterização gráfica do fluxograma serão apresentados de forma linear, apenas por uma questão de facilidade descritiva e visual, de modo a considerar o fluxo dos acontecimentos em uma perspectiva histórica.

Pelas mesmas razões, a apresentação da trajetória do caso em pauta será dividida em momentos (que algumas vezes serão internamente subdivididos), tentando-se respeitar, na medida do possível, a cronologia dos acontecimentos.

Em termos gerais, a simbologia do fluxograma poderá ser assim sumariada:

- as elipses representam a entrada e a saída do sistema (ao longo do fluxograma, as elipses se apresentarão coloridas diferentemente, indicando entrada e saída de instituições distintas).

- a recepção no sistema é representada por um retângulo que aparece logo após a elipse referente à entrada mencionada acima.
- os momentos que antecedem a tomada de uma decisão são representados por losangos, nos quais se procura registrar os critérios que estão sendo utilizados para decidir se um problema de saúde será objeto de ação ou não ou mesmo para decidir, diante de suspeitas diagnósticas, quais as medidas que serão tomadas para dar continuidade à investigação no sentido de excluí-las ou confirmá-las.
- após o momento de tomada de decisões, portanto, sobrevêm as intervenções resultantes da(s) decisão(ões) tomada(s), que simbolicamente serão representadas também por um retângulo.
- a saída do sistema, de forma semelhante à entrada, é representada também por uma elipse.

A “trajetória-sentinela” será sumariada em um fluxograma simplificado no Anexo nº 2.

III.5 — Descrição do caso

Identificação do paciente: L. O. P., sexo feminino, natural e procedente de Paulínia. Data de nascimento: 6 de junho de 1993.

Momento 1 ou evento desencadeador (M₁):

Atendimento em hospital de nível secundário – Hospital Municipal de Paulínia (HMP).

- 26/1/96 (2 anos e 8 meses):

A criança deu entrada no Pronto Socorro de Pediatria deste Hospital com história de febre, vômitos e tremores há um dia. Recebeu então dipirona intra-venosa e metoclopramida (Plasil®) também intra-venosamente, apresentando em seguida episódio de hipertonia, tremores e olhar vago. O quadro foi interpretado como possível meningoencefalite viral ou intoxicação pela metoclopramida, tendo então recebido biperideno

(Akineton®). A criança ficou em observação no Pronto Socorro e foi feita triagem para distúrbio metabólico e processo infeccioso. Horas depois apresentou alucinações, cegueira transitória e, subseqüentemente, crise convulsiva franca, que cedeu com benzodiazepínico intra-venoso. Não foi confirmado distúrbio metabólico e o resultado do LCR mostrou discreta pleocitose (nove leucócitos) e o hemograma mostrou neutrofilia. Manteve-se a Hipótese Diagnóstica de **Quadro neurológico a esclarecer**, sendo as prováveis etiologias meningoencefalite viral ou intoxicação pelo Plasil®, sendo por este motivo encaminhada para internação.

• 27/1/96:

Na enfermaria de Pediatria, a criança apresentou logo de início quadro compatível com distúrbio hemodinâmico que cedeu após expansão de volume com líquidos. No mesmo dia, apresentou-se com edema palpebral e de membros inferiores, bem como um pico hipertensivo, sendo que no dia seguinte o pai se queixou de urina escura. Acrescentaram-se às hipóteses diagnóstica anteriores:

1. **Síndrome convulsiva** (secundária ao quadro neurológico?);
2. **Distúrbio hemodinâmico** (secundário à crise convulsiva?); e
3. **Edema a esclarecer** (síndrome nefrítica? síndrome nefrótica? hiperhidratação?)

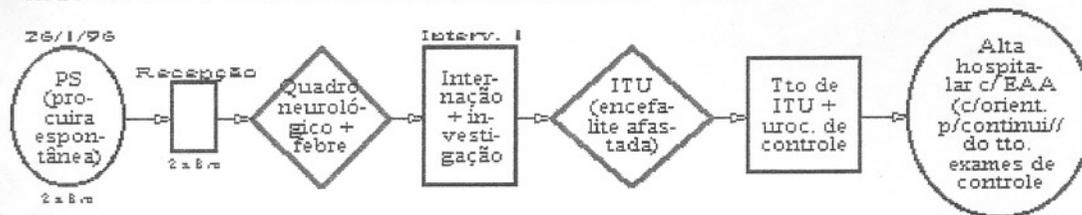
Foi então solicitada Urina I que demonstrou leucocitúria (leucócitos incontáveis) e hematúria (180.000 hemácias), ao mesmo tempo em que a PA se normalizou. Foi feita investigação para síndrome nefrítica; a síndrome nefrótica foi descartada pela evolução do quadro clínico, e a infecção do trato urinário (ITU) permaneceu como hipótese diagnóstica mais provável.

Nesse ínterim, a criança foi avaliada por neuropediatra, que em vista da rápida reversão do quadro neurológico entendeu ser encefalite uma hipótese mais remota, atribuindo o quadro neurológico a uma provável nefropatia em instalação.

Duas uroculturas mostraram-se positivas para *Escherichia coli*, sendo que após a segunda coleta de urina já foi iniciado tratamento para ITU com ácido nalidíxico, para o qual o antibiograma indicou sensibilidade do agente bacteriano.

No quarto dia de internação, estando afebril há 24 horas, a criança recebeu alta hospitalar, tendo antes sido colhidas amostras de urina para Urina I e Urocultura, cujos resultados seriam vistos no Centro de Saúde onde faria seguimento. Na alta, levou Encaminhamento para Acompanhamento Ambulatorial (EAA), contendo resumo do caso e sugestões para completar antibioticoterapia e cobrança de exames (Urina I/Urocultura e dosagem de Complemento sérico - C').

Momento 1 - Evento desencadeador - HMP



Momento 2 (M₂)

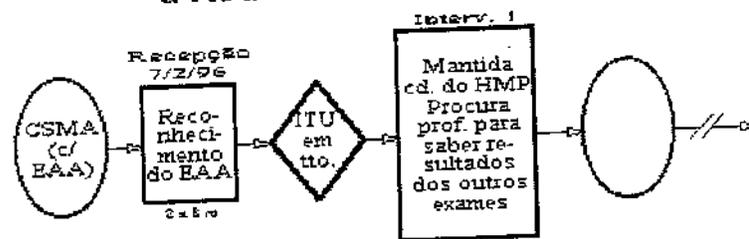
Explicação: esta etapa da trajetória engloba não apenas o momento seguinte à primeira internação no HMP como também a retrospectiva dos acontecimentos ocorridos antes daquele evento (M₁). À subdivisão do M₂, que corresponde à primeira consulta na rede ambulatorial após a internação, chamar-se-á M₂C e ao conjunto de ocorrências que caracterizam o acompanhamento da criança previamente ao M₁ chamar-se-á M₂A, correspondente ao período que passou no Berçário do HMP, e M₂B, correspondente ao acompanhamento feito no Centro de Saúde João Aranha (CSJA) e Centro de Saúde Monte Alegre (CSMA) (ver fluxograma simplificado, no Anexo 2).

Uma outra subdivisão interna que foi feita no interior do M₂ é o que abrange só o seguimento da criança na rede ambulatorial. Assim, o M₂B, que corresponde ao que está sendo denominado Primeira Recepção na Rede Ambulatorial, considera todas as consultas ambulatoriais no CSJA e CSMA antes da primeira internação no HMP (M₁), enquanto que o M₂C refere-se ao atendimento no CSMA logo após a alta da primeira internação, iniciando assim a Segunda Recepção na Rede Ambulatorial. As

Observa-se, assim, que o M_1 (primeira internação no HMP) é o elemento divisor entre a primeira e a segunda recepção na Rede Ambulatorial, e representa o momento em que se deu a primeira manifestação clínica da patologia de base da criança, que desencadeou todas as ações subsequentes que finalmente conduziram à realização de uma assistência mais efetiva para a investigação clínica daquela, ainda que, nele próprio, não tenha sido feito o diagnóstico principal.

Após a primeira internação no HMP (M_1 desencadeador) a criança retornou ao CSMA para dar continuidade ao tratamento de ITU iniciado no HMP, iniciando-se então o M_2C .

Momento 2 - M_2C - 1º retorno à Rede Ambulatorial



Nessa segunda recepção na rede ambulatorial, correspondente ao retorno ao CSMA (M_2C), é registrada no prontuário da paciente o encaminhamento do HMP, estando a criança na vigência do sexto dia de antibioticoterapia. Manteve-se a hipótese diagnóstica de ITU e a orientação de completar dez dias de tratamento com ácido nalidíxico, acrescentando-se a orientação de se fazer uma urocultura de controle ao final do tratamento. Consta ainda no prontuário que no dia seguinte a criança entraria em contato com determinado profissional para ver os resultados de outros exames colhidos no HMP (ver fluxograma total para compreender a posição do M_2C).

Aqui se faz necessário um corte retrospectivo para recuperar os dados do prontuário referentes às consultas anteriores à primeira internação e a esta consulta, o que é importante para uma melhor compreensão do caso.

A primeira recepção na rede ambulatorial (M_2B) ocorreu no CSJA, para dar início ao acompanhamento de puericultura, 24 dias após o nascimento no Berçário do HMP. Nesta consulta, trazia encaminhamento do Berçário, relatando alteração em ecografia materna no período gestacional – hidronefrose de rim D, sendo que a eco abdominal do recém-nascido mostrara “discreta proeminência da pelve renal e do ureter D”.

Havia sido feita também triagem para função renal do recém-nascido, que não mostrara anormalidades.

Foi feito reconhecimento deste encaminhamento no CSJA, tendo então sido solicitada Urina I e eco abdominal de controle, bem como retorno em 7 dias para controle de peso (vide fluxograma M₂B).

A consulta seguinte na rede ambulatorial foi no CSMA, estando a criança (então com 1 mês e 26 dias) assintomática do ponto de vista renal, mas com queixas de cólicas, vômitos após as mamadas, lacrimejamento e secreção purulenta conjuntival. Embora não tivesse havido ainda transferência do prontuário do CSJA, viu-se no cartão do berçário a anotação da hidronefrose à D, mas a mãe referiu que não havia conseguido fazer a ecografia abdominal pelo HMP, tampouco a Urina I e a Urocultura. Foi feito novo pedido de eco abdominal e dadas orientações para as hipóteses diagnósticas levantadas: **Cólicas / Dacriocistite / Monilíase oral / Conjuntivite química / Refluxo gastroesofágico (RGE) / Erro alimentar**, bem como pedida a transferência do prontuário.

• 25/11/93 (5 meses e 20 dias):

Retornou ao CSMA com queixa de febre há 2 dias e erupções cutâneas, tendo passado no dia anterior no Pronto Socorro onde foi feita Urina I, que não mostrou alterações. Continua sem conseguir fazer a eco abdominal (que já havia sido marcada em Campinas através da assistente social do CSE, mas o exame havia sido invalidado por falta de justificativa por escrito pelo médico). Devido à febre sem foco identificado, foi pedida urocultura e novamente eco abdominal, desta vez através do SADT –Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (segundo a mãe, estava havendo dificuldades em se conseguir autorização para realizar o exame na Unicamp).

• 18/3/94 (9 meses e 12 dias):

Retorno ao CSMA com queixa de tosse produtiva há 15 dias, obstrução nasal, chiado no peito, dispnéia e, há quatro dias, febre. Chegou a fazer inalações no PS por este motivo. Ainda não havia conseguido fazer a eco abdominal (não chegou a ser realizada em Campinas e não disse o motivo) e tampouco fez urocultura por dificuldade de deslocamento (pela manhã, ia para a casa da avó materna enquanto o marido trabalhava). Foram repetidas as HD de **hidronefrose com dilatação pielocalicial à D congênita**,

tendo a mãe sido reorientada para fazer urocultura e eco abdominal (pela quarta vez, conforme o prontuário).

- 29/3/94:

Foi atendida em consulta de enfermagem, onde consta resultado negativo de urocultura; ainda se aguardando eco abdominal.

- 29/8/94 (1 ano e 2 meses):

Retorna ao CSMA com queixa de prurido em olho D há quatro dias. Refere também diarreia, vômitos e desidratação tratados no PS no início de agosto. Foi feita HD de **Hordéolo**, com tratamento dirigido para este. Foi também pedido retorno para controle de peso em 30 dias (em atendimento de enfermagem). Não foi repetida a HD de hidronefrose e dilatação pielocalicial.

- 9/9/94 (1 ano e 3 meses):

Vem para consulta por quadro de febre há quatro dias e tosse produtiva à noite. Feita hipótese diagnóstica de **IVAS**, com conduta dirigida para o diagnóstico. Omitida novamente a hipótese diagnóstica de hidronefrose e dilatação pielocalicial.

- 12/8/95 (2 anos):

Comparece à consulta por queixa de dor de ouvido, tendo sido feita a hipótese diagnóstica de **Otite Média Aguda (OMA)** e orientado uso de antibiótico tópico. A hidronefrose novamente não é citada entre as hipóteses diagnósticas.

- 27/12/95 (2 anos e 6 meses)

Retorna ao Centro de Saúde com história de febre há 15 dias, acompanhada de tosse e vômito há quatro dias. Fez uso de antiinflamatório, sem melhora. Foi feita hipótese diagnóstica de **IVAS** e dadas orientações gerais para a mesma. (Após esta última consulta a criança só veio ao CSMA após a primeira internação no HMP, aos 2 anos e 8 meses. Mesmo após diagnóstico de ITU feito no HMP não foi acrescentada a hipótese diagnóstica de hidronefrose. Este atendimento já se inclui no M₂C).

Momento 3 (M₃): segunda internação no HMP

- 27/2/96 (2 anos e 8 meses):

A criança procura o PS sem encaminhamento com história de coriza clara, tosse produtiva e emetizante, chiado no peito e dispnéia há 1 dia, quadro que foi acompanhado de febre no dia seguinte. Foi feita HD de **Síndrome asmática**. Chegou-se a fazer no PS 3 inalações com broncodilatador e, como o quadro não apresentasse melhora e a criança não colaborasse (*sic*), foi então internada para dar continuidade ao tratamento na Enfermaria de Pediatria.

Na anamnese feita na Enfermaria de Pediatria, consta o reconhecimento dos antecedentes da criança: diagnóstico ecográfico intra-uterino de nefropatia e realização de eco abdominal no período pós-natal; desidratação com 1 ano de idade, síndrome asmática desde 1 ano de idade (4 crises, sempre associadas a infecções virais); internação anterior por síndrome convulsiva e ITU atual em tratamento com cefalexina mais ou menos há 10 dias, instituído em outro serviço fora da rede pública. Manteve-se a hipótese diagnóstica de **síndrome asmática** e a de ITU. A mãe referiu ainda ter feito Urina I (com 264.000 leucócitos/mm³) e hemograma naquele serviço privado. Instituiu-se tratamento para o broncoespasmo com aminofilina intravenosa (IV), hidrocortisona IV e inalação com broncodilatador. Foi pedida nova urocultura de controle em 24/48 horas. No mesmo dia chegou o resultado da dosagem de C⁷ pedida na internação anterior, que resultou normal.

Foram programadas uretrocistografia miccional retrógrada (UCM) e urografia excretora (UGE) caso a última urocultura resultasse negativa para ITU.

Como a mãe posteriormente relatasse a ocorrência de mais duas crises convulsivas em casa, foi também pedida nova avaliação pela neuropediatria, que foi agendada para atendimento ambulatorial.

Considerando-se que a urocultura e a Urina I realizadas em 27 de fevereiro não mostraram alterações, a criança foi liberada para fazer UCM + UGE, a serem realizados no HMP. Os resultados obtidos nesses exames (UCM: Refluxo vésico-ureteral grau IV à D, ativo e passivo; UGE: rim D diminuído sem dilatações caliciais) sugeriram então realização de ecografia, cujo laudo descrevia “hepatomegalia inespecífica, assime-

tria renal com sinais sugestivos de seqüela de processo inflamatório ou obstrutivo, redução de espessura cortical e das dimensões do rim D”.

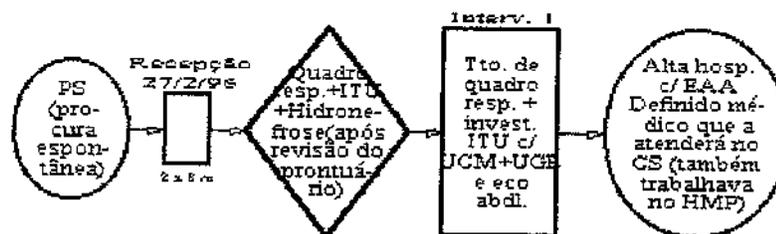
Considerou-se também necessário fazer uma revisão da história pregressa da criança, na qual a mãe confirmou:

- ⇒ Realização de eco abdominal intra-uterina, com diagnóstico de dilatação pielocalicial de rim D;
- ⇒ Realização de provas de função renal no berçário do HMP após o nascimento da criança:
 - $\text{Na}^+ = 144 / \text{K}^+ = 4.6$ (normais)
 - Uréia = 49 / Creatinina = 1,5 (aumentada), em 8/6. Foi repetida em 10/8 e o resultado foi normal (0,7)
 - Urina I = 6.000 lø e 3.000 hemácias (normais);
- ⇒ Encaminhamento para a Unicamp para a realização de eco abdominal no recém-nascido (resultado “normal”). Não foram feitos outros exames para avaliação de função renal e a criança foi liberada para fazer puericultura.

Diante da melhora do broncoespasmo, a hidrocortisona foi substituída por prednisona (corticoesteróide de uso oral).

Com a melhora do quadro respiratório que motivou a internação, a criança recebeu alta hospitalar no dia 3 de março de 1996. Antes, foram colhidas duas amostras de urina para urocultura cujos resultados deveriam ser vistos no CSEP com um médico previamente indicado, que também trabalhava na enfermaria de Pediatria do HMP. A alta se deu com entrega à mãe da criança de Encaminhamento para Acompanhamento Ambulatorial (EAA).

Momento 3 - segunda internação no HMP



Momento 4 (M₄): Segundo retorno à rede ambulatorial (agora na Unidade Básica de Saúde Central — UBS-Central, antigo Centro de Saúde Escola de Paulínia)

- 8/3/96 (2 anos e 9 meses): Ambulatório de Pediatria.

Reconhecimento do EAA, transcrito no prontuário. Nessa ocasião, a criança se queixava de dor abdominal, polaciúria e disúria, bem como urina escura, desde a alta no HMP. Uma das uroculturas colhidas no HMP mostrou-se positiva para *Escherichia coli*. Foi então feita hipótese diagnóstica de ITU atual (ao lado das outras HD) e iniciado tratamento com nitrofurantoína, conforme indicação do antibiograma.

Momento 4' (M₄') : Interconsulta com a Neuropediatria

- 14/3/96:

Nesta consulta (que se deu conforme o agendamento previamente realizado no HMP durante a segunda internação), o profissional reconheceu a paciente, fazendo menção à consulta que ele próprio fizera no PS antes da primeira internação no HMP. Fez ainda uma revisão minuciosa dos antecedentes gestacionais e pessoais, bem como indagou sobre o desenvolvimento neuro-psico-motor (DNPM), descrevendo também os resultados dos exames feitos até então. Fez a hipótese diagnóstica de **Síndrome convulsiva** e pediu eletroencefalograma (EEG).

- 18/3/96: Ambulatório de Pediatria.

Retornou na vigência de tratamento de ITU para saber resultado de urocultura de controle, que não mostrou alterações. Devido ao êxito do tratamento, a dose de nitrofurantoína foi reduzida para $\frac{1}{3}$, com a finalidade de profilaxia de ITU.

Momento 5 (M₅): Nível terciário: Hospital das Clínicas da Unicamp – Ambulatório de Pediatria Clínica

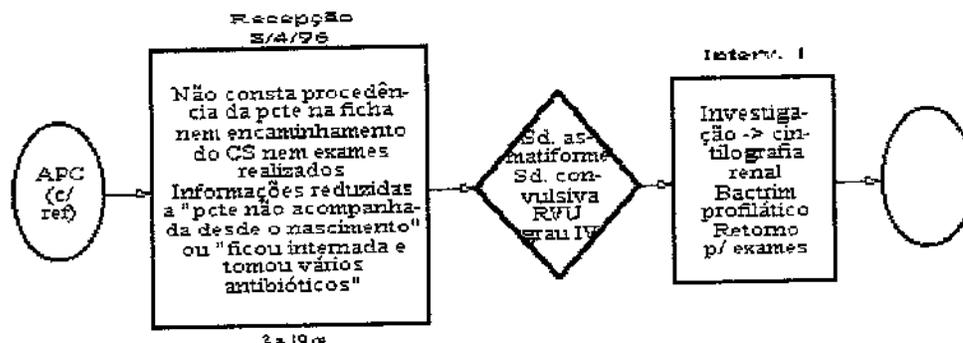
- 8/4/96 (2 anos e 10 meses): Ambulatório de Pediatria Clínica (APC).

Ao ser recebida nessa primeira consulta, o paciente encontrava-se assintomática. A anamnese foi realizada por aluno de primeiro ano de internato. Aqui chama atenção alguns fatos:

- Não consta procedência do paciente na ficha da primeira consulta;
- Não há referência ao encaminhamento feito pela rede ambulatorial nem ao motivo do mesmo. Há menção ao fato de que a criança teve duas “infecções renais”, sendo que “ficou internada e tomou vários antibióticos”. Afirmou também que a criança “não fez nenhum acompanhamento após o nascimento”, depois que se soube do resultado da ecografia abdominal feita no período neonatal. Há referências datadas de UGE e UCM.
- Foram registrados os episódios convulsivos e quatro ou cinco episódios de “pneumonias”, que não constam dos prontuários anteriores.

Foram feitas as Hipóteses Diagnósticas de: 1º) **Síndrome asmátiforme**; 2º) **Refluxo vésico-ureteral grau IV**; e 3º) **Síndrome convulsiva**. Foram pedidos vários exames (RX tórax, hemograma com VHS, IgE e Imunoglobulinas, Uri/Uro, Mantoux, PPF, cintilografia renal) e feita orientação para fazer profilaxia ambiental para síndrome asmátiforme, para uso de Bactrim® profilático (sendo que não há referência até aqui ao uso anterior de NTF) e para retorno no Ambulatório de Neuropediatria.

Momento 5 - M₅ - Nível terciário - HC Unicamp Ambulatório de Pediatria Clínica



Momento 6 (M₆): Terceiro retorno à Rede Ambulatorial (UBS-Central)

- 24/4/96 (2 ano e 10 meses):

Neste retorno só consta a anotação em prontuário, feita pela enfermagem, que a criança estava sendo acompanhada na Unicamp e que retornou ao Centro de Saúde para pegar o Bactrim® lá prescrito, fazer exame parasitológico de fezes e tomar conhecimento do resultado do eletroencefalograma. Não foi mencionado se a mãe trouxe contra-referência da Unicamp.

- 15/5/96:

Deveria haver um retorno ao Ambulatório de Neuropediatria, mas a criança faltou à consulta.

Momento 7 (M₇): primeiro retorno ao nível terciário

- 13/6/96 (3 anos): Ambulatório de Pediatria Clínica.

Nesta consulta foram repetidas as hipóteses diagnósticas da consulta anterior, bem como se transcreveu o resultado da cintilografia renal realizada em 21 de maio de 1996 (“função glomerular preservada à E e deprimida em grau moderado à D”). A mãe refere uma pneumonia recente, diagnosticada uma semana antes (sem indicar onde), em tratamento com Amoxil®. Às HD anteriores é acrescentada a HD de **Pneumonia atual em tratamento**. A conduta foi manter o Bactrim® profilático, pedir uma bateria de exames a serem feitos em Paulínia e transferir a criança para o Ambulatório de Nefropediatria.

Momento 8 (M₈): Segundo retorno ao nível terciário: Ambulatório Especializado — Nefropediatria

- 21/6/96 (3 anos e 15 dias):

Esta consulta foi feita por residente de 2º ano, supervisionado por docente da área. Aqui se menciona o encaminhamento pelo APC devido ao diagnóstico de RVU

grau IV, estando no momento a criança assintomática e em uso de medicação profilática (NTF). São registrados os resultados das cintilografias realizadas em 21 de maio de 1996 (com DTPA) e em 31 de maio de 1996, com DMSA (“DTPA: função glomerular preservada à E e deprimida em grau moderado à D. Vias excretoras pérvias. DMSA: função tubular preservada à E e deprimida em grau moderado à D. Ausência de cicatrizes no rim E, rim D atrófico, com cicatrizes”). Após repetir as hipóteses diagnósticas anteriores, optou-se por manter a NTF profilática, colher novos exames de Urina I e Urocultura no mesmo dia da consulta, em seguida usar NTF em doses terapêuticas durante uma semana, pedir Clearance de Creatinina e retorno em 15 dias com novos Urina I e Urocultura. (Posteriormente, a NTF foi substituída por Floxacin®, porque a mãe referiu-se a vômitos decorrentes do uso do medicamento anterior.)

- 5/7/96. Terceiro retorno ao nível terciário: Ambulatório de Nefropediatria.

A criança continuava assintomática, ainda em uso de Floxacin® em dose profilática. Foram mantidas as hipóteses diagnósticas anteriores e a conduta foi: reintroduzir a NTF (com orientação para substituir por Bactrim® caso persistissem os vômitos); conferir os resultados de UCM e UGE (cujo pedido não havia sido referido antes e que, conforme o prontuário, não mostrou “duplicidade de ureteres”); marcou-se também nova UCM em três meses para reavaliar RVU após tratamento clínico; e se marcou retorno em dois meses com nova urocultura.

Momento 9 (M₉): Quarto retorno à Rede Ambulatorial

- 18/7/96: UBS-Central. Ambulatório de Pediatria.

Consta no prontuário que a mãe retornou para efetuar os exames solicitados na Unicamp. A criança estava em uso de NTF profilático e Amoxil® para tratamento de sinusite diagnosticada em 7 de julho de 1996 (dois dias após a última consulta no Ambulatório de Nefropediatria, não tendo sido mencionado onde fora feito o diagnóstico). O tratamento da anemia foi suspenso por cura (embora não haja registro de controle hematológico). Registrou-se também o resultado normal do eletroencefalograma realizado em 29 de março. Os diagnósticos registrados foram: 1º) **Sinusite resistente à amoxicilina**; 2º) **Otite média aguda**; 3º) **ITU de repetição com atrofia renal e Refluxo vesí-**

co-ureteral. A conduta tomada foi trocar a amoxicilina por cefalexina (Keflex®), e providenciar os exames solicitados na Unicamp.

- 23/7/96 (3 anos e 1 mês) – **M₉**: **AMBULATÓRIO DE RISCO (UBS-CENTRAL).**

A criança foi inscrita neste ambulatório, integrante do Ambulatório de Pediatria do antigo CSEP, para um melhor seguimento do seu caso. Foi feito um sumário da história da criança. A conduta foi mantida e foi marcado retorno para agosto de 1996.

- 7/8/96: Ambulatório de Pediatria.

Consta no prontuário que a mãe “veio para conversar sobre o problema renal da filha” e foram então pedidos os resultados dos exames feitos na Unicamp, até então desconhecidos pelo pediatra do CSEP.

- 27/8/96: Ambulatório de risco

Novamente mantidas as HD, continuou-se aguardando exames.

Momento 10 (M₁₀): Quarto retorno ao nível terciário

- 6/9/96 (3 anos e 3 meses):

Novamente revistas as HD, com referência ao quarto episódio de ITU em junho de 1996. Febre há duas semanas (após vacina Sabin), tendo então sido colhidos Uri/Uro e iniciado Bactrim® terapêutico. Atualmente sem medicação profilática, pois, segundo a mãe, os médicos de Paulínia acham que não está adiantando, sendo necessária a cirurgia.

– Exames pré-suposta ITU: Urina I com 18.000 l_e e 7.500 hemácias; Urocultura: sem resultado.

– UCM: pedido na consulta anterior: Refluxo vésico-ureteral à D

As HD foram mantidas e a atitude tomada foi: contra-referência para a rede ambulatorial, antibioticoterapia profilática (ácido nalidíxico), pedidos de Uri/Uro, U/C e hemograma, retorno em dois meses. Consta também que a mãe tentaria cirurgia em Paulínia.

Momento 11 (M₁₁): Quinto retorno à Rede Ambulatorial

- 10/9/96:

Criança retorna ao Ambulatório de Pediatria por convocação, em tratamento para ITU (urocultura + para E. coli), em uso de ácido nalidíxico. Com queixa de dor nas costas, febre noturna, urina escura e forte. Também está resfriada.

Observação: a mãe encontra dificuldade para fazer os exames por estar grávida.

Foram mantidas as HD, o ácido nalidíxico, pedidos Uri/Uro, e encaminhada a criança ao urologista da rede ambulatorial.

Momento 11' (M₁₁'): Ambulatório de Urologia (Rede Ambulatorial de Paulínia)

- 16/9/96:

Anotado sucintamente o passado urológico da criança e programado agendamento para reimplante ureteral à D (Não consta ainda data da cirurgia nesta consulta).

- 8/10/96: Ambulatório de Risco.

Anotados os resultados de exames: Uréia = 17 (normal: 10-50), Creatinina = -0,7 (0-4, 1:4); Hemograma = 11,3 e Lø = 9.400 e UHS = 36.

Criança em uso de ácido nalidíxico, aguardando cirurgia.

Retorno provável em novembro de 1996.

Momento 12 (M₁₂'): Terceira internação no HMP

- 7/11/96 (3 anos e 5 meses):

Criança internada para reimplante ureteral e com quadro respiratório atual (em uso de inalações e broncodilatadores vo), do que foram avisados o anestesista e o cirurgião. Feitos hemograma e Urina I na internação, ambos normais. O anestesista avalia a criança à tarde e sugere nova reavaliação posteriormente. No dia seguinte (8 de novem-

bro), a cirurgia é suspensa. Colhida urocultura antes da alta (-) e a criança é encaminhada ao Ambulatório de Urologia para remarcar cirurgia em 11 de novembro de 1996.

Momento 13 (M₁₃): Quinto retorno à Rede Ambulatorial

- 12/11/96: Ambulatório de Urologia.

Remarcada cirurgia para 6 de dezembro de 1996.

- 12/11/96: Ambulatório de Pediatria.

Criança com queixa de manchas roxas pelo corpo (constatadas 4 ou 5 equimoses ao exame físico em diferentes estágios de evolução). Feita HD de Púrpura a esclarecer e pedidos coagulograma completo e PPF.

Momento 14 (M₁₄): Quarta internação no HMP

- 5/12/96 (3 anos e 6 meses):

Admitida no HMP para cirurgia, sendo submetida a reimplante ureteral D, sem intercorrências, no dia seguinte (6 de dezembro). Fica internada na enfermaria de Pediatria durante 7 dias. No dia 13 de dezembro de 1996, o urologista dá alta com prescrição de antibiótico (cefalexina). Pediatra faz o EAA para Ambulatório de Urologia, com dia e hora de consulta já especificados. Observação: o pediatra que fez o encaminhamento é o mesmo que já a acompanha no CSE (ou UBS-Central).

Momento 15 (M₁₅): Sétimo retorno à rede ambulatorial

- 3/1/97: Ambulatório de Pediatria

Criança com febre há quatro dias e “bolinhas” pelo corpo. Refere também urina escura e ardor à micção. Em uso de Amoxil®.

Urina I: proteínas ++; leucócitos: 16.000/ml; hemácias: 17.500/ml.

Urocultura (-).

Foram feitas as HD de **Coxackiose**, **Nefropatia** e **RVU corrigido**, e pedida Urina I de controle.

- 14/1/97: Ambulatório de risco

Anotadas as HD (inclusive o registro de correção cirúrgica do RVU), a consulta com pediatra em 3/1, os resultados de Urina I já citados acima e a solicitação do controle urinário.

Aguardando retorno para 1/97??? (data não legível no prontuário)

- 22/2/97: Ambulatório de Pediatria

Queixa de prurido pelo corpo há meia hora, sendo desconhecidos os fatores desencadeantes.

Feita a HD de urticária e prescritos Adrenalina SC a ser feita no CS e Polaramine® (vo) para casa.

- 25/2/97 (3 anos e 8 meses): Ambulatório de Risco

Não encontrado resultado de Urina I pedido em 3 de janeiro. A criança é convocada para realizar novo exame.

- 1/4/97:

Novamente não é encontrado o resultado de Urina I no prontuário. A criança é reconvocada.

- 9/4/97: Ambulatório de Pediatria

Criança comparece à consulta com o pai para fazer controle urinário (mãe não a trouxe antes por ter dado à luz). Pedidos Uri/Uro e U/C de controle.

- 24/4/97:

Criança não comparece à consulta.

- 29/4/97: Ambulatório de Risco

Resultados de exames pedidos em 9 de abril foram normais. É marcado novo retorno ao Ambulatório de Risco após a próxima consulta na Pediatria (aproximadamente em julho de 1997).

- 15/5/97: Ambulatório de Pediatria

Anotados novamente os resultados de exames anteriores. Marcado retorno à Unicamp (em 9 de julho de 1997).

• 10/7/97:

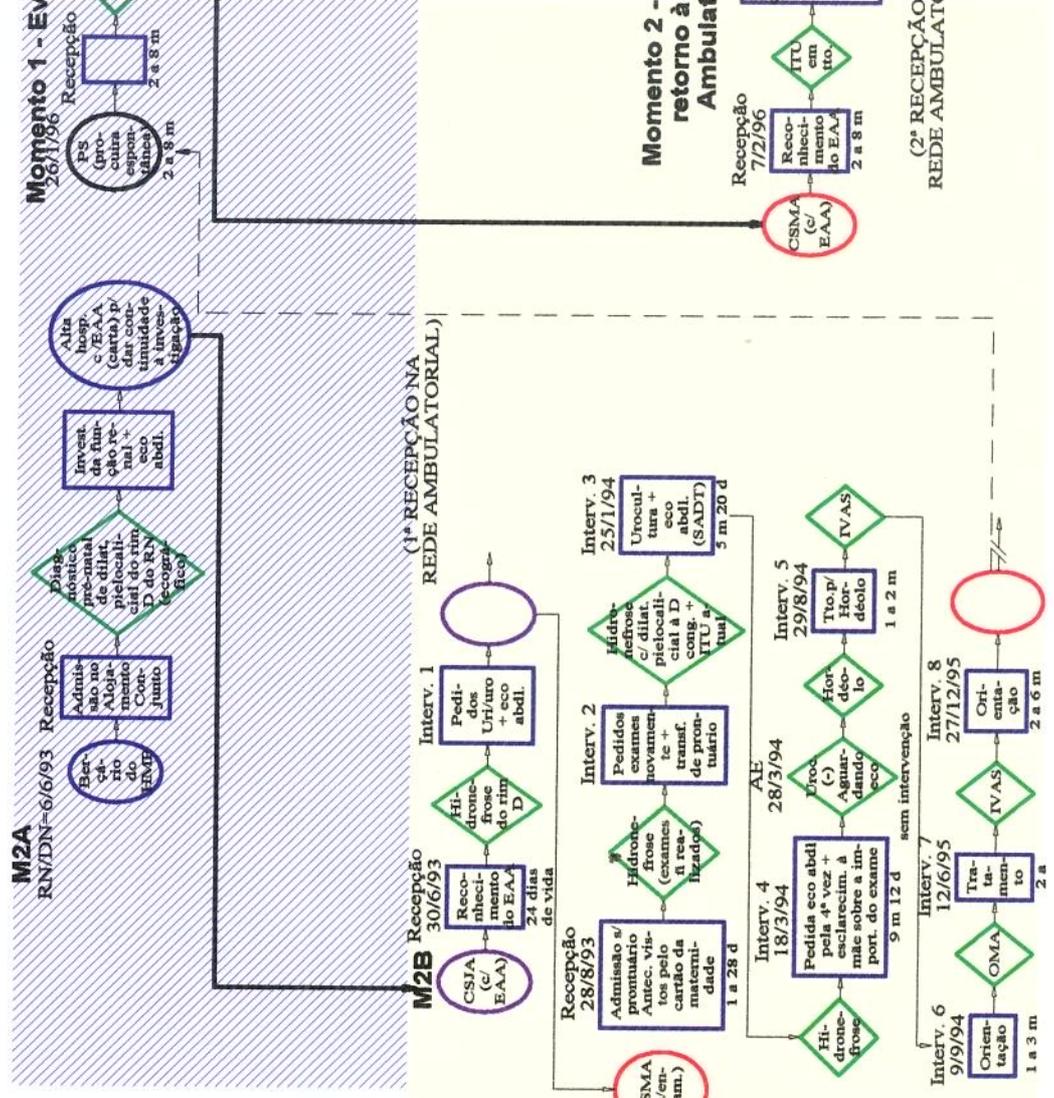
Criança retorna em tratamento para sinusite, com amoxicilina há 4 dias, sendo que teve febre há 6 dias.

Feitas HD de **IVAS e broncoespasmo**. Prescritas inalações e pedidos: RX de seios da face; Uri/Uro.

• 12/8/97: Ambulatório de Risco

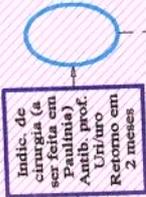
Ainda sem os resultados no prontuário dos exames pedidos na consulta anterior, constando no mesmo que a criança foi encaminhada à Unicamp em 14 de maio de 1997, sem referência, entretanto, se a consulta na Nefropediatria realmente se efetivou.

O FLUXOGRAMA

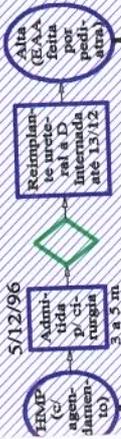


ao nível terciário

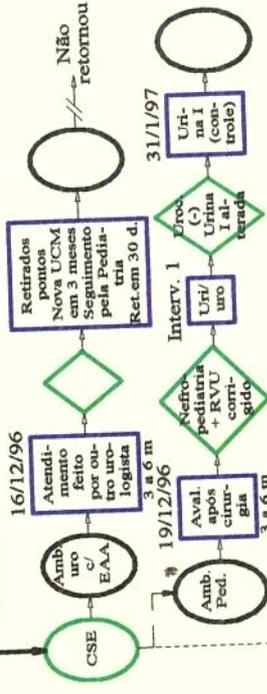
Interv. 1



Momento 14 - quarta internação no HMP

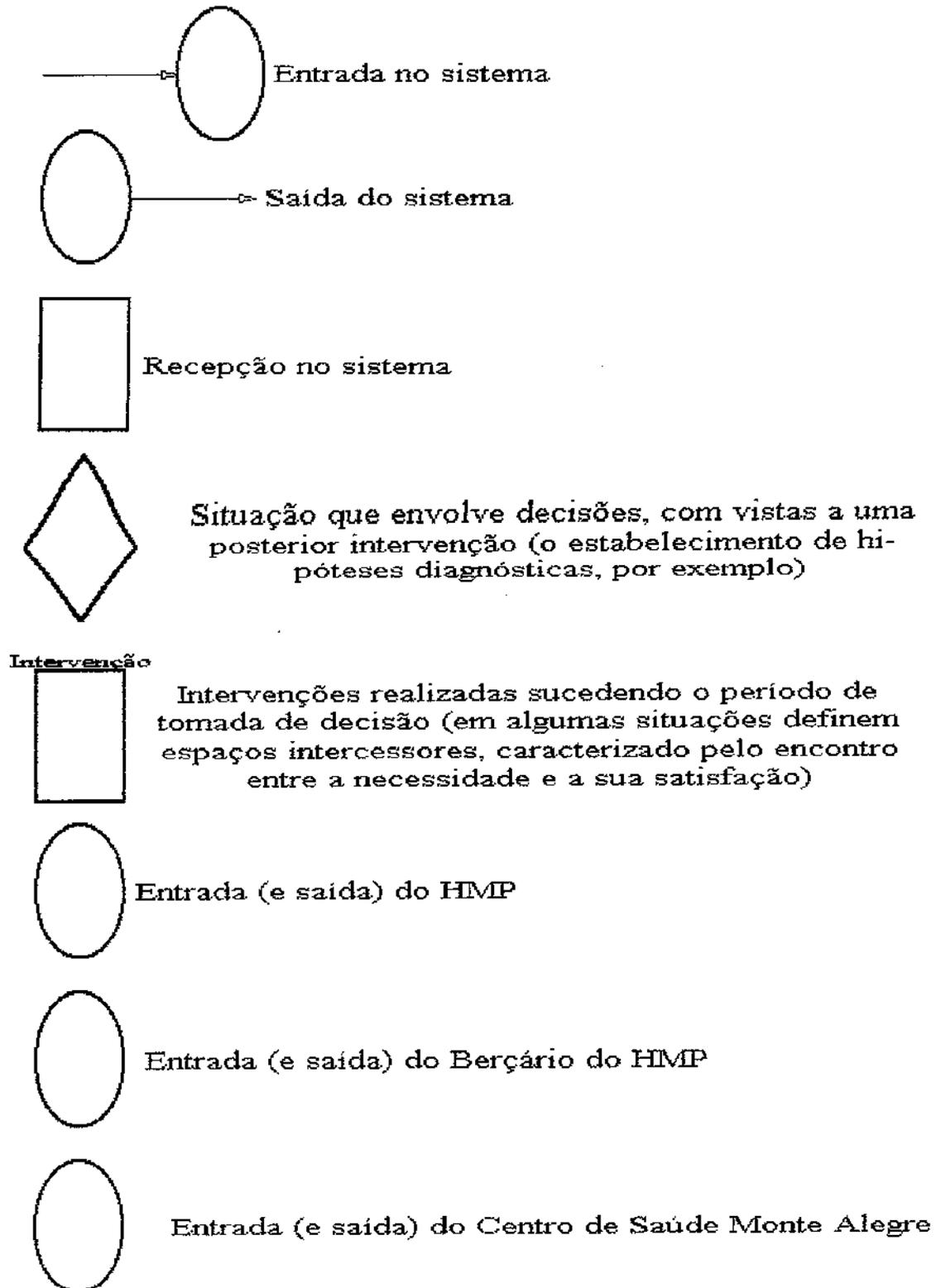


Momento 15 - 7º retorno à Rede Ambulatorial



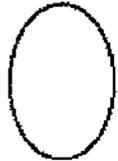
Houve mais 4 consultas no Ambulatório de Pediatria, em 22/2/97, 9/4/97 (esta por convocação pelo Amb. de Risco em 1/4/97), em 14/5/97 (convocando retorno à Unicamp) e em 16/7/97 (pedidos Uri/uro de controle).
 Foram feitas 5 revisões de prontuário entre 14/1/97 e 12/8/97, geralmente para verificação de resultados de exames. Houve indicação apenas em 1/4/97 (convocação para exames que ocorreram em 9/4/97).

III.8 — Anexo 1 – Códigos de símbolos e cores utilizados no fluxograma





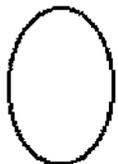
Entrada (e saída) da UBS-Central
(antigo Centro de Saúde-Escola de Paulínia)



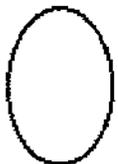
Entrada (e saída) do Ambulatório de Pediatria Clínica
(nível terciário - HC Unicamp)



Entrada (e saída) do Ambulatório de Nefropediatria



Entrada (e saída) do Ambulatório de Urologia



Entrada (e saída) do Ambulatório de Risco

—————▶ Trajeto realizado mediante encaminhamento

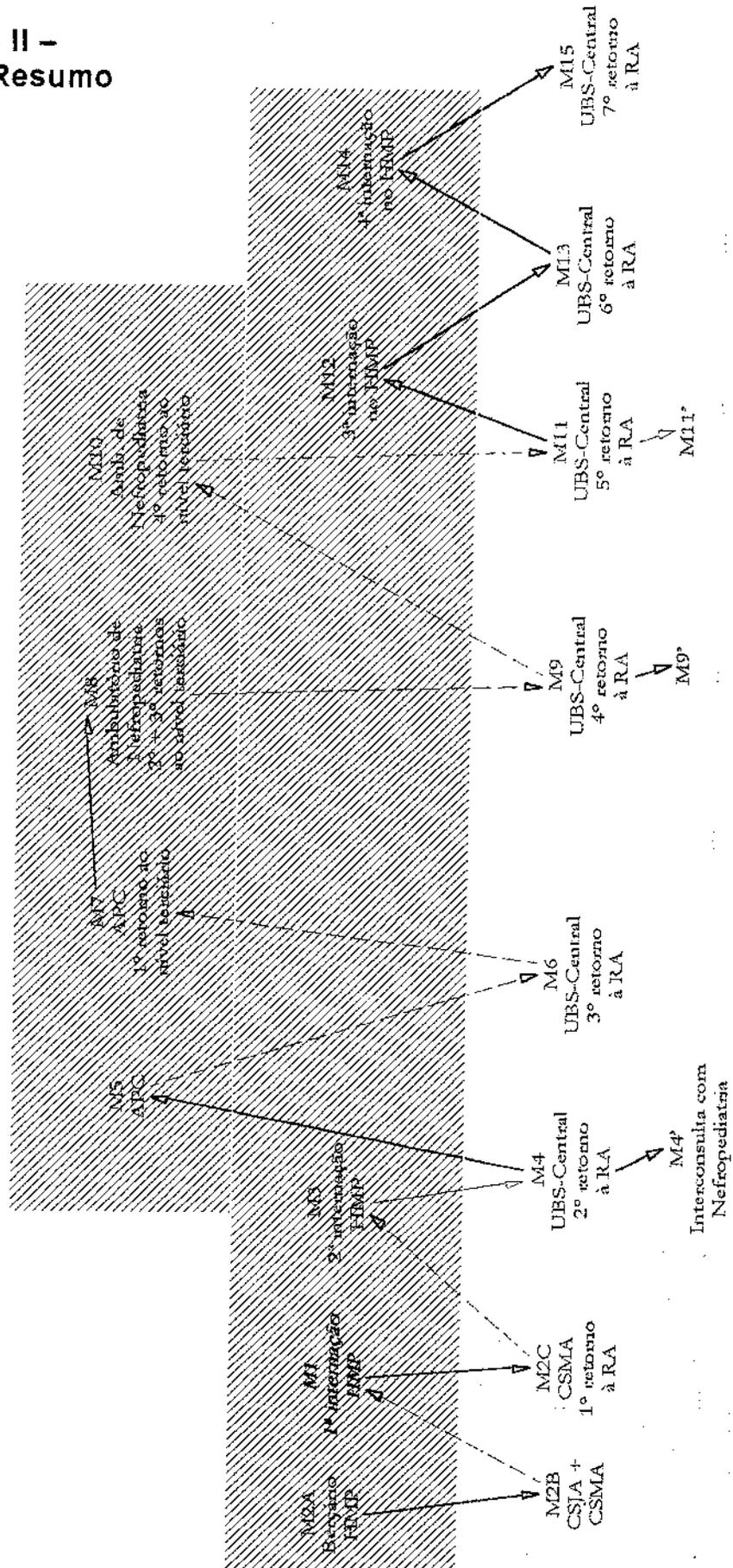
— — — —▶ Trajeto sem encaminhamento prévio

- - - - -▶ Encaminhamento duvidoso

-----▶ Indicativo da passagem do caso para revisão
do prontuário no Ambulatório de Risco

——//——▶ Interrupção de seguimento em um dado serviço

III.9 — Anexo II — Fluxograma Resumo



CAPÍTULO IV — IDENTIFICANDO OS “RUÍDOS” DO TRABALHO VIVO

Tendo como base as informações apresentadas no fluxograma, o próximo passo é procurar identificar os instrumentos que, presentes nos processos de trabalho envolvidos nesse cuidado, permitem interrogar e analisar o modelo a partir da problematização que vem sendo construída. Procurar-se-á demonstrar, através de algumas ferramentas, como a molecularidade desses processos, obtidos a partir da informação, podem interferir na sua capacidade de intervenção sobre a realidade, aqui compreendida como a produção de um cuidado integral, contínuo e coordenado.

Em face das considerações relacionais que o trabalho comporta, em função de sua própria temática, e que serão oportunamente exploradas através do fluxograma, será utilizada em alguns momentos a Rede de Petição e Compromissos como um dos recursos analíticos, a fim de que se possa ter uma melhor compreensão de como se instituem as relações intra ou interinstitucionais no interior do sistema hierarquizado. Desse modo, o uso da informação implicará na utilização simultânea do fluxograma e da entrevista com a usuária²⁸, para se fazer a reconstituição do trabalho vivo em ato e da rede de petição e compromissos que este determina no desenho metodológico proposto para este caso.

Pode-se observar que o eixo narrativo em torno do qual se construiu o fluxograma foi a investigação do quadro renal da paciente por ter sido essa a situação geradora do trânsito interinstitucional. Com isso, não se pretende desconsiderar os outros elementos clínicos e não clínicos da vida da usuária, como se a pesquisa se restringisse a um procedimento de auditoria médica. Assim, com o intuito de se fazer uma avaliação qualitativa do cuidado proporcionado, foi utilizado um problema de saúde como uma

²⁸ Neste trabalho, a memória do usuário será recuperada, por motivos evidentes, através da memória da mãe da criança, uma vez que sua baixa idade na época dos acontecimentos e da pesquisa não permitiu utilizar seu discurso. Reconhece-se aqui essa limitação no uso da memória, mas considera-se também o princípio de que a mãe da paciente, como sua responsável, é também usuária do sistema de saúde.

espécie de “traçador” que necessitou percorrer as várias instâncias para completar sua resolutividade.

A representação gráfica da trajetória empreendida pelo paciente já antecipa os momentos iniciais da análise, constituindo um primeiro motivo de incômodo e estranhamento. Nesse sentido, o próprio fluxograma, dada a sua configuração e extensão, é, em si, um “ruído”, evidenciando as discontinuidades nas relações entre os níveis, a descrição de movimentos unidirecionais no interior do sistema, bem como a frequência e a dispersão de trajetos realizados desnecessariamente e que resultaram no prolongamento do seguimento clínico e no adiamento da resolução do caso.

À visualização do fluxograma, já se pode perceber que tais discontinuidades expressam, de uma certa forma, a própria discontinuidade e a fragmentação dos processos de trabalho envolvidos na produção desse cuidado. A partir desse enfoque inicial, pode-se utilizar o “fluxograma usuário-eixo”, como um **fluxograma analisador temático**, a partir do qual se abrem novas possibilidades de análise, ao se expor, através de recortes interessados, novos “estranhamentos” ou temas “ruidosos”, que possam trazer à tona a dinâmica micropolítica do trabalho realizado. Tentar trazer e revelar a molecularidade e a vivacidade desses processos é a tarefa dos momentos subseqüentes, no que será de valia as informações obtidas na entrevista com a usuária, complementando, confirmando, iluminando os elementos interrogadores e analisadores e auxiliando na exposição de novos temas analisadores, de modo a ampliar a compreensão do que ocorre nos espaços de relação das instituições de saúde que integram o sistema hierarquizado²⁹.

Com essa finalidade, foram selecionados, então, alguns temas analisadores, que serão enumerados e comentados abaixo:

²⁹ A entrevista, de caráter semi-estruturado, foi realizada em 27 de novembro de 1997, na residência da usuária, em Paulínia, e gravada para posterior reprodução e consulta. Nos trechos aqui transcritos, manteve-se, o mais fielmente possível, o linguajar espontâneo da mãe.

1. A DEMORA DO DIAGNÓSTICO – AS DIFICULDADES INICIAIS EXISTENTES NA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS PARA O SEGUIMENTO DO CASO E PARA A OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Ao se tomar contato com as informações contidas no fluxograma, um ponto que chama a atenção ao longo de toda a trajetória é a demora em se fazer o diagnóstico da patologia renal da criança, e, conseqüentemente, em se instituir a terapêutica adequada. Acompanha-se, assim, o desenvolvimento de uma história em que a protagonista, a despeito de ter diagnóstico precoce de hidronefrose (já na vida intra-uterina e no período neonatal), com recomendação expressa para fazer seguimento clínico na rede ambulatorial por esse motivo, e com contatos freqüentes com o sistema de saúde, chega aos três anos e meio de idade com lesão renal avançada.

A demora para se fazer o diagnóstico definitivo e para o acionamento das intervenções tecnológicas se constitui, portanto, em um tema extremamente ruidoso em toda a trajetória. Este é, portanto, um ponto a partir do qual se pode perguntar a respeito do modo de funcionamento dos serviços e também da articulação entre os diferentes níveis tecnológicos, para a investigação do problema em pauta.

Inicialmente, devem ser salientadas as dificuldades sentidas pelos profissionais envolvidos no atendimento de nível primário para a obtenção de um procedimento – ecografia abdominal –, considerada, naquele momento, um requisito importante para o acompanhamento clínico da criança, dificuldades essas que se iniciaram com a não autorização para a realização do exame por parte dos responsáveis pelo nível terciário, na fase final do convênio entre a Prefeitura Municipal de Paulínia e a Unicamp.

Desde a sua inscrição na rede ambulatorial, e antes da primeira internação, a criança compareceu a nove consultas confirmadas no Centro de Saúde João Aranha (CSJA) e no Centro de Saúde Monte Alegre (CSMA), não se logrando êxito na realização do exame, até que, nas três últimas consultas no CSMA, a hipótese diagnóstica principal e a necessidade do pedido de ecografia abdominal desapareceram do registro em prontuário (ver fluxograma M₂B).

Nesse período, que correspondeu aos primeiros dois anos e meio da vida da criança, ficou patente a dificuldade, por parte da rede ambulatorial, em se articular com os outros níveis, no sentido de imprimir consistência e continuidade ao acompanha-

mento do caso, uma vez que, à época, o procedimento ainda não era realizado no Hospital Municipal de Paulínia (HMP). Chegou-se a fazer o pedido do exame pelo SADT, devido à impossibilidade de fazê-lo na Unicamp. De imediato, já se pode interrogar que tipo de rede de petição e compromissos está atuando aqui, uma vez que fazer o exame na Unicamp (independentemente do convênio entre esta e a PMP) seria o caminho natural em função do estatuto do Hospital das Clínicas enquanto instituição de referência, dentro da obediência aos princípios de regionalização e hierarquização. O não cumprimento dessa determinação forçou a busca de outras alternativas que, por não terem sido efetivas, prolongou desnecessariamente o diagnóstico.

Abaixo, são reproduzidas algumas declarações da mãe da criança, as quais ilustram alguns aspectos ligados ao exercício do trabalho vivo relacionado a essa questão.

— *“Fô que não falaram nada desse rim dela pra mim, disse que estava tudo bem com ela (no berçário do HMP), deram alta, só que era pra ficar acompanhando, fazer ecografia várias vez (...). Fô que aí quando fui pra fazer a ecografia, cortaram o convênio daqui com a Unicamp. Aí ficou difícil pra eu fazer (...). A enfermeira que... aquela que fica lá para ajudar a gente, telefonou pra Unicamp, ver se poderia fazer esse exame lá. Aí disse que não poderia fazer esse exame lá (...). Eu tentava fazer os exames, inclusive eu fui fazer o exame que era numa clínica que me encaminharam em Campinas. Cheguei lá pra vir fazer o exame, não sei, era um laboratório. Fô que lá, ah, um médico não tinha preenchido o formulário tudo certinho, aí chego lá cancelaram o exame, dix que precisava da assinatura, não sei mais o que que era naquele tempo. Aí voltei de novo sem fazer o exame.”*

Dificuldade semelhante não foi experimentada pelos profissionais do nível secundário por ocasião do nascimento da criança, quando o berçário do HMP articulou-se facilmente com o nível terciário (CAISM-Unicamp) para fazer a ecografia abdominal do recém-nascido já no primeiro dia de vida, conforme palavras textuais da mãe na entrevista (que não serão agora transcritas).

O entendimento dessa questão, que envolve a execução de um procedimento estritamente técnico pode ser feito mediante duas perspectivas: de um lado, pela diferença na capacidade resolutive dos serviços decorrentes da sua diferenciada incorpo-

ração de tecnologia. Assim, é inegável que, à medida que o paciente se desloca para instâncias de maior complexidade tecnológica, encontra maior facilidade na obtenção de procedimentos que envolvem um maior acúmulo de saber técnico e uso de equipamentos – tecnologia “leve-dura” e “dura” –, dos quais, pelo menos nos momentos iniciais dessa trajetória, a rede ambulatorial ainda não dispunha. Tal “desvantagem” técnica, estando associada a um menor acúmulo de poder técnico e político, tornou o nível primário vulnerável às deliberações dos outros níveis. Assim, enquanto no período citado a rede ambulatorial não obteve êxito na realização do referido exame, durante as internações o uso de tecnologia “dura” foi feito a contento: realização de ecografia abdominal no berçário do HMP, realização de UCM, UGE e ecografia abdominal na segunda internação no HMP, e, no nível terciário, realização de cintilografia renal logo no início da investigação no Hospital das Clínicas da Unicamp.

Contudo, será que a dificuldade para a obtenção do exame deveu-se exclusivamente à vulnerabilidade técnica por parte da rede ambulatorial ou existiram outros fatores que poderiam esclarecer esse ponto? Algumas informações trazidas pelo fluxograma e pela memória da usuária (mãe da criança) auxiliam a compreender melhor essa questão.

1. A anotação da hipótese diagnóstica e do pedido de ecografia desapareceram do prontuário nas quatro últimas consultas no CSMA, sugerindo que ou o problema principal da paciente deixou de existir (ou de ser importante) ou que, por qualquer motivo, houve desistência dos profissionais em continuar a investigação do caso;
2. Na consulta do CSMA que sucedeu a primeira internação no HMP, omitiu-se a associação entre o episódio de infecção do trato urinário (ITU) recentemente diagnosticada e o antecedente de hidronefrose várias vezes registrado.

As declarações da mãe complementam essas informações:

— *“Aí, não sei o que aconteceu, deixaram quieto, falou, tá? ela está bem, conversaram comigo, ela está bem, vamos deixar quieto, só que quando você conseguir marcar pra Unicamp você marca e faz esses exames pra nós tirar as dívidas. Só que eu nunca conseguia, nem as enfermeiras, eu primeiro telefonava, telefonava, não conseguia marcar esse exame. E pra mim ficava difícil mais ainda pra marcar esse exame. Se elas não conseguia, imagina eu. A as-*

sistente também ligou, não conseguiu... Então...(...) Ai foi a época que ela começou a dar várias doenças, que nem bronquite, atacou a bronquite, eu levava ela no hospital por causa da bronquite e ficou, deu alucinação no pronto socorro por causa da... ela deu uma desidratação forte, ela ficou de observação no pronto socorro. Ai ficamos acompanhando só por causa de bronquite e desidratação, que era só o que ela dava, chegou a dar pneumonia, ela acompanhava só por isso, então esqueceram o rim, por causa desses problemas, entende?"

Ambas as fontes de informação são expressivas de como a operacionalização do trabalho vivo no Centro de Saúde e no Pronto Socorro se deu no sentido de gradualmente se desconsiderar e se relegar a segundo plano a investigação do quadro renal. Quer tenha sido por desmotivação da equipe do Centro de Saúde em função das dificuldades encontradas para a realização do exame ou por ofuscamento do problema face a outras demandas mais urgentes, o fato é que ocorreu praticamente uma delegação de responsabilidade à mãe da criança para a obtenção do procedimento.

Portanto, se é verdade que a rede ambulatorial não detinha o controle dos recursos técnicos naquele momento, também se pode afirmar que, nela, não teve lugar a produção e a valorização de um conjunto de saberes – as tecnologias “leves” – que tinham o potencial de exercer uma intervenção junto ao usuário para a satisfação de suas necessidades. Em outras palavras, não se logrou criar, no âmbito da rede ambulatorial, nos momentos iniciais da investigação, um “lugar” de produção de vínculo e de responsabilização que de certa forma independiam de uma capacitação exclusivamente técnica, mas que estão sendo igualmente considerados como integrantes de uma capacitação tecnológica, conforme a reflexão que vem sendo feita neste trabalho, no sentido de aumentar o seu potencial operatório para a obtenção dos resultados esperados.

2. A PROCURA DE OUTRO SERVIÇO

Ainda seguindo essa linha de compreensão, um outro “ruído” que merece ser assinalado é a **procura de um serviço privado** logo após a consulta no CSMA que sucedeu a alta do HMP. O que explicaria a procura de um outro serviço logo após um diagnóstico recente de ITU no HMP, com encaminhamento adequado ao CS para dar

continuidade ao tratamento, sendo que neste houve concordância quanto às orientações feitas no hospital?

Ao ser indagada a respeito desse assunto a mãe respondeu:

— *“Por causa da Dr^a ‘X’ (...) Eu cheguei lá pra consultar com ela, ela ‘tava com 39 de febre e ‘tava quase delirando, então ela chegou quase a agredir a Dr^a ‘X’ (...) A L... Ela estava super delirando. Ai a Dr^a ‘X’ veio com ignorância e falou: ‘Credo, mãe, a sua filha é muito ignorante’. Ai já me doeu, pelo jeito de se... ‘Tenha um outro filho pra tirar essa manha dela’... Ela falou, ela gritou com L., L. delirando, queimando de febre, que se ela ‘tava gritando daquele jeito é que ela tinha alguma coisa. Ela falou desse jeito, ‘Ah, mãe, a sua filha é muito mimada’, falou desse jeito, ‘L., você fica quietinha ou a tia vai dar uma injeção’. Aquilo me magoou, porque eu acho que para uma pediatra ela não teria que falar aquilo para uma menina, uma menina com 39 de febre. Ai examinou a menina e eu já com aquilo entalado. Examinou a menina: ‘Mãe, sua filha não tem nada’. E ela já sabia da pasta, os problemas no rim, tudo. Quê ela teve uma internação de 8 dias, a primeira internação, só que não descobriram que era o rim (...) Ai eu cheguei e ela disse que a menina não tinha nada. Eu fiquei, eu falei: ‘Não pode’, a menina com 39 de febre, abaixava, a menina gritava, ai cheguei aqui chorando de desgosto, falei com meu marido, ele pegou e levou a menina ‘pro Dr. ‘Y’. (...)”*

Ai, nisso, fui lá, [conversei] com o Dr. ‘Y’, falei que ela tinha infecção no rim, que deu o problema dela quando ela era nenexinha, então ele chegou, pediu exame de urina e ia pedir uma ecografia, mas nem chegou pedir a ecografia porque disse que estava com uma infecção feia, disse que era de rim, grave mesmo. Ficou três dias internada.”

Com esse exemplo, é interessante perceber que, muitas vezes, o “ruído” encobre o não-registro de determinadas situações que, ao serem reveladas, explicitam com clareza como se exerce o trabalho vivo em ato nos “espaços interseçores”, visto através da forma como se relacionam as diferentes subjetividades no seu interior. Sua revelação resgata a vivacidade da relação entre a produtora do cuidado (Dr^a “X”) e as consumidoras (L. e sua mãe) dentro do jogo de necessidades e satisfação de necessida-

des, mostrando que o equacionamento dessas funções não se deu de forma favorável à usuária.

A configuração das relações que se criou nesse espaço é um bom exemplo do que se chamou antes de “intersecção objetiva”, isto é, de uma relação não compartilhada entre o usuário e o prestador do cuidado, em que aquele não se deixa suprimir no cenário de disputa e busca outras formas de exercer sua ação instituinte. Assim, a procura de outro serviço mostrou que, naquela dada configuração de espaço *interseçor*, não se estabeleceu um ambiente de acolhimento e continência das necessidades da usuária, fazendo com que o mesmo buscasse se inserir em novas configurações tecnológicas que permitissem a recepção e a satisfação das mesmas.

Pode-se verificar, com esses exemplos, como o estabelecimento de tecnologias “de relações” inadequadas (acolhimento e vínculo insatisfatórios), teve como consequência uma ação operatória no sentido da interrupção de um cuidado que se mostraria decisivo no prognóstico da patologia de que a paciente era portadora.

3. A MUDANÇA DO PRONTUÁRIO PARA A UBS-CENTRAL (ANTIGO CSE)

Assim, a partir daquele momento, a mãe passou a assumir ativamente a coordenação do cuidado e a responsabilidade da escolha do lugar que consideraria mais adequado para estabelecer uma relação de confiança, um espaço *interseçor* que atendesse às suas necessidades, ainda que, fazendo uso, para isto, de expedientes clientelísticos.

— “*Inclusive foi aí que eu resolvi mudar a pasta dela 'pro Centro de Saúde, comprei a maior briga, com... era com o Dr. 'L' na época... que era o diretor geral do Centro de Saúde.(...)*

Aí, nisso, fui na Secretaria da Saúde, com encaminhamento do ex-prefeito, pedindo pra... acho que uma irmã... uma cunhada dele me acompanhar. Eu cheguei lá e desembuchei, falei pra ele o que 'tava acontecendo, que não 'tava gostando do atendimento, né, que eu não 'tava gostando, que... eu conhecia um doutor, que era o Dr. 'A', que me indicaram ele, só que eu não tinha condição de pagar a clínica dele, eu queria passar a minha menina com ele...

(...) *Aí conversei, ela [sugeriu] : ‘Você não ‘tá gostando então vamos transferir a pasta’, aí mandaram eu conversar com o ‘R’, nós transferimos a pasta...’”*

Ao fazer uma comparação entre o atendimento no CSMA e no CSE, para onde fora transferido o prontuário da criança, a mãe reafirma a sua vocação de agente instituinte, que consegue descaracterizar a condição de “objeto” que lhe seria naturalmente reservada, e modificando a relação sujeito-objeto ao buscar exercer sua capacidade de instituição em um outro espaço *interseçor*:

— *“Olha, do Monte Alegre eu não tenho muito do que me queixar, das enfermeira, nada, eu adoro o atendimento, inclusive a minha pasta é lá, eu adoro lá, só que por causa da Dr^a ‘R’ eu já cheguei, eu falei: ‘Se eu chego aqui, e não tem outro pediatra, só tem ela, eu tenho que passar com ela’, então já pra não passar com ela eu transferei a pasta lá [para o CSE]. Inclusive eu gostei do Dr. ‘A’, gostei da dedicação dele com a menina, gostei dos enfermeiros, do jeito que foram com a minha menina, aí preferi ficar lá. Falei: ‘Não, eu quero a minha pasta aqui’, e foi mais por causa disso.”*

Essa declaração da mãe faz emergir alguns conteúdos que explicam os interesses e os modos tecnológicos de operar das distintas forças instituintes em jogo (a própria mãe, diretor do CSE, parentes do ex-prefeito), mostrando a presença permanente da linha tênue que distingue o interesse público do privado, como orientadora de processos que atravessam constantemente o cotidiano institucional, influenciando ou mesmo determinando a lógica da organização dos processos de trabalho. O relato mostra ainda que a mãe tem uma certa consciência da dinâmica da relação entre produtor e consumidor, inserindo-se nela e assumindo uma posição (só) aparentemente “objetalizada”, conseguindo transpor configurações tecnológicas que considera adversas.

4. POR QUE A AÇÃO COORDENADA PASSA A DEPENDER DA AÇÃO VOLUNTÁRIA DE UM PROFISSIONAL?

Na UBS-Central, de forma oposta à situação ocorrida anteriormente no CSMA, estabeleceu-se, por parte do profissional anteriormente citado que a atendeu (Dr. “A”), uma atmosfera de acolhimento e escuta, mais adaptada às necessidades da usuária e

sobejamente enfatizada pela sua mãe. A atuação voluntária daquele, dando continuidade à da própria mãe, veio imprimir um ritmo mais consistente ao acompanhamento, responsável, em grande parte, por uma ação mais coordenada entre os níveis. As palavras da mãe acerca desse relacionamento são claras:

— *“Gostei e gostei mais foi da dedicação, entende? Que ele tinha com L. que nem fosse o... Não que ele fosse um médico e uma paciente. Até hoje ele é assim. É que nem fosse um amigo. Ele chega a atender ela que nem... gostei mesmo. Não é só que nem um médico e um paciente. O que a gente gosta, quando um médico que dá mais atenção, que ele deu uma atenção pra mim, ele me curou o que eu tinha pra falar, né? Daí eu pedi ecografia pra ele fazer o pedido, então ficou mais fácil pra mim. Gostei muito dele.”*

A partir daí, e também de posse de alguns resultados de exames realizados durante a segunda internação no HMP, esse profissional passou a assumir mais ativamente a condução do caso, encaminhando todos os passos subseqüentes em direção à solução do mesmo: encaminhamento ao nível terciário, interconsulta posterior ao Ambulatório de Urologia da UBS-Central, bem como todas as ligações formais e documentadas (referência e contra-referência) entre os níveis primário, secundário e terciário. Desde então, passa a haver uma ligação direta entre o nível primário e o nível terciário (embora sem reciprocidade por parte deste), bem como uma maior plasticidade nas relações entre os níveis primário e secundário, praticamente conferindo-se à rede ambulatorial a condição de uma instância referencial efetiva:

— *“E eu dou as graças ao Dr. ‘A’. Porque foi ele que pegou no pé, foi ele que lutou, foi ele, não precisou eu chegar e conversar com o Dr. ‘B’ [urologista], ele chegou e conversou com o Dr. ‘B’, falou do problema da menina, então ele mesmo já marcou a consulta pra mim, mandou eu vir em tal dia, já encaixou, que é que eu soube que o Dr. ‘B’ é bem difícil. Então chegou e já encaixou a menina...”*

A declaração acima demonstra como mesmo uma ação individual permitiu, de certa forma, contornar alguns bloqueios impostos pela hierarquização entre diferentes instâncias tecnológicas do sistema ou dentro de um mesmo nível. Tal ação voluntária, personificando tecnologias “de relações”, suplantou os mecanismos formais de co-

municação entre os níveis, transpôs algumas barreiras burocráticas e se tornou referência de uma rede de petição e compromissos capaz de criar novas configurações tecnológicas, novos espaços *interseções*, no sentido de constituir e adensar linhas de força claramente centradas no interesse do usuário. Interroga-se, então, por que a relação dialógica entre os níveis e entre os distintos espaços institucionais dependeram – e dependem, muitas vezes – da ação isolada de um profissional, quando deveria se constituir em uma regra de atuação e uma premissa ética de todos os agentes responsáveis pela prestação de assistência em saúde nos diversos âmbitos (inter)institucionais.

A constituição de círculos *interseções* favoráveis ao interesse do usuário foi reforçada com a inclusão do especialista (urologista) que, de forma semelhante ao pediatra, atuava em mais de um setor (níveis primário, secundário e terciário), tendo isto se constituído em um fator adicional de aproximação e identificação entre os níveis:

— *“Só que pra lá [Unicamp] eu ia conseguir essa cirurgia só, por exemplo, agora, esse ano [1997], eu ia conseguir, tá muito difícil a cirurgia. Ele disse que já tá mais complicado, aí ele falou se teria alguém aqui que faria essa cirurgia aqui no hospital. Só que nisso o Dr. ‘A’ já tinha falado pra mim que tinha o Dr. ‘B’, que como ele trabalhava, já viu casos igual ao meu, ele já tinha me alertado que o... o... a situação de L., nós ia tentar tratar com remédio, só que ‘tava mais visto que ia precisar de uma cirurgia. Então ele falou que o indicado era o Dr. ‘B’. Aí na Unicamp eles perguntaram se tinha alguém que faria esse tipo de cirurgia, eu fui e falei que era o Dr. ‘B’. Então ele perguntou: ‘Qual? Aquele que trabalha aqui na Unicamp?’ Eu falei: isso. Ele falou desse jeito ‘Ah, então pode fazer lá assim mesmo, que ele é um ótimo cirurgião(...)’. Aí eu fiquei bem mais tranqüila. Eu fiquei mais tranqüila, porque ele trabalha lá e trabalhava aqui. Fiquei tranqüila.”*

Entrevistadora — *Do jeito que o ‘A’ trabalhava no Centro de Saúde e trabalhava no hospital também.*

— *Aí eu fiquei tranqüila, porque o Dr. ‘A’ acompanhou tudo, o Dr. ‘B’ junto, até o último dia, eles vêm e acompanhou. E teve outro doutor que eu também não lembro o nome... que é tantos, né?*

(...) *É, e eu não tenho do que reclamar. Porque eu tive apoio. Eu tive a opinião do Dr. ‘A’ veio e conversou com o Dr. ‘B’, são coisas tão rápidas que*

eu não esperava. Na minha cabeça eu não ia conseguir fazer essa cirurgia. Entende?"

Assim, não é possível atribuir plenamente a uma aparente desvantagem, em termos de suficiência tecnológica (atendo-se, aqui, aos aspectos meramente técnicos desta) da rede ambulatorial em relação aos outros níveis a demora em se fazer o diagnóstico e a ausência de um acompanhamento clínico mais qualificado, consistente e efetivo. Inclusive porque essa desvantagem era relativa, uma vez que este nível primário demonstrou possuir uma competência técnica distintiva da maioria das redes de outros municípios (até como herança do convênio com a Universidade) que permitiu que o problema se resolvesse neste sistema municipal, o que mostra que nem sempre é necessário utilizar toda a hierarquia do sistema para se alcançar maior resolutividade. Como pôde se verificar, tanto o diagnóstico quanto a terapêutica do caso foi feito no nível secundário, coadjuvado por um nível primário que, por sua vez, dispunha também de um conjunto de saberes especializados, com a incorporação de especialistas não gerais (por exemplo, neurologista e ambulatório de Cirurgia, dentro do qual se inclui o ambulatório de Urologia), o que aumentou a capacidade resolutiva desse serviço. Nesse aspecto, pode-se até dizer que a inclusão do nível terciário não só foi de pouco auxílio como atrasou ainda mais a resolução do caso pois mesmo a intervenção cirúrgica só veio se concretizar no hospital secundário.

A despeito da qualificação técnica desse sistema municipal, porém, o elemento que foi determinante na condução do caso e que, ademais, promoveu a plasticidade e a efetividade das relações internas nessa estrutura organizacional, garantindo, dentro de certos limites, a continuidade e a coordenação do cuidado, foi o exercício das tecnologias "leves", através da ação individual de pessoas – da mãe da criança e, posteriormente, do pediatra, cuja atuação deu um contorno mais nítido ao encaminhamento do caso e à sua solução.

5. QUE LÓGICA REGE O DIÁLOGO (SELETIVO) QUE OS NÍVEIS ESTABELECEM ENTRE SI?

Dando prosseguimento à compreensão acerca da relação dialógica entre os níveis, pode-se condensar e sistematizar algumas idéias a respeito de como se deu essa comunicação, tomando-se cada nível como referência.

- Nível primário: inicialmente, ocorreram as dificuldades já mencionadas entre este e os outros níveis, situação que só veio se modificar após o atendimento da criança ter sido transferido para a UBS-Central, quando, além de um certo avanço na investigação diagnóstica realizada no HMP, ocorreu a entrada em cena da figura do pediatra. A atuação deste, em parte pessoal e em parte feita através de encaminhamentos por escrito, abreviou alguns caminhos dessa trajetória, aumentou a flexibilidade das relações no interior do sistema, promoveu uma ligação entre o nível primário e o nível terciário sem a mediação do secundário e praticamente foi responsável pela coordenação da dinâmica do processo.
- O nível secundário não estabeleceu diálogo com o nível terciário, o que pode ser justificado pela capacidade de incorporação de tecnologia dura do HMP, nessa época (exceto quando do nascimento da criança, pois, nessa ocasião, graças ao convênio existente entre a PMP e a FCM-Unicamp, o hospital municipal articulou-se com o CAISM para a realização da ecografia abdominal, que ainda não era feita no HMP). Durante a segunda internação, a ecografia abdominal, a UCM e a UGE estavam sendo realizadas no serviço de radiologia do HMP e talvez por isso o nível secundário prescindisse de um contato mais estreito com o nível terciário.

O seu relacionamento com o nível primário veio se tornar mais estreito em função da segunda internação (a partir da qual o referido pediatra passou a acompanhar a criança) e após a indicação da cirurgia, quando ele e o urologista passaram a agir de forma conjunta para solucionar o caso, o que aumentou a efetividade do serviço. A atuação do pediatra, contudo, sempre foi a mais presente, tendo ele inclusive feito a contra-referência (EAA) do HMP

para o Ambulatório de Urologia quando se deu a alta hospitalar pelo urologista após a cirurgia, incumbência que, supostamente, seria do cirurgião.

- O nível terciário manteve-se numa posição quase autônoma em relação ao restante do sistema, uma vez que as ligações que o tomam como referência costumam ser unidirecionais, não só no que diz respeito à comunicação propriamente dita, mas também nas atitudes de desconsideração, por parte dos profissionais envolvidos no atendimento, em relação às informações provinidas dos outros níveis. Desse modo, um fenômeno que ocorre em todos os níveis, mas com o nível terciário em particular, é que, quando o usuário sofre um deslocamento dentro do sistema, sua história pregressa geralmente é subestimada e o acionamento das intervenções (investigativas ou terapêuticas) se faz como se ele não tivesse um passado no mesmo, iniciando-se um novo acompanhamento desde o princípio. Seguem-se alguns exemplos ilustrativos dessa observação:
 - O acompanhamento da criança no nível terciário iniciou-se no Ambulatório de Pediatria Clínica e não no Ambulatório de Nefropediatria, apesar de o caso já estar devidamente documentado no instrumento formal de encaminhamento ou referência (apesar de não se haver tido acesso a esse documento, provavelmente ele existiu, pois foi mencionado pela mãe na entrevista, e também porque ele é condição *sine qua non* para o ingresso no nível terciário);
 - As informações a respeito da situação anterior da paciente são vagas e limitadas quando não omitidas: não consta a procedência da criança na ficha de primeira consulta; a história foi reduzida a “ficou internada e tomou vários antibióticos” ou mesmo “paciente não é acompanhada desde o nascimento”, embora, num momento posterior, tenham sido anotados os resultados de exames associados a tecnologia “dura”, geralmente mais valorizados (eco abdominal ao nascimento, UCM e UGE);
 - Repetição de exames e/ou tratamentos.

A manutenção da terapêutica clínica, visando uma reavaliação posterior do RVU, quando já existiam evidências da necessidade de intervenção cirúrgica, podem expressar tanto pouca confiança em relação aos saberes dos outros patamares hierárqui-

cos (isto é, no tratamento clínico anteriormente instituído na rede ambulatorial e no HMP) como um baixo nível de sensibilização em relação às necessidades do usuário, uma vez que era de se esperar que o RVU não regredisse mais só com tratamento clínico. O resultado disso foi o adiamento da solução de uma situação que requeria maior prestação na sua condução e que acabou por ser definida no nível secundário.

- A comunicação formal ou informal entre o nível terciário e o primário mostrou-se deficiente: enquanto a paciente freqüentou o HC-Unicamp, só procurava a rede ambulatorial para procurar medicamentos, fazer os exames pedidos no nível terciário ou para consultas isoladas. Quando, enfim, foi feita a indicação de cirurgia que, contudo, não era passível de concretização a médio prazo no HC-Unicamp, a mãe mencionou a realização de uma CR à rede ambulatorial. Nunca ocorreu, porém, um contato mais pessoal entre profissionais, apesar de o urologista mencionado atuar nos três níveis da hierarquia.

As dificuldades de relacionamento entre os níveis, ou mesmo sua ausência, está relacionada, como vem sendo apontado ao longo deste trabalho, às diferentes competências tecnológicas entre os níveis, que cursam com distribuições desiguais de poder, tornando-se a hierarquização um escalonamento não apenas de ordenações técnicas mas também de saberes e de poderes, com a evidente utilização disto por parte dos níveis. Isto acaba repercutindo na qualidade das relações internas e, conseqüentemente, na capacidade resolutiva do serviço. Observa-se que tais relações de poder manifestam-se não apenas entre níveis distintos (desconsideração das informações, repetições de exames e tratamentos, ausência de contra-referências etc), mas também, e de forma muitas vezes sutil, no interior de uma mesma instância hierárquica, mas estando quase sempre relacionadas ao controle de saberes estruturados ou procedimentos (cirurgias, uso de equipamentos), que correspondem às tecnologias “leves-duras” e “duras”.

Pode-se citar como exemplo o fato aparentemente irrelevante de o pediatra, por ocasião da alta hospitalar do HMP (terceira internação) ter redigido o EAA e ter dado à paciente orientação para procurar o Ambulatório de Urologia, quando a alta foi feita pelo urologista. Além disso, durante todo o período em que a criança permaneceu internada após o reimplante ureteral, não houve nenhuma observação por escrito feita por cirurgiões. A evolução clínica da paciente era feita por pediatras, com referências às dis-

cussões do caso com aqueles. Sabe-se que, tradicionalmente, anotações em prontuário e atividades de orientação, que podem ser consideradas tecnologias “leves”, são tratadas como tarefas “menores”, não sendo valorizadas pelos médicos não clínicos, que preferem delegá-las aos clínicos e concentrar para si as atividades ligadas às tecnologias “duras”, o que não raro é motivo de desgaste entre as equipes clínicas e cirúrgicas. Isto também configura uma situação “ruidosa”, não registrada de forma direta nos prontuários e que para ser melhor apreendida demandaria a utilização de outras memórias – dos próprios trabalhadores, no caso, os médicos, em uma situação coletiva de análise, em ato.

6. A SUBVERSÃO DO PRINCÍPIO DA HIERARQUIZAÇÃO

Em se falando da descontinuidade nas relações dentro do sistema hierarquizado, outro fenômeno que chama a atenção é o da procura espontânea aos serviços, geralmente os de urgência, sem encaminhamento de outro setor, como ocorre nos casos de procura do PS do HMP sem um atendimento prévio na rede ambulatorial. Isto constitui, a bem da verdade, praticamente a regra no sistema público de saúde, e não a exceção.

A representação dessas consultas aleatórias aparecem só eventualmente no fluxograma, pois caracterizam informações não contidas nos prontuários dos Centros de Saúde nem da enfermaria do hospital municipal.

Concretamente, houve duas procuras comprovadas ao PS do HMP (que geraram a primeira internação e a segunda internação), sem contar aquelas, das quais, embora não exista uma comprovação formal, existem referências fornecidas pela própria mãe, devido a gastroenterites, quadros asmáticos e até pneumonias, estas nunca diagnosticadas e acompanhadas na rede ambulatorial, mas surpreendentemente mencionadas quando da primeira consulta feita no nível terciário.

Interrogando-se a respeito desses exemplos de subversão da hierarquização, pode-se raciocinar de várias formas: 1. Pode ter havido erros de diagnóstico, confundindo-se IVAS com pneumonia (ou mesmo que quadros de IVAS evoluíram para pneumonia); 2. Por se tratar de consultas por queixas agudas, não passíveis de inserção na agenda do Centro de Saúde (que poderia estar operando no “limite máximo”), a usuária não foi recebida naquele, o que a levou a procurar atendimento no PS; 3. Que, em função da dificuldade em ser recebida no Centro de Saúde para consultas eventuais,

acrescida do fato de haver maior rapidez no atendimento e facilidade de medicalização no PS (realização de exames laboratoriais e radiológicos, prescrição de medicamentos), a mãe preferiu procurar diretamente o PS.

Esse “estranhamento” pode então revelar tanto os modos tecnológicos de operar da rede ambulatorial e dos serviços de urgência como a posição que estes reservam ao usuário, ao mesmo tempo em que revela como este institui a sua própria territorialidade nesses processos.

Essas formas de subversão da hierarquização podem, portanto, levar à omissão de elementos importantes da história do usuário (dificultando uma abordagem simultaneamente preventiva e curativa desses processos) e ao parcelamento do cuidado, o que compromete a sua integralidade, tanto no que diz respeito à apreensão do indivíduo **como um todo** quanto no que se refere à sua continuidade e coordenação.

No caso estudado, tais práticas tiveram como consequência, por um lado, a não investigação de quadros respiratórios importantes, cujo manuseio provavelmente se deu dentro do formato tecnológico de queixa-conduta, sem incorporação das informações no prontuário. Por outro, causou o obscurecimento temporário do quadro renal da criança, segundo a própria mãe da paciente, ou seja, ambas as situações resultaram em uma ação operatória de não-intervenção.

7. A PERFORMANCE DA MÃE

Ao se considerar as dimensões relacionais da assistência em saúde e a tendência à “objetalização” das relações que a hierarquização favorece, é importante adentrar um pouco nas caracterizações da referência situacional da usuária (para efeitos práticos, condensada na figura da mãe) em todo o processo. Consultando-se as fontes documentais escritas, sem o auxílio da lente da molecularidade, em alguns momentos poder-se-ia até pensar que houve uma certa passividade na sua atuação que poderia contradizer a imagem que ela passou nos depoimentos anteriores. Primeiro, por não haver se posicionado frente a uma demora tão grande para a realização dos exames (no prontuário do CSMA consta que ela foi esclarecida pela quarta vez quanto à necessidade de fazê-los). Ela própria faz uma reflexão quanto a isso, ao ser indagada a respeito da demora do diagnóstico:

— “Olha, no caso, acho que foi na hora que tinha que resolver mesmo, porque, olha bem, ela já nasceu, veio manifestar isto com dois anos e meio. Então, eu ainda acho que se tivesse que pegar no pé, às vezes acho que foi minha culpa de ter deixado quieto também, porque se eu sabia, eu sou a mãe, tinha que ter corrido atrás. Tinha que ter brigado e corrido atrás”.

Em segundo lugar, por somente ter pedido para conversar sobre o problema da filha após 3 anos de seguimento clínico através dos três níveis do sistema:

— “Eu não estava bem sabendo do que estava acontecendo, não. Eu não 'tava... não 'tava consciente, entende?(...) Nem depois da cirurgia, também, eu fiquei nadando ainda, ainda vim, perguntei pra ele(Dr. 'A'), ele explicava, só que eu não entendia, não chegava a entender o que estava acontecendo, até que entrou na minha cabeça o que estava acontecendo com ela.(...)”

O que eu entendo é o seguinte: que nem... eu entendo que eles fixeram um tipo de reimplante de ureter, mas não sei bem o que é isso.(...) Mas na minha cabeça é tipo, por exemplo, que nem uma veinha que não 'tá funcionando, chego lá, colocou uma nova, restaurou aquela nova. Entende?

Só que aí eu não cheguei, que nem essa semana, eu cheguei pra perguntar pra ele, falei: ‘Dr. ‘A’, esse rim dela vai desenvolver o tamanho, ficar igual ao outro?’ Porque no último exame que eu fiz,(...) eu via na telinha, que dá pra eu entender mais ou menos, eu via aquele outro rim grandinho e aquele pequenininho. Aí na hora que eu vi eu já fiquei apavorada, eu falei: ‘Não tá resolvendo a cirurgia’. Aí já cheguei e perguntei pra ele como ia ficar esse rim. Aí ele me explicou que esse rim não ia chegar à condição do mesmo tamanho daquele outro. Aí já fiquei mais tranqüila.(...) Às vezes eu não entendo, mas eu confio nele, entende?””

Posteriormente, ela expressa com mais clareza a sua percepção do que se passa ao seu redor e a sua posição (não “objetalizada”) no espaço relacional:

— “Eu ainda falo do que eu ainda vou conseguir.(...) Não é questão que a gente tem um médico preferido, entende?(...) A gente percebe, que a mãe percebe o carinho que... o médico com o paciente. A gente que é mãe percebe tudo. A dedicação deles. Ainda mais eu. Eu percebo tudo, eu noto tudo. Às ve-

zes eu me faço de sonsa, mas eu 'tou bem ali alerta. Eu sou dessas mãe. Então com ele mesmo eu peguei aquele carinho especial com ele, entende? Inclusive eu estou passando as duas, eu vou comprar uma briga lá com o centro de saúde porque eu quero transferir a pasta de minha sobrinha. Porque você sabe que é difícil, né?"

Pode-se perceber, portanto, que a mãe, ainda que com algumas contradições ao longo da sua trajetória, comportou-se todo o tempo como subjetividade atuante e em produção, capaz de escolher e de se inserir em espaços continentais de suas necessidades e, ao mesmo tempo, de se adaptar e se “entregar” às opções tecnológicas oferecidas em situações de segurança e confiança.

A construção do campo de investigação, com base neste desenho específico, procurou explorar a tese central de que existe vivacidade na molecularidade dos processos de trabalho ligados à assistência em saúde, mostrando como interagem as forças que se situam na interseção dessas relações e o quanto esses processos podem estar dominados pela subjetividade. Ao mesmo tempo, pôde-se observar como essa dinâmica micropolítica influencia a capacidade operativa e resolutiva do modelo. Nessa perspectiva, procurou-se mostrar a participação das tecnologias “de relações”, ou tecnologias “leves”, na congregação dos eventos que possibilitam a produção de um cuidado contínuo e coordenado, nos diversos âmbitos institucionais que compõem o sistema hierarquizado do modelo de atenção.

Assim, o caso analisado constituiu-se em um bom exemplo de que, apesar de ter tido um diagnóstico precoce no pré-natal materno (feito no nível primário) e no período neonatal de uma lesão renal ainda incipiente, em função de fatores relacionados aos processos de trabalho – incluindo-se aí a “contaminação” pelas subjetividades – evoluiu desfavoravelmente para um comprometimento da função renal. Foi então possível assistir à descrição de uma trajetória exaustiva para L. e sua mãe, bem como ao parcelamento dos processos de trabalho e do cuidado e, conseqüentemente, do próprio “objeto”, isto é, a usuária. Assim, apesar do uso intensivo do serviço de saúde, até os dois anos e meio de idade não foram feitos os diagnósticos dos quadros respiratórios nem da

patologia principal da criança – a nefropatia –, com as conseqüências danosas que isso evidentemente acarretou.

A reflexão envolvendo a integralidade e a hierarquização do cuidado baseou-se na idéia de que a primeira tem dificuldades para se efetivar justamente em função dos parâmetros que orientam a segunda. Considera-se que a hierarquização, por se assentar em um perfil preconcebido de necessidades e em um princípio de diferenciação tecnológica, aprofunda ainda mais a separação entre “sujeito” e “objeto”, impedindo, assim, o estabelecimento de relações que são vitais para a capacidade resolutiva do modelo. E o objeto, como já foi visto, pode ser tanto o usuário como o outro-trabalhador ou o outro-instituição. Assim, a hierarquização, nos moldes em que vem sendo realizada, tem levado a um processo de fragmentação do objeto e dos processos de trabalho, de modo a tornar a sua afinidade com a integralidade uma relação paradoxal. Esse paradoxo, por sua vez, gera uma intervenção junto ao usuário, que pode se converter em uma ação operatória tanto no sentido da ação como de sua omissão, ambas gerando conseqüências importantes para a conformação final do cuidado produzido.

A instituição dos espaços *interseçores*, enquanto lugares de estabelecimento de relações entre produtores e consumidores (quer como níveis hierárquicos em articulação quer como interseções mais simples dentro de um mesmo nível) pressupõe a existência de uma linguagem (ou de diversas linguagens) dotada de signos específicos que requerem decodificação para o afloramento dos seus significados.

Os processos de hierarquização, em função da desigualdade técnica e política que acarreta entre os níveis, sem a existência de um ponto de convergência de interesses que os ligue – a eleição do usuário como eixo de referência – passam a se sustentar em uma relação de estranheza entre as partes, por não existir uma linguagem comum que possibilite o diálogo e o livre fluxo dos seus conteúdos.

As tecnologias de relações podem ser vistas como representação das linguagens do sistema em processo, materializando relações e “presentificando” as diferentes subjetividades entre si, de forma que sua combinação resulte em diversas configurações tecnológicas. Assim, as tecnologias “leves”, além de resgatarem significados ocultos presentes na intimidade do sistema, produzem também novos sentidos para ele e aumentam suas possibilidades tecnológicas e terapêuticas. Os “ruidos” corresponderiam a blo-

queios ou quebras nesses discursos, exteriorizando a sua não fluência e os conteúdos contraditórios circulantes nos espaços de relação que exprimem a dinâmica interna do trabalho e dos diversos momentos e componentes da produção do cuidado.

No caso analisado, vieram à baila alguns elementos, através dos “ruídos” e dos processos de memória, que, de certa forma, contornaram ou atenuaram as dificuldades advindas da hierarquização, como, por exemplo, a atitude ativa da mãe, que não aparece nos documentos oficiais; a ação voluntária do pediatra, que praticamente geriu a rede de petição e compromissos, e a existência de profissionais atuando em mais de um nível tecnológico. Tais fatores permitiram uma sustentação mínima do cuidado, o que mostra que, se facilitaram o contato entre os níveis, a assistência teria sido ainda menos efetiva caso não estivessem presentes. Embora não representem elementos necessariamente constitutivos da estrutura organizacional do modelo, produziram um efeito extremamente reparador sobre o parcelamento do cuidado. Assim, ao ser interrogada sobre a sua visão de todo o processo e do caminho que percorreu, a mãe respondeu:

— *“É esse problema dela, pra mim, muitos podem pensar que foi muito sofrimento, mas pra mim não foi. Porque o problema dela eu sei que tem cura, porque aqui teve a turma que me ajudaram, teve paciência quando eu tava grávida, me acolheram(...).*

(...) Eu mesmo, que é que nem eu falei com o meu marido, se eu tivesse condição, eu já tinha ido, que nem esse programa ‘Em Nome do Amor’, sabe, do Silvio Santos, eu tinha feito uma homenagem, é o meu sonho...”

Essas afirmações mostram a capacidade reparadora e restauradora dos círculos de vínculo e de acolhimento, a ponto de promoverem, mesmo frente a situações tão desfavoráveis, reconhecimento e gratidão.

Alguns pontos presentes na análise desse material são relevantes e merecem alguns comentários.

Um deles diz respeito ao referencial clínico que norteou a seleção do caso e dos ruídos para a análise da integralidade do cuidado. Além do que já foi explicado no início do capítulo, considera-se que o caso em estudo constitui um bom exemplo de como é possível, a partir de referenciais baseados na clínica, apreender ruídos analisadores das

dimensões não clínicas dos processos de trabalho em saúde, e aplicar esses conhecimentos em casos concretos ligados à dinâmica micropolítica do trabalho vivo no cotidiano institucional sob diversos ângulos de análise. Isso permite perceber e confirmar a natureza “desterritorializante” da clínica e a sua importância na produção de tecnologias “leves” que permitem ampliar suas possibilidades terapêuticas e “descobrir” aspectos das relações intra-grupais no interior dos espaços *interseções*.

Outra questão a ser lembrada é que o acompanhamento desse caso deu-se no âmbito de um sistema municipal de saúde que apresenta características muito particulares, uma vez que possui uma rede ambulatorial e um hospital secundário que, tanto pela sua história de relacionamento com a Universidade como pela já mencionada capacidade de arrecadação financeira do município, mantém um nível técnico diferenciado em relação a outros municípios brasileiros. Se em um contexto relativamente favorável como esse a evolução do caso mostrou os problemas citados, pode-se imaginar como se viabilizam os processos de hierarquização em conjunturas ainda mais adversas, *quando se viabilizam*.

Uma terceira questão que deve ser salientada é que não se pode desconsiderar que a reconstituição do trabalho vivo e dos espaços *interseções*, por motivos operacionais, não é plenamente possível em uma pesquisa de caráter retrospectivo. Isto só ocorreria se houvesse contemporaneidade da análise com a vivência de uma situação real, isto é, em ato e em atualidade, para que assim se pudesse extrair todo o potencial analítico do trabalho vivo. Contudo, apesar dessa limitação metodológica, foi possível reproduzir partes dos espaços *interseções* mesmo *a posteriori* e demonstrar o potencial de intervenção exercido pela informação sobre os processos micropolíticos do trabalho em saúde. Para se reconstituir o trabalho vivo em ato sob diversos ângulos, poder-se-ia trazer outras memórias (por exemplo, dos vários profissionais envolvidos nesse cuidado), o que conferiria maior amplitude aos resultados e aumentaria o potencial de intervenção da informação sobre a realidade. A proposta de construir as ferramentas para apreender o trabalho vivo no tempo presente e a utilização de outras memórias, em uma situação de análise coletiva, deverá ser desenvolvida em um outro estágio mais avançado do estudo.

CONCLUSÃO

*"O ISSO é a crisálida, o TU a borboleta."
Martin Buber*

O presente estudo propôs-se a fazer uma reflexão a respeito das relações existentes entre duas grandes matrizes do modelo de atenção – a integralidade e a hierarquização – que, por praticamente materializarem sua base conceitual, quase se confundem com a sua própria natureza e essência. Procurou-se compreender como essas categorias, enquanto proposições fundamentais do Sistema Único de Saúde, relacionam-se entre si e se sua composição é verdadeiramente possível na realidade das práticas institucionais.

A abordagem de um tema tão geral e abrangente poderia suscitar dúvidas a respeito da pertinência da sua escolha. Contudo, tanto o circunstanciamento desta problematização na evolução histórica das políticas de saúde no país (na qual encontra-se sempre presente de forma latente ou explícita) como as próprias evidências trazidas pelo caso examinado, puderam confirmar sua adequação, atestando que a temática se refere a uma realidade viva, palpável e atual no exercício cotidiano das práticas de saúde no Brasil.

O caso estudado, caracterizado como uma “trajetória-sentinelá”, procurou demonstrar os modos através dos quais opera o modelo tecno-assistencial, nessa ordenação hierarquizada, em sua intimidade. A apreciação do mesmo com a metodologia proposta – o emprego das tecnologias “leves” como analisador institucional principal, associado à rede de petição e compromissos, bem como à utilização da memória não-institucional – permitiu a apreensão da vivacidade existente na molecularidade dos processos que se articularam para o provimento do cuidado, a partir dos “ruídos” surgidos durante a trajetória descrita pelo usuário, conferindo maior amplitude à análise, a despeito dos limites já apontados.

Assim, foi possível perceber que a avaliação da questão da integralidade do cuidado (no sentido já referido da sua continuidade e coordenação) em um sistema

hierarquizado não se realiza em um plano exclusivamente técnico: os nexos estabelecidos para a produção do cuidado final são melhor explicados pelo ângulo das tecnologias leves e da articulação da RPC, sendo esses processos permanentemente influenciados pelas subjetividades, o que muitas vezes faz referência ao tipo de relação entre o sujeito e o objeto que existe efetivamente em cada um dos espaços de relação ou espaços *interseções*.

Pode-se dizer, então, que reconhecer que o debate acerca das relações entre a integralidade e a hierarquização do cuidado é factível implica em se considerar que a integralidade pode ser compreendida e analisada dentro desta conformação organizacional do modelo, mas que supera e extravasa os seus limites estruturais. A análise da ordenação e da continuidade do cuidado contrapostas à esta forma de ordenamento tecnológico levanta e expõe aspectos que só podem ser entendidos à luz da molecularidade dos processos de trabalho, o que a hierarquização, por si só, não é capaz de prescrever nem de sustentar.

A reflexão que vem sendo feita até agora tem apontado para a necessidade se rever e questionar a hierarquização enquanto um princípio estruturador do modelo de atenção. Sem que se subestime a importância do seu papel racionalizador e otimizador de recursos, é possível perceber que ela pode atuar também em uma direção contrária aos seus propósitos iniciais, isto é, promovendo o parcelamento e a atomização do cuidado, fragmentando o seu objeto, prolongando o tempo de resolução dos problemas (com efeitos danosos ao restabelecimento dos “modos de andar a vida”), podendo até mesmo aumentar os custos operacionais do sistema (o que poderia até ser objeto de uma investigação específica), ou seja, comprometendo a efetividade do mesmo.

Além disso, é possível perceber que, em vários momentos, é o próprio usuário quem fica com a responsabilidade de estabelecer e “alinhar” as ligações entre os níveis, ao lado das tecnologias “leves”, cujo exercício, entretanto, não constitui uma norma de comportamento internalizada por grande parte dos trabalhadores de saúde.

A título de finalização do trabalho, além do que já foi dito, cabe aqui ainda algumas notas:

A primeira delas é que o questionamento da hierarquização evoca uma reflexão quase que automática a respeito do papel e da importância da rede básica no

sistema de saúde. Convém lembrar que a hierarquização enquanto princípio organizador já estava presente no discurso da APS, a qual procurava instituir a atenção primária como o eixo da organização dos serviços, concebendo-se a rede básica como a porta de entrada do sistema, que, quando necessário, remeteria o usuário a níveis tecnologicamente mais complexos mediante uma organização hierarquizada construída em função de um perfil definido de necessidades.

Assim, a hierarquização apresenta uma contradição na sua própria origem, pois, embora idealizada para garantir a posição centralizada da rede básica no sistema, justamente por instituir uma estrutura rígida de saberes e poderes técnicos e políticos praticamente intransferíveis, em ordem crescente na pirâmide assistencial, acabou justamente por negá-la. Em outras palavras, enquanto a hierarquização se basear na diferenciação técnica verticalizada que a tem caracterizado até agora, estará sempre legitimando a posição do hospital no topo da escala de valores do sistema de saúde, praticamente anulando a possibilidade de uma concepção “redebasicocêntrica” se afirmar e ser hegemônica.

Não se trata de defender ou de negar a hierarquização, que, além de já se constituir em uma realidade dentro dos modelos de atenção, sempre será de alguma forma necessária para a racionalização dos recursos. Acredita-se, porém, que sua importância possa ser relativizada no sentido de se evitar uma dependência de todo o sistema em relação a essa forma já estruturada de organizar serviços, que privilegia de forma tão evidente o hospital.

Torna-se necessário, portanto, um reordenamento estrutural, um novo arranjo da pirâmide assistencial que permita uma reorientação da lógica que determina o modo como se estabelecem as relações internas no interior do sistema de saúde. Isto significa que se deva refletir sobre formas de se promover a horizontalização das relações dentro do sistema, transformando a hierarquização em uma rede de cooperação mútua entre os diversos serviços, conforme suas formas singulares de incorporar tecnologia e suas capacidades de intervenção sobre os problemas de saúde de uma determinada população, de modo a inverter ou modificar a pirâmide sócio-política e medicalizante da organização “hospitalocêntrica” vigente.

Isso significa, por outro lado, que a rede básica necessita se recapacitar, de modo a romper seu isolamento, marginalização e vulnerabilidade em relação às outras instâncias do sistema. Essa recapacitação inclui saberes, tecnologia material e tecnologias de “relações”, estas envolvendo qualificações mais simbólicas mas nem por isso menos operatórias. Em outras palavras, ela precisa dispor de um cardápio tecnológico de intervenções em saúde que inclua as tecnologias “leves”, “leve-duras” e “duras”, de modo a gerar práticas que possam ter impactos no individual e no coletivo (MERHY, 1997a, p.226-7). Não se advoga, pois, subtrair à rede básica o potencial de intervenção das tecnologias “leve-duras” e “duras”, que serão utilizadas conforme o problema/necessidade de saúde que se deva enfrentar.

A rede básica constitui, portanto, um lugar privilegiado do modelo assistencial para se buscar continuamente formas de combinação das distintas tecnologias em saúde, sendo um espaço de tensão tecnológica permanente, onde existe uma mediação constante entre as várias modalidades tecnológicas de assistência, em especial as “leves” e as “leve-duras”. É fundamental, entretanto, que as diversas opções tecnológicas sejam orientadas e coordenadas pelas tecnologias “leves”, que deverão estar presentes com alto nível de qualidade, de modo a poder validar a vocação da rede básica de instância estratégica e vital para a recomposição e transformação das práticas de saúde dentro do modelo assistencial.

A consideração seguinte diz respeito à valorização do ato de cuidar, o que está relacionado com a reflexão que vem sendo feita neste trabalho no que se refere ao vínculo entre o trabalhador e o usuário e entre as diversas categorias institucionais entre si a partir de uma visão usuário-centrada. Em seu texto *Crise no modo de produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*, MERHY (1997b) chama a atenção para uma dimensão do trabalho assistencial que circunscreve os núcleos de competência específica de cada grupo profissional e do conjunto dos profissionais em geral, e que ele denomina “território cuidador”, caracterizado como o “lugar” de produção das tecnologias “leves” e, portanto, a própria base do trabalho assistencial.

Pode-se dizer, ao final deste trabalho, que tem ocorrido um esvaziamento desta dimensão cuidadora em todos os níveis do sistema de saúde, sendo isto permanentemente alimentado pela fragmentação dos processos e do objeto de trabalho causada

pela supervalorização da técnica, com os esperados desdobramentos políticos daí advindos. A perda do ato cuidador se aplica, portanto, tanto a profissionais de forma individual, como ao modelo assistencial como um todo, desde os âmbitos mais moleculares até os espaços de interseção que se formam entre os níveis hierárquicos maiores.

Torna-se necessário, portanto, por parte de todo o sistema de saúde, a recuperação do sentido do cuidado em sua essência, do ato de cuidar do outro, do cuidado para com o “objeto” que justifica sua própria existência. E esse cuidado implica, por outro lado, a percepção do seu recebimento, envolve também as representações das formas do ser cuidado, a compreensão do seu significado e a co-responsabilidade por parte de quem o recebe, de modo a promover a sua autonomia para o restabelecimento dos “modos de andar a vida”.

A busca da integralidade na assistência à saúde não corresponde, portanto, a uma necessidade irrealizável ou inatingível de totalidade ou de unicidade, a um retorno ao paraíso perdido ou a um não reconhecimento do valor das aquisições técnicas e da própria necessidade de existir momentos distintos dos processos de trabalho e de um certo grau de especialização das funções, que estão necessariamente presentes em toda a estrutura de prestação de serviços de saúde e, especialmente, na ordenação hierarquizada que tem caracterizado o modelo assistencial. Não se pode perder de vista, porém, a presença do usuário como referência da produção do cuidado e do ato cuidador em si, como o principal fator capaz de garantir a coerência necessária à estrutura organizacional de um sistema de saúde que reclama um mínimo de integralidade às suas ações, de modo a poder fazer valer, assim, a unidade – ou a unicidade – inscrita em seu próprio nome.

Uma vez que este território cuidador está ligado à expressão das tecnologias leves, dentro do sentido que orienta este estudo pode-se dizer que refletir sobre estas significa refletir sobre subjetividades, sobre construção de relações entre trabalhadores e usuários, entre profissionais e entre instituições, o que, na essência, é refletir sobre pessoas, sobre encontros e presenças, sobre acolhimento, solidariedade e responsabilização como o outro que, em conjunto, contribuem para o fortalecimento do ato cuidador.

A utilização das tecnologias leves permite, então, interrogar e analisar o modelo de atenção por diversos ângulos, uma vez que a molecularidade é transversal e pode atender a variados propósitos. No tocante ao paralelismo entre integralidade e hie-

rarquização, que pressupõe dimensões relacionais ainda mais evidentes, o uso das tecnologias leves como analisadores é estratégico e pode enriquecer e transformar positivamente conceitos e práticas de assistência em saúde.

A dimensão cuidadora, que atua através das tecnologias “leves”, dá a sustentação e o amálgama do modelo assistencial, juntamente com as dimensões técnica e política que também o caracterizam. Ao mesmo tempo em que engloba núcleos específicos de competência profissional e abrange todas as esferas da assistência em saúde, está inscrita, por sua vez, em um universo ainda mais amplo, cujos valores primordiais – Sabedoria e Amor – têm sofrido, no entanto, um certo eclipse e desapareço na atualidade.

A presença da dimensão cuidadora, alimentada pelos valores existenciais mais elevados da humanidade, e que entram na constituição das tecnologias de relações, pode, então, modificar substancialmente a qualidade das ações em saúde. Assim, a depender da maneira como for praticada, pode influenciar a capacidade do modelo em atuar, seja de modo omissivo, fragmentário e deletério, seja de forma protetora, responsável, integral e efetiva, isto é, em defesa da Vida.

SUMMARY

This paper sets out to make an analysis between integrality and hierarchization of health care, which constitute two of the main ideological-organizational parameters of the “Sistema Único de Saúde” (Unified Health System) in Brazil. Both comprise an important content of the rationalizing discourse of the policies for reordering the sector which sought – beyond the offering of technologically more complex health actions to the whole population – to overcome the polarization between preventive and remedial activities, which has characterized the rendering of health care in the country.

Starting with the creation of the “Movimento Sanitário” (Sanitary Movement), whose ideas would later give rise to the proposals for the Sanitary Reform, it was understood that the transformation and recomposition of health practices would involve an alteration in the forms of production of the services and a modification of the work procedures so as to alter the remedial and medicative logic behind the current model of care, centered excessively on the hospital.

In this perspective, the evaluation of the production of continuous and coordinated care within a hierarchized system involves understanding how these work procedures function in the different technological levels of the system, being that the specific form of doing this emerges from the understanding of the “molecular” health work model, here referred to as *live work in act*. This paper aims to establish the methodological tools, which reveal the modes of functioning of live work to produce integral care. This is carried out from an analytical referential, using the so-called “light” technologies or “relations” technologies as an institutional analyser within this hierarchized model of care.

The present study can be characterized as a qualitative evaluation of the current model, carried out by means of a case which undertook a transinstitutional migration through three care levels (primary – the outpatient network of the municipality of Paulínia; secondary – the Municipal Hospital of Paulínia; and tertiary – the Hospital das Clínicas (Teaching Hospital) of the University of Campinas), during the period of June 1993 and July 1997. By means of the reconstitution of this trajectory, we aim to analyse the factors linked to the work procedures involved and which determine whether or not integral, continuous and coordinates care is provided.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, M.G.G. – **O Ensino Médico e os Serviços de Saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia**. Campinas, 1995 (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp).
- ARAÚJO, E.C. – **A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde**. Salvador (Bahia), 1988 (Dissertação de Mestrado, UFBA).
- BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S.; CAMPOS, G.W.S. – **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1988, 207 p.
- BOSI, E. – **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. 4ª edição, São Paulo, Companhia das Letras, 1994, 484 p.
- BUBER, M. – **Eu e Tu**. Introdução e tradução de Newton A. von Zuben. São Paulo, Moraes, s/d, 170 p.
- CAMPOS, F.E. – **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 1988 (Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ).
- CAMPOS, G.W.S. – **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo, Hucitec, 1991, 175 p.
- CAMPOS, G.W.S. – **Crítica às noções que fundamentam o método de “Programação em Saúde”**. In: _____ – **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo, Hucitec, 1991, p. 35-88.
- CAMPOS, G.W.S. – **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da Saúde**. In: CECÍLIO, L.C.O., org. – **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994, p.29-87 (Saúde em Debate 73).
- CAMPOS, G.W.S. – **Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde**. **Saúde em Debate**, (37):16-9,1992.

- CAMPOS, G.W.S. – **Reforma da Reforma. Repensando a Saúde.** São Paulo, Hucitec, 1992, 220 p. (Saúde em Debate 52).
- CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. – **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989, 134 p. (Saúde em Debate 23).
- CAMPOS, G.W.S. – *A Reforma Sanitária necessária.* In: BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S.; _____. – **Reforma Sanitária Itália e Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1988, p.179-95.
- CAMPOS, G.W.S. – *Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate.* In: _____.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. – **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989, p.53-60 (Saúde em Debate 23).
- CAMPOS, G.W.S. – *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.* In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R., org. – **Agir em Saúde.** Um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997a, p.229-66.
- CANGUILHEM, G. – **Lo normal y lo Patológico.** Buenos Aires, Siglo XXI, 1971, 242 p.
- CECÍLIO, L.C.O., org. – **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994, 334 p. (Saúde em Debate 73).
- CECÍLIO, L.C.O. – Prólogo. In: CECÍLIO, L.C.O., org. – **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994, p.11-28 (Saúde em Debate 73).
- CHRISTOFFAL, T.; & LOEWENTHAL, M. – *Evaluating the quality of ambulatory health care: a review of emerging methods.* **Medical Care**, XV(11):877-97, 1977, Nov.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. – **Saber preparar uma pesquisa: Definição – Estrutura – Financiamento.** São Paulo, Hucitec, 1994, 215 p. (Saúde em Debate 70).
- de FRIESE, G.H. – *Monitoring and evaluating health services.* **Medical Care**, XXIII (5):735-38, 1985, May.

- DONABEDIAN, A. – *Evaluacion de la Calidad de la Atencion medica*. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 44,1966, in WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington (EEUU), Organizacion Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534, p.382-404
- DONABEDIAN, A. – *Promoting quality through evaluating the process of patient care*. **Medical Care**, VI (3):181-202, 1968, May-June.
- DONABEDIAN, A. – *Specialization in clinical performance monitoring. What it is and how to achieve it*. **Quality Assurance and Utilization Review**, V(4):114-20, 1990, Nov.
- DONABEDIAN, A. – *The role of outcomes in quality assessment and assurance [see comments]*. **Qual. Rev. Bull.**, 18(11):356-60,1992, Nov.
- DONABEDIAN, A.; WHEELER, J.R.C.; WYSZEWIANSKI, L. – *Calidad, Costo e salud: un modelo integrador*. **Medical Care**, XX (10):809-26, 1982, Oct.
- DONNANGELO, M.C.F. – **Medicina e Sociedade**. *O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1975, 174 p.
- DONNANGELO, M.C.F.; & PEREIRA, L. – **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124 p.
- FINEBERG, H.V; & HIATT, H.H. – *Evaluacion de las practicas medicas: argumentos para la valoracion de la tecnologia*. **The New England Journal of Medicine**, 301(20): 1086-1091,1979. In: WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington (EEUU), Organizacion Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534,p.742-50.
- GALLO, E., org. – **Razão e Planejamento**. *Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1995, 154 p. (Saúde em Debate 78).
- GALLO, E.; & NASCIMENTO, P.C. – *Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário*. In: TEIXEIRA, S.M.F. – **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez, 1989, p.91-118.
- GOLDBERG, H.I.; & DIETRICH, A.J. – *The continuity of care provided to primary care patients. A comparison of family physicians, general internists, and medical subspecialist*. **Medical Care**, XXIII(1):63-73, 1985, Jan.

- GONÇALVES, R.B.M. – *Seis teses sobre a Ação Programática em Saúde*. In: SCHRAIBER, L.B., org. – **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993, p.37-63 (Saúde em Debate 30).
- GONÇALVES, R.B.M. – **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994, 278 p. (Saúde em Debate 76).
- GORDIS, L. – *Efectividad de los programas de atención integral en la prevención de la fiebre reumática*. **The New England Journal of Medicine**, 289,1973. In: WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington (EEUU), Organización Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534 p. 546-54.
- GORDIS, L.; & MARKOWITZ, M. – *Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care*. **Pediatrics**, XLVIII (5):766-76, Nov.
- HENNELLY, V.D.; & BOXERMAN, S.B. – *Continuity of medical care. Its impact on physician utilization*. **Medical Care**, XVII (10):1012-18, 1979, Oct.
- KAPLAN, R.S.; LAVE, L.B.; LEINHARDT, S. – *The efficacy of a comprehensive health care project: an empirical analysis*. **AJPH**, LXII (7):924-30, 1972, July.
- KESSNER, D.M.; KALK, C.E.; SINGER, J. – *Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores*. **The New England Journal of Medicine**, 288 (4),1973. In: WHITE, K. L., ed. principal, et al. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington (EEUU), Organización Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534,p.555-63.
- LUZ, M.T. – *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da “transição democrática” – anos 80*. **Saúde em Debate**, (32):27-31, s/d.
- MATES, S.; & SIDEAL, V. – *Quality assessment by process and outcome methods: evaluation of emergency room of asthmatic adults*. **AJPH**, LXXI (7):687-93, 1981, July.

- MENDES, E.V. – *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. A conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. In: _____, org. – **Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994, p.19-91.
- MENDES, E.V., org. – **Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994, 310 p.
- MENDES, E.V. – *O processo social de distritalização da saúde*. In: _____, org. – **Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994, p.93-158.
- MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C.; CARDOSO, M.R.L. – *Distritos Sanitários: conceitos-chave*. In: MENDES, E.V., org. – **Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994, p.159-85.
- MERHY, E.E. – **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997a, 385 p.
- MERHY, E.E. – *Brasil pós-64: financiamento e modelos de serviços de saúde*. In: CAMPOS, G.W.S.; _____; NUNES, E.D. – **Planejamento sem normas**. São Paulo, Hucitec, 1989, p.61-132 (Saúde em Debate 23)
- MERHY, E.E. – *Crise no modo de produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*. Campinas, mimeo, 1997b.
- MERHY, E.E. – *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: _____ & ONOCKO, R., org. – **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997a, 385 p. 71-112.
- MERHY, E.E. – *Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates do planejamento e Saúde no Brasil*. In: GALLO, E., org – **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1995, p.117-49.

- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA F^o, R.C. – *Por um modelo técnico-assistencial de política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde*. **Saúde em Debate** (33):83-89, Londrina, 1993.
- MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. – *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde*. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R., org. – **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997a, p. 113-150.
- MERHY, E.E. – *A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas*. In: _____ & ONOCKO, R., org. – **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997a, p. 197-228.
- MINAYO, M.C.S. – **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994, 269 p. (Saúde em Debate 46).
- MOORE, G. T.; & FRANK, K. – *Comprehensive health services for children: an exploratory study of benefit*. **Pediatrics**, LI(1):17-21, 1978, Jan.
- NEMES, M.I.B. – *Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação*. In: SCHRAIBER, L.B., org. – **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993, p. 65-116 (Saúde em Debate 30).
- NOGUEIRA, R.P. – **Perspectivas da qualidade em saúde**. Ed. Qualitymark, 1994, 155p.
- ORTIZ, G.F. – *El control de la calidad de los servicios en los hospitales de primer contacto y en la atención primaria de salud*. **Rev. Méd. IMSS**, 19(6):745-48, México, 1981.
- QUERIDO, A. – *Pronóstico y seguimiento. Estudio de los factores clínicos, sociales y mentales que determinan los resultados del tratamiento en los hospitales*. In: WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (EEUU), Organización Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534, p.187-207.
- REIS, E.J.F.B.; et al. – *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas*. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6(1), jan/mar 1990, p.50-61.

- RUTSTEIN, D.D.; et al. – *Como medir la calidad de la atención médica: un método clínico*. **The New England Journal of Medicine**, 294,1976. In: WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (EEUU), Organización Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534, p.703-14.
- SALA, A. – *A avaliação de programas de saúde*. In: SCHRAIBER, L.B., org. – **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993, p.117-38 (Saúde em Debate 30).
- SANTOS, N.R.; CALEMAN, G.; CARVALHO, G.C.M., DONALISIO, M.R.C.; BORGES, R.M. – **Avaliação de Qualidade e Resultados de Ações e Serviços de Saúde no nível loco-regional**. Projeto de pesquisa operacional. Brasília (DF), Organização Pan-Americana de Saúde – Escritório Regional do Brasil, 1991, dez.
- SANTOS, N.R. – **Transferência de Tecnologia em Saúde – TTS**. *Subsídio à Reginalização dos Serviços de Saúde* – Região de Campinas. Mimeo, 1993, agosto, 24 p.
- SCHRAIBER, L.B., org. – **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993, 243 p. (Saúde em Debate 30).
- SCHRAIBER, L.B. – **O médico e seu trabalho**. *Limites da liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1993, 229 p. (Saúde em Debate 61).
- SCHRAIBER, L. B. *Programação hoje: a força do debate*. In: _____, org. – **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993, p.11-35 (Saúde em Debate 30).
- SHORTELL, S. – *Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement*. **Medical Care**, XIV (5):377-91, 1976, May.
- SIMBORG, D.W.; STARFIELD, B.H.; HORN, S.D.; YOURTEE, S.A. – *Information factors affecting problem follow-up in Ambulatory Care*. **Medical Care**, XIV (10):848-56, 1976, Oct.

- SOUILLÁ, B.; et al. – *Calidad y eficiencia de la atención médica. Estudio comparativo de recursos y resultados en atención pediátrica entre hospitales de distinta complejidad*. Versión condensada de: **Atención Médica**, 3(1-4), junio de 1974/marzo de 1975. In: WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (EEUU), Organización Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534, p.682-94.
- STARFIELD, B.H.; SIMBORG, D.W.; HORN, S.D.; YOURTEE, S.A. – *Continuity and Coordination in Primary Care: their achievement and utility*. **Medical Care**, XIV(7):625-36, 1976, July.
- STARFIELD, B.; SIMBORG, D.; JOHNS, C.; HORN, S. – *Coordination of Care and its Relationship to continuity and medical records*. **Medical Care**, XV (11):929-38, 1977 Nov.
- TEIXEIRA, C.F. – *Políticas de Saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos*. **Saúde em Debate**, (35):4-10, 1992, jul.
- TEIXEIRA, S.M.F., org. – **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez, 1989, 232 p.
- TRAVASSOS, C.M.R. – *Tracer Studies – a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil*. Mimeo, 1985, Summer, 26 p.
- TRIANA, A.Z. – **Sistemas locais de saúde: uma via para o Sistema Único de Saúde? O caso de São Paulo 1989-1992**. – Campinas, 1994 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp).
- WHITE, K.L., ed. principal, et al. – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (EEUU), Organización Panamericana de la Salud, publicación científica n° 534, 1200 p.