

Este exemplar corresponde à redação  
final da Dissertação defendida por  
DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM e  
aprovada pela Comissão Julgadora em  
..... *Evaldo J. Vieira* .....

Data: 18/09/89

Assinatura: *Evaldo J. Vieira*

AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA AUXILIARES DE SAÚDE NA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS. EXAME DO PROGRAMA  
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Dissertação apresentada como exigên-  
cia parcial para obtenção do título  
de Mestre em Educação (Filosofia e  
História da Educação) à Comissão  
Julgadora da Universidade Estadual  
de Campinas, sob orientação do  
Prof. Dr. EVALDO AMARO VIEIRA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1989

DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM

AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA AUXILIARES DE SAÚDE NA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS. EXAME DO PROGRAMA  
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Dissertação apresentada como exigência  
parcial para obtenção do título de Mestre  
em Educação (Filosofia e História da Edu-  
cação) à Comissão Julgadora da Universida-  
de Estadual de Campinas, sob orientação do  
Prof. Dr. EVALDO AMARO VIEIRA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1989

Comissão Julgadora

Osvaldo J. Vieira

Walmir M. S. S. S.

[Handwritten Signature]

Aos meus avós - Leão e Maria

Aos meus pais - Joel e Anna Rosa

## AGRADECIMENTOS

Ao longo da trajetória percorrida para realizar este trabalho, o apoio afetivo e, por vezes, intelectual, oferecido por muitas pessoas, foi fundamental para que eu pudesse concluí-lo. Gostaria de expressar minha gratidão a alguns destes amigos, na impossibilidade de citar a todos.

Ao Prof. Dr. Evaldo Amaro Vieira, orientador desta dissertação, cuja erudição e seriedade intelectual foram exemplos para mim.

À Regina, pelo cuidado que dedicou à revisão dos originais e à Valquíria, pelo trabalho de datilografia.

Aos colegas da Faculdade de Ciências e Letras-UNESP, nas pessoas de Dirce C. Monteiro e Maria Helena Frem G. Dias e às alunas Cássia e Isabel, que, com suas inquietações, reafirmam minhas convicções em relação às possibilidades da educação.

À Alda Regina F. de Araújo, Maria Alice R. Ribeiro, Vera Marques, Letícia Marcondes e José Vaidergorn, pelo estímulo constante e pelas sugestões apresentadas durante a elaboração deste trabalho.

Ao Rogério Kirschbaum, irmão e melhor amigo, pela tranquilidade e pela segurança que transmitiu, mesmo à distância.

E ao Maurício, pela compreensão, carinho e dedicação com que me acompanhou por todo este tempo, tornando menos doloridos os momentos mais difíceis.

## RESUMO

No presente estudo, tem-se por objetivo examinar as práticas educativas para auxiliares de saúde, desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Campinas, com o intuito de prepará-los para implementar os programas e as "políticas de saúde" adotadas por aquela instituição no período compreendido entre 1977 e 1986.

Trata-se, portanto, de um estudo de caso, através do qual pretende-se contribuir para o conhecimento de um segmento do pessoal de enfermagem, os atendentes de enfermagem, que raramente têm constituído objeto de estudo nas áreas de educação e de saúde coletiva, embora correspondam à maioria dos trabalhadores empregados em estabelecimentos de saúde no Brasil, durante os anos 70 e início dos anos 80.

Ao longo da pesquisa, verificou-se que o surgimento dos auxiliares de saúde, em Campinas, esteve estreitamente relacionado à emergência de propostas de reorganização dos serviços de saúde, como a Medicina Comunitária e a Atenção Primária de Saúde, que visavam à extensão da atenção médica de baixo custo aos grupos sociais excluídos do processo produtivo. Tais propostas foram incorporadas pelos Planos Nacionais de Saúde e pela Secretaria Municipal de Campinas durante a segunda metade dos anos setenta. Observou-se que, em Campinas, as práticas educativas para auxiliares de saúde estiveram voltadas para a consecução daquelas propostas, variando de acordo com as características que foram sendo introduzidas no projeto original, durante o período de 1977 a 1986.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	01
I. O TREINAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA PESSOAL AUXILIAR NOS PROJETOS DE MEDICINA COMUNITÁRIA E DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE .....	07
1.1. Da Medicina Comunitária à Atenção Primária de Saúde - A difusão do Treinamento nos Serviços de Saúde .....	09
1.2. A Desqualificação do Trabalhador e o Treinamento .....	40
II. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS: EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL E POLÍTICAS PRIORITÁRIAS .....	58
2.1. As Condições de Saúde e a Assistência Médica no Brasil, no período de 1964-1974 .....	58
2.2. O Surgimento dos Programas de Atenção Primária nos Planos Nacionais para a Saúde após 1974 .....	69
2.3. A Situação Política e Social que Possibilitou o Surgimento da Medicina dos Programas de Medicina Comunitária em Municípios Brasileiros .....	82
2.4. A Implantação do Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde Campinas .....	90
2.5. A Implantação da "Política Municipal de Saúde Comunitária .....	113
2.6. As Tentativas de Integrar Diferentes Instituições de Saúde em um mesmo Projeto: O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social e Prô-Assistência I .....	130

III. RECURSOS HUMANOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA AUXILIARES DE SAÚDE NA SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS .....	150
3.1. A Situação dos Auxiliares de Saúde no Mercado de Trabalho e nos Planos e Conferências Nacionais de Saúde, nas Décadas de 70 e 80 .....	150
3.2. As Políticas de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Campinas - Seleção e Treinamento para Auxiliares de Saúde .....	188

CONCLUSÃO:

A TEORIA E A PRÁTICA NO MUNDO DOS RECURSOS HUMANOS .....	252
ANEXOS .....	259
BIBLIOGRAFIA .....	262

LISTA DE TABELAS

TABELAS	PÁGINA
I Evolução da Mortalidade Infantil para o Brasil e Regiões Fisiográficas-Brasil (1968-1980) .....	60
II Casos de Algumas Doenças Transmissíveis Notificadas no Período de 1969 a 1975-Brasil .....	61
III Rendimento Familiar no Município de Campinas-1970 .....	98
IV Rendimento Médio Mensal da População Economicamente Ativa no Município de Campinas-1980 .....	99
V Evolução da População Favelada-Campinas-1971-1981 .....	100
VI Número de Atividades Realizadas nos Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas-1979 .....	114
VII Análise Comparativa entre 1978 e 1979. Total de Profissionais nos Postos Comunitários .....	115
VIII Previsão Orçamentária, Orçamento Programa, Despesas Empenhadas e Percentual das Despesas .....	119
XI Gastos da Secretaria de Saúde com o Programa de Medicina Comunitária-1979 .....	120
X Porcentagem dos Gastos Globais da Prefeitura Municipal de Campinas com Saúde e Saneamento-Período 1977-1986 .....	132
XI Média Mensal de Consultas Realizadas pelos Serviços de Saúde no Município de Campinas-1982 .....	134
XII Médias Mensais de Atendimento Realizadas pela Rede Básica de Saúde de segundo as Faixas Etárias-Campinas-1982 .....	135
XIII Distribuição das Atividades Globais Realizadas nos Postos de Saúde de da Secretaria Municipal de Campinas-1984 .....	146
XIV Distribuição das Atividades Realizadas nos Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas por Programas de Atendimento Eventual-1984 .....	148

XV	Força de Trabalho em saúde e sua composição. Estado de São Paulo - 1958/1968/1979 .....	158
XVI	Pessoas Economicamente Ativas por ocupação e sexo, segundo ocupação principal. Estado de São Paulo - 1980.....	161
XVII	Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo o sexo .....	164
XVIII	Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo Faixa Etária .....	165
XIX	Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo o Grau de Escolaridade .....	167
XX	Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo Profissões Anteriores .....	168

## INTRODUÇÃO

### 1. O TEMA

Escolheu-se como objeto de estudo as práticas educativas para auxiliares de saúde desenvolvidas na Secretaria Municipal de Campinas com o objetivo de treiná-los para implementar as chamadas políticas de saúde adotadas por aquela instituição no período compreendido entre 1977 e 1986. Trata-se de um estudo de caso. Tem-se, por objetivo, apresentar contribuições para a análise das práticas educativas implementadas por instituições de saúde brasileiras para preparar a força de trabalho sem qualificação formal específica que empregam em seus programas.

Justifica-se a escolha do tema pelo fato de os auxiliares de saúde constituírem uma categoria ocupacional diferenciada das demais ocupações de nível de escolaridade elementar na área de saúde, na medida em que seu surgimento está vinculado à emergência de certas propostas de organização de serviços de saúde nos anos 60 e 70, tais como a Medicina Comunitária e a Atenção Primária de Saúde. Graças ao empenho dos organismos internacionais - Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde -, tais propostas foram implantadas em muitos países latino-americanos, dentre eles o Brasil, onde foram considerados uma estratégia de organização da prática médica alternativa à forma

dominante assumida pelos serviços médicos nas sociedades capitalistas.

Os principais elementos que distinguem a Medicina Comunitária e a Atenção Primária de Saúde das demais formas de organização da prática médica são: o objetivo de estender os serviços de saúde aos grupos sociais excluídos do acesso às formas predominantes de assistência médica, o emprego do trabalho auxiliar de indivíduos provenientes dos próprios grupos sociais que se pretende assistir e a tentativa de manipular o comportamento destes mesmos grupos, a partir da utilização de técnicas de intervenção produzidas no campo do serviço social [1].

Tais propostas tiveram grande aceitação no Brasil a partir dos anos 70, pois representaram a possibilidade de ampliar a oferta de serviços de saúde a grupos sociais até então excluídos do acesso à assistência médica oferecida pela Previdência Social e pelos estabelecimentos de saúde de natureza privada, mediante o emprego de uma força de trabalho de baixa qualificação, treinada no próprio local de trabalho, o que, portanto, reduzia sobremaneira os custos de produção de serviços médicos.

Os Planos e Programas para a saúde formulados no Brasil, a partir dos anos 70, passaram a estimular o emprego e a formação de pessoal de saúde sem qualificação específica nas instituições de saúde de âmbito municipal e justificavam tais recomendações sob o argumento de que o país não dispunha de profissionais de saúde qualificados, nem em quantidade nem em qualidade adequada às exigências impostas pelo "novo" tipo de serviços de saúde que se pretendia oferecer, a Atenção Primária de Saúde. Tal fato, levou algumas Secretarias Municipais de Saúde, dentre elas a Secretaria Municipal de Campinas, a assumir a formação do pessoal

---

[1] Cf. Donnangelo, Maria C.F. e Pereira, Luiz. Saúde e Sociedade. p. 88-94.

de nível elementar, que era selecionado entre os moradores dos bairros que pretendia assistir, para trabalhar em seus postos de saúde.

A formação destes indivíduos, que receberam a denominação de auxiliares de saúde, foi realizada por excelência no próprio local de serviço mediante curtos treinamentos. Como se pôde apreender através de entrevistas com indivíduos que deles participaram, ou através do exame dos documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Campinas, os treinamentos visavam não só à capacitação técnica dos auxiliares de saúde para executar as operações parciais que lhes eram atribuídas no processo de trabalho, mas também prepará-los para estabelecer uma certa forma de relação social com a clientela que frequentava os postos de saúde. Nesse sentido, os treinamentos para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas assumiam certas especificidades que merecem um exame detalhado.

Quer se ressaltar que um estudo como esse tem de enfrentar inúmeras dificuldades. A primeira delas é a carência de pesquisas desenvolvidas sobre a categoria ocupacional dos auxiliares de saúde tanto no campo da Educação, quanto no campo da Saúde Coletiva. Por se tratar de trabalhadores sem qualificação formal específica, os auxiliares de saúde são geralmente preparados (quando o são, diga-se de passagem) no próprio local de trabalho, ou através de treinamentos desenvolvidos num curto espaço de tempo (no máximo dois meses), sob a promoção da própria instituição de saúde que os emprega, ou através de um aprendizado que se realiza durante o processo de trabalho, no qual um determinado saber é aprendido e compartilhado com seus próprios colegas. Esta ausência de formas sistemáticas de educação para os auxiliares de saúde é o que constitui uma das maiores dificulda-

des para que se possa estudá-los.

A segunda dificuldade deve-se à pouquíssima reflexão que se tem feito no Brasil, pelo menos até o final dos anos 80, acerca das características que assume o processo de trabalho nos postos de saúde das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais e, principalmente, acerca das características do trabalho realizado pelo pessoal auxiliar; em saúde pública [2]. Os raros estudos que têm apresentado alguma preocupação com esta questão tendem a tomar apenas a categoria médica como foco de análise, deixando descoberto o exame das demais ocupações em saúde. Tal fato, também dificulta, por certo, a realização de um estudo como o presente, que busca compreender o significado dos auxiliares de saúde para o processo de trabalho desenvolvido nas instituições do setor público.

Os raros estudos que tomaram os auxiliares de saúde como objeto de pesquisa têm procurado, em grande parte, ou demonstrar as vantagens que a utilização destes indivíduos pode trazer para a melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Primária [3], ou realizar a descrição dos processos de seleção e treinamento dos agentes de saúde (como também são chamados), para posteriormente, investigar se tal treinamento realmente capacitou o auxiliar de saúde para executar as funções que lhes são destinadas [4].

O que se pretende realizar aqui é o exame do modo como

- 
- [2] Entre os raros trabalhos sobre este assunto cita-se, aqui, a tese de doutoramento de Gonçalves, Ricardo B.M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Tese de Doutorado, USP, 1986 (mimeog.) e a pesquisa desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública por Médici, André C. "Pesquisa sobre Recursos Humanos em Saúde 1976-1984.
- [3] Tornero, Nilton L. O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FSP/USP, 1977.
- [4] Silva, Joana et alii. Atenção Primária de Saúde: avaliação da experiência do Vale da Ribeira. Brasília, Ministério da Saúde.

se desenvolveram as práticas educativas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas, tendo em vista a implantação das diversas "políticas de saúde" adotadas por esta instituição, no período compreendido entre 1977 e 1986.

## 2. PLANO DE EXPOSIÇÃO

O presente estudo constará de quatro capítulos, sendo o último referente à conclusão da pesquisa.

No primeiro capítulo, discute-se as proposições sobre a forma de organização de serviços de saúde formuladas, respectivamente, pela Medicina Comunitária e pela Atenção Primária de Saúde com o objetivo de tornar claras algumas noções que são apresentadas ao longo da dissertação. Feito isto, passa-se à discussão das origens da desqualificação do trabalhador no capitalismo, e das finalidades e características do treinamento e da chamada Educação Continuada nas organizações existentes nas sociedades capitalistas.

No segundo capítulo, examina-se as chamadas políticas de saúde adotadas no Brasil desde 1964, bem como a situação econômica e política com a qual estiveram relacionadas, a fim de compreender as condições que, a nível nacional, possibilitaram o surgimento dos Programas de Atenção Primária, dentre eles o de Campinas, a partir de meados dos anos 70. Passa-se, então, ao exame das "políticas de saúde" formuladas pela Secretaria Municipal de Campinas e sua implementação, para a qual foram preparados os auxiliares de saúde,

No terceiro capítulo, analisa-se, em primeiro lugar, a posição ocupada pelo pessoal de saúde de nível elementar (onde

se incluem os auxiliares de saúde) no mercado de trabalho no Brasil. Após esta etapa, discutem-se as chamadas políticas de recursos humanos para a área de saúde, formuladas, principalmente, pelos Ministérios da Saúde e da Educação no período de 1976 a 1986. A partir daí, passa-se por exame as práticas educativas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas, assim como as políticas de recursos humanos formuladas por esta instituição para formar seus profissionais de nível elementar.

CAPÍTULO I - O TREINAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA  
PESSOAL AUXILIAR NOS PROJETOS DE MEDICINA  
COMUNITÁRIA E DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

O treinamento em serviço para pessoal auxiliar em enfermagem tornou-se uma prática muito freqüente nos serviços de saúde pública no Brasil a partir de meados dos anos 70. O interesse em reduzir os custos dos serviços de saúde de modo a garantir a expansão da assistência médica a contingentes cada vez mais amplos da população foi o principal motivo que levou os serviços de saúde a empregar trabalhadores sem preparo específico em enfermagem ao invés de absorver a força de trabalho qualificada pelo sistema educacional (1). Justificavam-se por uma pretensa inadequação no preparo de profissionais devidamente qualificados no sistema de ensino para atuar em serviços de saúde pública, onde se pretendia implantar Programas de Medicina Comunitária, ou de Atenção Primária de Saúde, que exigiam profissionais comprometidos com a realidade social e com uma formação voltada para as atividades de caráter preventivo e para a promoção da saúde. Reforçavam sua argumentação afirmando inexistir um número suficiente de profissionais formados para atender as necessidades "reais"

---

(1) Cf. Almeida, Maria Cecília. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. p. 116-118; Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde. p.289; Melo, Cristina. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. p. 71-74.

dos serviços de saúde pública (no caso, estender a cobertura dos serviços de saúde com custos mais baixos a grupos sociais sem acesso aos mesmos) (2). Como se demonstrará, tal discurso revelou-se falacioso, uma vez que ao se estimular o treinamento em serviço para pessoas sem preparo formal limitava-se o mercado de trabalho dos qualificados no sistema educacional, cuja oferta apresentou um rápido crescimento após a ampliação do número de escolas de enfermagem de 1º, 2º e 3º graus nos anos 70 (3). Apesar disso, os programas de treinamento para pessoal auxiliar foram cada vez mais estimulados por organismos internacionais (Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde) e pelas organizações governamentais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), o que leva a crer que a razão justificada para assumir o preparo de pessoal de saúde para tarefas auxiliares não seja propriamente a escassez de trabalhadores formalmente qualificados, mas razões de ordem econômica, política e ideológica, subjacentes à forma de organização de serviços de saúde que se desejava implantar.

- 
- (2) Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde. 287-290. Uma crítica aos argumentos utilizados pelos órgãos governamentais será encontrada em Quadra, Antônio e Amâncio, Aloysio. O Planejamento e a formação dos recursos humanos para a saúde. in: Guimarães, Reinaldo (org.). Saúde e Medicina no Brasil. p. 241-151.
- (3) Conforme Graciette, B. da Silva, verifica-se um expressivo crescimento numérico das Escolas de Enfermagem de nível superior e dos cursos de auxiliar e de técnico de enfermagem a partir dos anos 70, acarretando uma importante elevação no número de profissionais e ocupacionais de enfermagem no país. Cf. Silva, Graciette, B. Enfermagem Profissional: uma análise crítica. p. 88-90. Entretanto, Almeida et alii salientam que tal crescimento não foi acompanhado por uma adequada absorção dos profissionais de enfermagem ao mercado de trabalho. Almeida, Maria C. et alii. A Formação do Enfermeiro frente à Reforma Sanitária. Cadernos de Saúde Pública. 2(4): 506. Baseada em levantamentos do Conselho Federal de Enfermagem, Delvair observou que os dados evidenciam a existência de enfermeiros e técnicos de enfermagem em situação de sub-emprego e desemprego no período 1982-1983. Alves, Delvair, B. Mercado e Condições de Trabalho da Enfermagem. p. 34.

## 1.1. Da Medicina Comunitária à Atenção Primária de Saúde - a Difusão do Treinamento nos Serviços de Saúde

No início deste capítulo, afirmou-se ser o treinamento o tipo de aprendizagem preferencialmente adotado para preparar, no setor de saúde, a força de trabalho sem qualificação específica que as instituições governamentais passaram a empregar em seus programas nos anos 70 e 80. Por certo, o emprego de pessoal de enfermagem sem qualificação formal, mas preparado no próprio serviço, não consiste numa novidade típica das últimas décadas, como demonstram pesquisas sobre a história da profissionalização da enfermagem realizadas por diversos autores (4). Entretanto, o que há de novo é o fato de tanto seu emprego, quanto sua formação surgirem vinculados a determinadas propostas de organização da prática médica, que a partir dos anos 60 deram origem à ocupação que se convencionou chamar auxiliares de saúde (5).

De fato, a difusão do treinamento e da chamada Educação Continuada mereceram um significativo destaque a partir do surgimento da Medicina Comunitária e da Atenção Primária de Saúde, propostas de atendimento médico dirigidas a determinados gru

(4) Como indicam as pesquisas realizadas por Almeida e por Melo, desde o final do século XIX, quando a enfermagem deixou de ser exercida apenas por leigos e em bases puramente empíricas, o treinamento tem sido empregado para preparar pessoal para prestar assistência de enfermagem e para disciplinar a conduta destes trabalhadores com o intuito de adaptá-los às rotinas e à hierarquia existentes nos serviços de saúde. Cf. Almeida, Maria Cecília P. O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática. p. 42-47; Melo, Cristina. op. cit. p. 47, 69. Semiramis M. Rocha relata que as primeiras experiências de treinamento sistematizado, realizadas no Brasil para pessoal de enfermagem de nível elementar foram desenvolvidas, nos anos 40, pelo Serviço Especial de Saúde Pública, com o objetivo de formar visitadoras sanitárias para as unidades simplificadas, onde a assistência de enfermagem era prestada fundamentalmente por estas profissionais. Cf. Rocha, Semiramis M.M. Puericultura e Enfermagem. p. 69-71.

(5) A denominação "auxiliares de saúde" (ou agentes de saúde) tem sido utilizada para designar os indivíduos sem preparo formal específico em enfermagem, recrutados entre a população residente num determinado local, empregados nos Programas de Atenção Primária de Saúde no Brasil.

pos sociais, vigorosamente estimuladas pela Organização Mundial e pela Organização Panamericana de Saúde, desde os anos 60. Ambas constituem projetos de intervenção social e de reorganização da prática médica, dirigidas às parcelas da população excluídas dos serviços de saúde bem como das demais formas de benefícios sociais que, em virtude desta exclusão, tornam-se potencialmente geradoras de tensões sociais (6).

A Medicina Comunitária e a Atenção Primária tendem a atribuir às características assumidas pela medicina nos países capitalistas e ao que chamam de pobreza, carência ou marginalidade daqueles grupos sociais os motivos principais de sua exclusão dos serviços de saúde. Por isso, fundamentando-se em determinadas propostas de reforma médica-Medicina Preventiva e Medicina Integral - e em algumas correntes sociológicas - modelo psico-sócio-cultural, modelo dualista e teoria da dependência - tanto a Medicina Comunitária, quanto a Atenção Primária pretendiam se tornar projetos alternativos de organização da prática médica (7) em oposição à que já existia nos países capitalistas - uma medicina de custos extremamente elevados, devido à intensa incorporação de inovações científicas e tecnológicas; uma excessiva utilização de medicamentos, equipamentos e tecnologias sofisticadas; uma ênfase nas especialidades médicas, extremamente voltadas para aspectos curativos e que reduzem o homem a um conjunto de estrutu-

---

(6) Cf. Pellegrini Filho, Alberto et alii. *A Medicina Comunitária, a questão urbana e a marginalidade*. in: Guimarães, Reinaldo (org.). Saúde e Medicina no Brasil. p. 215.

(7) A análise crítica da Medicina Integral e da Medicina Preventiva foi exaustivamente realizada na tese de doutoramento de Arouca, Antônio S. O Dilema Preventivista, contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. A respeito das correntes sociológicas mencionadas ver Pellegrini Filho, Alberto et alii. *A Medicina Comunitária, a questão urbana e a marginalidade social*, in Guimarães, Reinaldo (org.). Saúde e Medicina no Brasil. p. 215.221.

ras e funções orgânicas (8). Assim, a Medicina Comunitária e a Atenção Primária declaravam que seu objetivo era a extensão dos serviços de saúde a grupos sociais excluídos da forma predominante de assistência médica, através da redução dos custos do cuidado médico mediante a utilização de tecnologias simplificadas e o emprego de pessoal leigo, treinado nos próprios serviços de saúde, recrutado entre a população que pretendiam assistir.

Desde meados dos anos setenta, diversos artigos e teses foram desenvolvidos, tendo como objetivo a análise das propostas de Medicina Comunitária e da Atenção Primária de Saúde. A maioria deles é unânime em apontar o caráter ideológico destas propostas, dada a utilização que delas se pode fazer, e que muitas vezes o fizeram tanto os organismos internacionais (Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde) quanto muitas das instituições governamentais (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Universidades) transformando-as em um potente instrumento de controle social (9). Entretanto, achou-se por bem apresentar aqui algumas destas discussões com a finalidade de situar e até de sistematizar os conceitos mais empregados em Medicina Comunitária e em Atenção Primária, de modo a facilitar a compreensão dos discursos e das práticas de treinamento para auxiliares de saúde em programas desta natureza.

O ensaio realizado por Maria Cecília Donnangelo sobre a Medicina Comunitária, enquanto uma das formas de articulação entre a medicina e a estrutura social nas sociedades capitalistas (10), já se tornou uma obra "clássica" no campo da saúde coletiva.

---

(8) Cf. Donnangelo, Maria Cecília e Pereira, Luiz. Saúde e Sociedade. p.79-81. Arouca.

(9) Cf. Pellegrini Fº et alii. op. cit., p. 215; Paim, Jairnilson S. Medicina Comunitária, introdução a uma análise crítica. Saúde em Debate, (1):11.

(10) Cf. Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. Saúde e Sociedade. p. 13.

Neste estudo, Donnangelo salienta que a Medicina Comunitária:

"... traz consigo uma concepção da medicina como conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social; uma concepção do social centrada nas noções de necessidade de saúde, carência ou pobreza, direito à saúde e ao bem-estar; conseqüentemente, uma concepção acerca de como se articulam medicina e sociedade. Como projeto de reorganização da prática médica, a Medicina Comunitária retém fundamentalmente a idéia da possibilidade de extensão da medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores, de racionalização de recursos da medicina institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais objeto dessa prática"(11).

Segundo Donnangelo, a Medicina Comunitária pretendeu ocupar os espaços deixados por outras modalidades de assistência médica que, apesar de terem se tornado hegemônicas, não foram capazes de atender as demandas por generalização do cuidado médico individual nas sociedades capitalistas (12). Além das dimensões econômicas, políticas e ideológicas que obstaculizaram a generalização do cuidado médico a amplos segmentos da população, especialmente às categorias sociais cujo significado político econômico é mínimo para o capital, Donnangelo também identificou, como mais um problema que se colocou à extensão do cuidado médico àqueles grupos sociais, a forma de organização interna do trabalho médico que se tornou dominante nas sociedades capitalistas, a

---

(11) Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. *op. cit.*, p. 13.

(12) *Ibid.*, p. 75.

partir da segunda metade do século XX, a que chamou de "medicina tecnológica" (13). Sua emergência implicou na progressiva substituição dos meios de trabalho e na superação da forma artesanal de organização da prática médica, decorrentes da incorporação de sucessivas inovações científicas e tecnológicas ao ato médico, que vinham sendo desenvolvidas desde o último quartel do século XIX. Donnangelo descreve as características que tais transformações acarretaram à prática médica no capitalismo monopolista da seguinte forma:

"Ao consultório médico sucede-se o hospital como "locus" indispensável de exercício do trabalho médico, de concentração tecnológica e, correspondentemente de concentração do capital. 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 (o corpo individual), 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 (...) em um processo que, guardando uma aparente semelhança externa com o processo industrial de produção em escala, não pode acarretar, contudo, nem a redução dos custos da produção, ambas obstaculizadas respectivamente pela forma particular de utilização de tecnologia que implica o aprofundamento inten-

---

(13) *Ibid.*, p. 76.

sivo (...) do trabalho empreendido na produção de dada unidade de serviço" (grifo da autora) (14).

Tal forma de organização da prática médica implica no preenchimento de uma série de requisitos, conforme verifica Donnangelo, tais como: o emprego de maior tempo de formação profissional e de maior volume de equipamentos, bem como a multiplicação de tarefas profissionais auxiliares, os quais elevam extraordinariamente tanto os custos parciais quanto os custos globais da assistência médica (15).

As características do processo de trabalho próprio a "medicina tecnológica" descrito por Donnangelo, se por um lado possibilitam ampliar a produção dos serviços médicos, por outro lado acarretam tamanha elevação dos custos da assistência que tornam a extensão da medicina a determinados grupos sociais praticamente inviável, ainda que tal extensão conte, na maioria das vezes, com a participação do Estado no financiamento ou de seu consumo ou de sua produção.

Entretanto, a necessidade de responder às tensões sociais geradas pela exclusão de certos grupos sociais do acesso a práticas médicas com tais características fez com que surgissem, nos Estados Unidos, os movimentos de reforma médica que se propunham a introduzir modificações parciais na estrutura de produção de serviços médicos, dirigidas ou para "a reorganização parcial do ato médico" ou para a "constituição de um determinado tipo de profissional médico" (16). Nenhum desses movimentos, entretanto, chegou a questionar as determinações políticas e econômicas que acarretavam a desigualdade ou a diferenciação na oferta

---

(14) *Ibid.*, p. 76-77.

(15) *Ibid.*, p. 77.

(16) Cf. Donnangelo, Maria Cecília e Pereira, Luiz. *op. cit.* p. 78.

de serviços médicos.

A medicina Integral e a Medicina Preventiva, nos anos 40 e 50, respectivamente, são os exemplos representativos destes movimentos de reforma médica.

Conforme a perspectiva exposta por Donnangelo, a Medicina Comunitária constituiu mais uma proposta de prestação de serviços do que um novo campo conceitual, como é o caso da Medicina Integral e da Preventiva. Por isso, decidiu-se expor, aqui, apenas os aspectos conceituais desenvolvidos pela Medicina Integral e pela Medicina Preventiva, que foram incorporados pela Medicina Comunitária em sua proposta de organização de serviços médicos.

Especialmente nos Estados Unidos da América, a forma de organização de serviços de saúde, proposta pela Medicina Comunitária, incorporou, do ideário da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, as críticas, que estas formularam em relação ao caráter fragmentário do trabalho médico e à visão parcializada do indivíduo e do processo saúde-doença, que caracterizam a prática médica dominante que, segundo julgam, era o motivo principal do alto custo e da reduzida eficiência da medicina. Ambas consideravam que a fragmentação do trabalho médico, à qual correspondeu a divisão da medicina em diversas especialidades, limitava o campo de atuação do profissional médico a interferências parciais sobre o processo de evolução da doença, acarretava uma separação entre as ações preventivas e as terapêuticas e a desconsideração das influências que os fatores sociais e ambientais exerciam sobre a saúde dos indivíduos (17).

Em oposição ao enfoque da prática médica dominante, a

---

(17) *A relação existente entre a Medicina Comunitária e a Medicina Preventiva foi examinada na tese de doutoramento realizada por Arouca, Antônio S. O Dilema Preventivista. Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. p. 109-112.*

Medicina Integral e a Medicina Preventiva propuseram uma recomposição interna do trabalho médico, vale dizer, uma recuperação do caráter global do ato médico, o qual deveria orientar-se por uma concepção não mais compartimentada do objeto da prática médica: o indivíduo enquanto ser bio-psico-social, e por uma apreensão dos fatores ambientais, biológicos, econômicos e sociais que interferiam no processo saúde-doença (visão da multicausalidade do processo mórbido, sistematizada por Leavell e Clark) (18), o que permitiria ao profissional intervir em momentos precoces da evolução da doença, através de ações preventivas (19). A Medicina Preventiva, especificamente, elegeu como seu objeto de estudo e de intervenção, por excelência, a unidade familiar, pois esta lhe parecia o espaço de inserção social do indivíduo (20), para onde deveria dirigir-se a atuação do médico. Não se pode deixar de ressaltar que a escola médica transformou-se no campo de difusão por excelência destas propostas de reforma médica, pois tanto a Medicina preventiva quanto a Medicina Integral acreditavam que a educação era um potente instrumento para modificar a mentalidade e as atitudes do profissional médico, transformando-o em um agente de mudança do modelo de assistência médica que havia se tornado

(18) Cf. Leavell, Hugh e Clark, Edwin G. *Medicina Preventiva*. p. 11-16.

(19) Leavell e Clark dão a seguinte definição de prevenção: "O termo prevenção, tal como é usado neste livro, tem o significado que tinha na época elizabetana, qual seja, 'vir antes ou preceder' e coincide com a atual definição de prevenir encontrada nos dicionários - 'antecipar, preceder, tornar impossível por meio de uma providência precoce'. Tal prevenção exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença". Os autores consideram que as ações preventivas devam ocorrer em três níveis: prevenção primária, que envolve a promoção da saúde e a proteção específica; prevenção secundária, que consiste no diagnóstico e tratamento precoce da doença e na limitação da invalidez; prevenção terciária, que inclui a reabilitação do indivíduo. Leavell e Clark. *op. cit.*, p. 17.

(20) Cf. Arouca, Antônio S. *op. cit.*, p. 193.

dominante (21). Portanto, do ponto de vista da Medicina Preventiva e da Medicina Integral a superação do caráter fragmentário do trabalho médico e da concepção compartimentada de seu objeto dependia exclusivamente da vontade individual e do empenho pessoal de cada profissional (com o auxílio inestimável, é claro, da escola médica), sem que, em momento algum, ambas tivessem posto em questão as determinações históricas, econômicas e sociais imbricadas no processo que levava a medicina a dividir-se, no capitalismo, em diferentes especialidades e a construir uma visão idealizada e parcial seja do indivíduo, seja do processo saúde e doença (visão idealizada que, aliás, também possuíam, uma vez que o enfoque multicausal do processo mórbido oculta o fato de que a saúde dos indivíduos é um produto das condições de vida e estas são determinadas pela posição que cada classe e grupo social ocupa no processo de produção econômica) (22).

Tal como foi dito anteriormente, a Medicina Comunitária introjetou, em sua proposta de organização de serviços, a visão de multicausalidade do processo saúde e doença, uma concepção do homem como totalidade bio-psico-social e a necessidade de superar o caráter fragmentário do ato médico. Mas a Medicina Comunitária não se limitou a criticar a organização interna do trabalho médico.

Conforme demonstraram Paim, Donnangelo, Pellegrini e

(21) "A Medicina Preventiva é uma nova atitude incorporada à prática médica e esta atitude deve ser desenvolvida durante o processo de formação do médico através de meios de pessoal específico. Assim, este movimento em contra seu lugar natural nas escolas médicas (...), enfrentando a longa luta de preparar novos médicos com a nova atitude preventivista que possa mudar o atual panorama da assistência médica". Arouca, op. cit. p. 119, 105, 189; Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz, op. cit. p. 80. Paim, Jairnilson. op. cit. p. 12, 13.

(22) Uma interessante crítica à respeito das limitações oferecidas pelo enfoque multicausal à compreensão do processo saúde-doença e do modo como este processo é determinado historicamente é realizada por Laurell, Asa Cristina. *A Saúde-Doença como Processo Social*. In: Nunes, Everardo D. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. p. 149-158.

Arouca em estudos anteriores, que pretendiam examinar a Medicina Comunitária sob uma perspectiva crítica, a Medicina Comunitária apresentou-se, em suas origens, como um projeto de reforma médica considerado capaz de responder às crises do setor saúde nos Estados Unidos, nos anos 60, e aos conflitos sociais gerados pela exclusão de determinados grupos sociais do acesso às formas predominantes de assistência médica individual ou desassistidas pelos serviços de saúde pública (23). Em outras palavras, pode-se dizer que a Medicina Comunitária representava uma proposta específica de organização da prática médica e uma determinada posição (24) a respeito do "novo" papel que a medicina deveria assumir frente às necessidades apresentadas pela realidade social.

Na perspectiva assumida pela Medicina Comunitária, a situação de exclusão dos grupos sociais que tomava como objeto (num primeiro momento, as minorias raciais nos Estados Unidos e, num segundo momento, os grupos sociais excluídos do processo econômico, político e social que residiam na zona rural ou na periferia dos centros urbanos na América Latina) devia-se à situação de "pobreza" e "marginalidade" em que viviam, concebidas não mais como um produto da incapacidade dos indivíduos ou como um "desvio social", mas, ao contrário disto, como uma expressão da fal-

---

(23) Cf. Paim, Jairnilson. *Medicina Comunitária. Introdução a uma análise crítica*. *Saúde em Debate*. 1:9-12; Donnangelo, Maria C. *op. cit.*, p.93. Pellegrini Fº et alli. *op. cit.* p. 215; Arouca, Antônio S e Arouca, Anamaria T. *Medicina de Comunidade. Implicações de uma teoria*. *Saúde em Debate*. 1:20-23.

(24) Assim como Donnangelo, Sérgio Arouca e Anamaria T. Arouca discordam das acepções que consideram a Medicina Comunitária como um novo campo conceitual a respeito da prática médica. Ao contrário disto, Arouca concebe a Medicina Comunitária como uma posição, na medida em que ela representa uma proposta empírica e ideológica de mudança da realidade social. Conforme estes autores, tais projetos: "São posições que, como tais, mantêm um afastamento de uma teoria que as pudesse orientar e para a qual pudessem colocar questões a serem equacionadas no plano da ciência". Arouca, Antônio S. e Arouca, Anamaria T. *Medicina de Comunidade. Implicações de uma Teoria*. *Saúde em Debate*. 1:20.

ta de participação e de oportunidades sociais a que estavam submetidos tais grupos nas sociedades "urbano-industriais".

Segundo ressalta Pellegrini et alii., a concepção que a Medicina Comunitária possui a respeito dos grupos que toma por objeto origina-se em determinadas vertentes da sociologia americana, desenvolvidas nos anos 60, que pretendiam explicar o fenómeno da marginalidade a partir de interpretações de cunho psicologista, como sendo algo própria à "natureza" marginal dos indivíduos que habitavam as favelas e as periferias dos centros urbanos. Pellegrini cita duas destas correntes: a primeira privilegiava a noção de "cultura da pobreza", que corresponde à concepção de que os grupos sociais pertencentes a segmentos de baixa renda constituíam um universo cultural à parte, marcado por carências psicológicas, econômicas e sociais que o caracterizavam como uma sub-cultura. Esta, por sua vez, retratava uma inadaptação psico-social de tais grupos às formas predominantes de organização da cultura (típicas da classe média e da burguesia) que se revelava através da falta de participação e de integração dos indivíduos pertencentes àqueles grupos em certos setores da sociedade e em relação aos valores sociais e culturais dominantes. A segunda corrente, citada por Pellegrini, baseava-se na idéia de "continuum rural-urbano", que pressupõe a existência de diversas sub-culturas, dentre as quais se poderia incluir as sociedades camponesas e a cultura "folk", que explicariam a falta de integração de determinados agrupamentos humanos nas sociedades tipicamente urbanas, pois estes não conseguiriam abandonar certos valores culturais correspondentes àquelas culturas mais tradicionais (25). Para identificar as vertentes da sociologia nas quais

---

(25) Pellegrini F9 et alii. op. cit., p. 215-218.

inspiram-se os Programas de Ação Comunitária, dentre eles a Medicina Comunitária nos Estados Unidos, nos anos 60, Pellegrini baseou-se em Lúcio Kowarick. Este autor considera que tanto as chamadas teorias abrangentes (que incluem a concepção de personalidade marginal e cultura da pobreza) como as teorias da modernização (na qual predomina a idéia de dualidade entrutural, opondo-se o tradicional ao moderno ou o marginal ao integrado) constituem abordagens da teoria funcionalista, que privilegia a questão da integração social (26), para explicar a situação de exclusão daqueles grupos sociais. Fundamentalmente, tais abordagens supõem a existência de uma condição social homogênea que caracteriza certos grupos sociais "marginalizados" e que esta homogeneidade os diferencia dos demais grupos sociais, que encontravam-se integrados aos padrões culturais vigentes e dominantes nas sociedades urbano-industriais (27).

Sendo assim, o conceito de "comunidade" passou a ser amplamente empregado para designar a situação social dos grupos excluídos, ou "marginalizados", como preferiam aquelas acepções, na medida em que possibilitava examiná-los como uma unidade independente do todo social, com características próprias, inclusive. Como dizia Florestan Fernandes: "qualquer uma dessas abordagens permite encarar a comunidade como um "todo", considerada através de fatores intrínsecos de estabilidade ou de mudança e como parte das unidades mais ou menos inclusivas (a comunidade como parte de uma cidade ou a cidade como parte de uma região)" (28). Conforme Jairnilson Paim, o conceito de comunidade refere-se, aí, à noção de espaço geograficamente delimitado, onde os indivíduos estão envolvidos com atividades inter-relacionadas, ou à noção de proces

(26) Kowarick, Lúcio. Capitalismo e Marginalidade na América Latina. p. 16-17.

(27) Ibid., p. 14.

(28) Fernandes, Florestan. Comunidade e Sociedade no Brasil. p. 6.

so, que envolve uma visão da sociedade, na qual os indivíduos interagem entre si em função de interesses, aspirações, necessidades e objetivos comuns (29). Segundo a abordagem de Lindman, citado por Paim, o conceito de comunidade representaria "qualquer processo de interação social que gera uma atitude e uma prática mais intensiva e extensiva de interdependência, cooperação e união" (30). Em tal concepção de comunidade, o caráter psicológico seria um dos principais fatores condicionantes da "natureza humana" (31) concepção idêntica, portanto, àquela defendida pelas diversas abordagens funcionalistas preocupadas com o fenômeno da marginalidade.

Conforme Donnangelo, foi a idéia de "cultura da pobreza" que serviu de base doutrinária para os programas assistenciais de combate à pobreza que constituíram a política social dos governos norte-americanos nos anos 60, dentre os quais surgiu a Medicina Comunitária. Tais políticas, adotadas durante as administrações de Kennedy e Johnson, pretendiam, fundamentalmente, obter a assimilação cultural do pobre através de mudanças promovidas pelo trabalho social e pela educação (32).

Donnangelo, Arouca e Paim chamam a atenção para o fato de que a nova adjetivação atribuída à medicina neste projeto de reforma médica, designado pela expressão Medicina Comunitária ou Medicina de Comunidade, tem servido para mitificar as relações sociais e as condições reais de existência que determinam o modo de vida dos grupos sociais que a prática médica pretendia incor-

---

(29) Paim, Jairnilson. *op. cit.*, p. 9.

(30) Lindman, E.C. *Comunidade. Encyclopedia of the Social Sciences. in: Paim, Jairnilson. op. cit.*, p. 9.

(31) *Ibid.* p. 9.

(32) Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. *op. cit.*, p. 85, 89, 90.

porar como seu "novo" objeto (33).

Como esclarece Donnangelo, o emprego do conceito de "comunidade" torna possível uma apreensão do social liberada das de terminações históricas e econômicas que o envolvem, na medida em que pressupõe um grupo populacional com uma identidade social e cultural homogênea e com interesses comuns, vivendo num espaço geográfico delimitado, em que o processo saúde-doença é encarado exclusivamente em suas dimensões ecológica e psico-social (34). Além disso, explica Donnangelo, a homogeneização do objeto, mediante a utilização da noção de comunidade, é o que permite à Medicina Comunitária empregar certos instrumentos externos à prática médica para intervir sobre problemas que detecta na observação imediata do espaço circunscrito à "comunidade". Tais instrumentos correspondem à recomposição dos meios de trabalho (o que implica na identificação e na mobilização da prática médica) e à mobilização dos grupos sociais que se pretende assistir em torno de interesses e objetivos comuns, pois, sem isto, seria difícil garantir um mínimo de consenso em relação à ampliação e ao desenvolvimento dos projetos de Medicina Comunitária (35).

Neste sentido, a "participação comunitária" transformou-se num dos pilares da proposta de reorganização da prática médica e dos serviços de saúde representada pela Medicina Comunitária

---

(33) Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. op. cit., p. 72. Arouca, Antonio S. e Arouca, Anamaria T. op. cit., p. 20., Paim, Jairnilson. op. cit. p. 9. Embora as implicações relacionadas à utilização do conceito de comunidade tenham sido apontadas por estes autores já no início dos anos 70, as instituições e os profissionais de saúde pública envolvidos com a implantação dos primeiros programas de Medicina Comunitária, no Brasil insistiram e insistem, até hoje, em utilizar o termo "comunidade" para designar a população excluída do processo produtivo e dos serviços de saúde que pretendem assistí-la, ainda que tais organizações e indivíduos reconheçam que as condições de saúde e a situação de exclusão de tais grupos sociais são determinadas pela forma de organização social da produção existente nas sociedades capitalistas.

(34) Donnangelo, Maria Cecília e Luiz Pereira. op. cit., p. 91-92.

(35) Ibid., p. 92.

ria. Concebida enquanto uma solução para amenizar os problemas gerados pela exclusão de determinados grupos sociais do processo econômico, a "participação comunitária" era vislumbrada pelas abor<sup>u</sup>dagens funcionalistas e pelas instituições que as adotaram como uma forma de alcançar a "integração social" daqueles grupos no chamado desenvolvimento econômico (36). Através da "participação comunitária", pretendia-se incentivar os grupos excluídos a assu<sup>u</sup>mirem novos comportamentos diante de sua condição de exclusão, me<sup>u</sup>dante um melhor aproveitamento de seus próprios recursos, vale dizer, dos escassos materiais de que dispunham, de seus poucos recursos financeiros e da sua força de trabalho (37). Tal como os projetos de Desenvolvimento de Comunidade, que passaram a ser amplamente estimulados pelos organismos internacionais, desde os anos 40 (38), a Medicina Comunitária vislumbra na "participação da comunidade" uma forma de obter o apoio dos grupos sociais excluídos para o desenvolvimento de programas governamentais a eles dirigidos e como um meio para envolver a população na execução destes mesmos programas.

Segundo Maria Cecília Donnangelo, nos projetos de Medicina Comunitária originários nos Estados Unidos da América, da-

(36) Segundo Sandra B. Lima, nos anos 50, o Centro para el Desarrollo Economico y Social de la America Latina, baseando-se na concepção de que a marginalidade social era uma decorrência da falta de participação de certos grupos sociais no processo de desenvolvimento econômico, transformou-se num dos principais difusores da idéia de participação como estratégia para integrar os grupos ditos marginais ao desenvolvimento econômico. Nesta perspectiva, a participação ativa significava a integração de tais grupos ao processo decisório nas organizações governamentais e a participação passiva corresponderia ao acesso aos bens, serviços e recursos inerentes a sociedade industrial (educação, previdência social, comunicação, etc.). Cf. Lima, Sandra B. Participação Social no Cotidiano. p. 27-29. Ressalte-se que a concepção de participação ativa difundida pelo Centro para el Desarrollo Economico y Social da America Latina foi intensamente incorporada ao discurso das instituições de saúde brasileiras nos anos 70.

(37) Cf. Pellegrini F. et alli. op. cit. p. 221.

(38) Cf. Amman, Safira B. Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil. p. 29-36, 161-165.

va-se um sentido restrito à participação. De fato, ela significava a mobilização de contribuições financeiras e técnicas e a utilização da força de trabalho dos grupos sociais que se pretendia assistir, com o intuito de simplificar e diminuir os custos do processo de trabalho médico em relação ao modelo de assistência médica predominante (39).

Através da utilização do trabalho auxiliar, executado por indivíduos pertencentes aos grupos sociais excluídos, a Medicina Comunitária propunha, sobretudo, uma reestruturação dos elementos que compõem o trabalho médico. Esta reestruturação implicaria no reforço ao uso do trabalho auxiliar, desenvolvido por diversas categorias profissionais, constituindo o que Donnangelo chamou de "trabalhador médico coletivo" (40). No processo de trabalho proposto pela Medicina Comunitária, o cuidado médico seria realizado mediante a distribuição de tarefas entre os diversos profissionais, as quais compunham um conjunto de práticas complementares. Por isso, diz Donnangelo, a utilização do trabalho auxiliar não correspondia à diluição de um saber e de uma técnica especificamente médicos, mas significava, isto sim, a incorporação de novas práticas técnicas referentes à manipulação do comportamento dos grupos sociais pela Medicina (41).

Da caracterização do processo de trabalho em Medicina Comunitária exposto por Donnangelo, é preciso reter que, quando concebido, tal projeto de reorganização da prática médica e, conseqüentemente, dos serviços de saúde visava, fundamentalmente, à diminuição dos custos da assistência médica, de modo que se pudesse estendê-la a grupos sociais excluídos do processo produti-

---

(39) Cf. Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. *op. cit.*, p. 93.

(40) *Ibid.*, p. 71.

(41) Por certo, Donnangelo refere-se às técnicas de intervenção social desenvolvidas no campo de serviço social e incorporadas pela Medicina Comunitária. Cf. Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. *op. cit.*, p. 71-72.

vo e que portanto, despertavam pouco (ou nenhum) interesse ao capital, a não ser pela possibilidade de se transformarem em agentes de intensos conflitos sociais. Sendo assim, o emprego de indivíduos recrutados entre aqueles grupos sociais possibilitava uma expansão significativa dos serviços de saúde com um custo financeiro mais baixo do que o exigido para a ampliação da medicina tecnológica.

Por outro lado, a utilização de indivíduos sem qualificação formal específica em medicina ou em enfermagem nos projetos de Medicina Comunitária gerava a necessidade de oferecer-lhes algum tipo de formação. Nesse sentido, o governo norte-americano tratou de incentivar a criação de projetos voltados para o treinamento destes indivíduos em ações de saúde. Conforme Donnangelo, a realização destes treinamentos fazia parte do modelo de organização de serviços proposto para os Centros de Saúde Comunitários e os financiamentos concedidos pelo governo para essas atividades mereceu até uma legislação específica.

Embora não tenham alcançado maior expressão nos Estados Unidos (42), os projetos de Medicina Comunitária passaram a ser amplamente difundidos na América Latina, nos anos 70, já que a proposta de organização de serviços de saúde por eles representada abria a possibilidade de estender o processo de medicalização a amplos segmentos da população até então sem acesso aos cuidados médicos nos países latino-americanos.

A implantação de tais projetos nestes países teve início nos anos 70, ora sob a responsabilidade das Universidades, ora como programas experimentais coordenados por instituições governamentais, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS)

---

(42) Cf. Donnangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. *op. cit.*, p. 91.

e da Organização Panamericana de Saúde (OPS), preocupadas com os conflitos políticos que poderiam advir da intensa exclusão de grandes contingentes da população que acompanhava o chamado desenvolvimento econômico naqueles países (43).

Ainda que os projetos patrocinados por tais organizações não levassem em consideração as especificidades existentes em cada formação econômico-social (por exemplo: o modo de produção e as relações sociais em jogo), alegava-se a necessidade de introduzir novos conceitos na proposta original da Medicina Comunitária, com o intuito de adaptá-la à realidade social dos países latino-americanos (44) já que estes apresentavam padrões de morbidade e mortalidade bastante graves e complexos e não dispunham nem de serviços de saúde adequados para atender as demandas de seu quadro sanitário, onde predominavam as doenças transmissíveis e a desnutrição, nem de serviços de saúde em quantidade suficiente para assistir amplas parcelas da população (45).

Conforme o ponto de vista dos organismos internacionais, expresso em diversos documentos divulgados ao longo da década de 70 (II Plan Decenal de Salud para las Americas", em 1973; "Salud para Todos", em 1975; "Declaração de Alma-Atá", em 1978), o grave quadro sanitário verificado nos países latino-americanos"

(43) Em relação à implantação dos programas de Medicina Comunitária na América Latina, inclusive em Campinas, nos anos 70, consulte Ceitlin, Júlio (org.). *Medicina de la Comunidad. Sobre a preocupação dos organismos internacionais com a penetração das idéias socialistas nos países latino-americanos e o estímulo ao surgimento de programas de saúde baseados em "participação comunitária"*, Cf. Guevara, Carlos M.S. et alii. *Participação Comunitária. Revista de Administração Pública*. 17(3):88-90.

(44) Segundo Eyda Cantillano, ao longo dos anos 70, a Organização Mundial de Saúde realizou um esforço para definir alguns conceitos, a saber: comunidade, participação comunitária, auxiliares de saúde, atenção primária de saúde, cuidados básicos de saúde, etc., com o objetivo de estabelecer um consenso em torno do emprego destes termos para todos os países. Cf. Cantillano, Eyda. *Análise Crítica da Conceituação Predominante sobre a Atenção Médica Primária*. in: Nunes, Everardo D. *Medicina Social*, p.183

(45) Cf. Guerra, José A. et alii. *Saúde para todos: Compromisso Nacional - Implicações Políticas. Revista de Administração Pública*. 17(3):80-81; Donangelo, Maria C. e Pereira, Luiz. *op. cit.*, p. 92.

em desenvolvimento", onde se incluía o Brasil, exigia uma participação mais efetiva do Estado no sentido de garantir "o direito à saúde" através da adoção de políticas e Planos governamentais, cuja preocupação central fosse estender a cobertura dos serviços de saúde às populações desassistidas mediante a participação da "comunidade" no planejamento e na execução dos programas (46). Para tanto, a "II Plan Decenal de Salud para las Americas" recomendava que fosse incentivada a experimentação de modelos alternativos capazes de reduzir os custos dos serviços de saúde através do emprego de uma medicina simplificada (por referência à medicina tecnológica) e da utilização de pessoal auxiliar, ou voluntário, ou com baixa remuneração, recrutado entre a própria população rural, que seria prioritariamente assistida por tais programas (47).

Neste sentido, em 1975, a 28ª Assembléia Mundial de Saúde recomendou aos governos do chamado Terceiro Mundo que adotassem a Atenção Primária de Saúde como estratégia para viabilizar a extensão da cobertura dos serviços de saúde às populações rurais e aos grupos sociais "marginalizados" residentes na periferia dos centros urbanos (48). Conforme se verifica nos Informes publicados pela Organização Mundial de Saúde nos anos 70, a Atenção Primária de Saúde era definida da seguinte forma:

"La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena

(46) Cf. Moysés, Neusa M.N. Cuidados Primários de Saúde. Uma Estratégia? p. 110-112; Guerra, José A. *et alii. op. cit.*, p. 80-81.

(47) Cf. *Ibid.*, p. 110-112

(48) Cf. Guerra, José. *Op. Cit.*, p. 81.

participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirán en el funcionamiento del resto de lo sistema de salud" (49).

Note-se que o conceito mencionado expressa mais uma intenção ou um desejo do que propriamente uma diretriz objetiva para obter uma solução para os problemas de saúde que incidem sobre os grupos sociais excluídos do processo produtivo, mesmo porque esta solução não pode ser alcançada através de conceitos. Há que se ressaltar, também, o fato de a elaboração dos mesmos não levar em consideração as formas concretas de organização social da produção existentes em cada país, as quais determinam a exclusão destes grupos sociais tanto do processo produtivo quanto dos serviços de saúde e a forma privada que assume a produção de serviços médicos nestes países, que os torna mais caros e, portanto, inacessíveis àqueles segmentos da classe trabalhadora que não podem pagar diretamente pelo consumo de cuidados médicos.

Todavia, é exatamente o grau de generalidade que caracteriza o conceito de Atenção Primária de Saúde, que a torna passível de ser adotada em diversos países, como desejam os organismos internacionais, sem que se questione a existência de diferenças fundamentais entre as formas de organização social presentes

---

(49) Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. p. 43.

em cada país (50). Assim, é freqüente encontrar-se publicações da Organização Mundial de Saúde, por exemplo "La Salud por el Pueblo", onde os Serviços de Atenção Primária cubano e chinês são apresentados junto com um modelo de Atenção Primária venezuelano ou mexicano.

De qualquer forma, a adoção da atenção primária como estratégia para obter a extensão de cobertura de serviços de saúde com um reduzido custo financeiro deu origem a outros "conceitos operacionais", cujo emprego foi bastante difundido a partir da Conferência de Alma-Ata, realizada na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em setembro de 1978. Estes chamados conceitos interessam sobremaneira ao presente estudo, pois correspondem à sistematização de serviços de saúde representada pela "Atenção Primária de Saúde", que, por sua vez, originou os treinamentos para auxiliares de saúde, durante os anos 70 (51).

Segundo se verifica no Relatório da Conferência de Alma-Ata, a realização dos cuidados primários de saúde (52) exige-

(50) Cantillano, Eyda. *op. cit.*, p. 195-197.

(51) Não serão abordados novamente os conceitos de comunidade e de participação comunitária, uma vez que estes já foram discutidos em páginas anteriores. Na Conferência de Alma-Ata eles foram empregados com o mesmo sentido que possuíam na Medicina Comunitária, ou seja: "Uma comunidade é formada por pessoas que convivem dentro de uma forma de organização e coesão social. Seus membros compartilham, em maior ou menor grau, características políticas, econômicas, sociais e culturais, bem como interesses e aspirações, inclusive à saúde". E, "Participação Comunitária é o processo pelo qual indivíduos e famílias assumem a responsabilidade pela saúde e o bem-estar próprios e da comunidade (...). Chegam assim a melhor conhecer sua própria situação e a ser motivados no sentido de resolver seus problemas comuns. Isso dá-lhes condições de ser os agentes de seu próprio desenvolvimento em vez de beneficiários passivos da ajuda para fins de desenvolvimento ..." (grifo meu). OMS. OPS, UNICEF. Informe da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde. p. 41-41.

(52) Na tradução brasileira do Relatório e da Declaração de Alma-Ata, o termo "atenção primária de saúde" é substituído por "cuidados primários de saúde", que recebem a seguinte definição: "... são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de auto-confiança e auto-determinação". Aqui, eles serão empregados como sinônimos.

ria a organização de sistemas de saúde, subdivididos em diversos níveis. A Atenção Primária corresponderia ao primeiro nível, no qual se daria o primeiro contato entre o indivíduo e os serviços de saúde. As ações de nível primário incluiriam: "promoção de nu trição apropriada e provisão adequada de água de boa qualidade; saneamento básico; atenção materno-infantil, inclusive planeja-men to familiar; imunização contra as principais doenças infeccio-sa s; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educa-ção no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos pa-ra sua prevenção e controle; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns" (53). Os demais níveis corresponderiam a serviços com diferentes graus de complexidade, onde a nível secundário se assistiria a problemas que exigissem tratamento mais específico e especializado e, a nível terciário, tratamento altamente espe-cial izado, formação de profissionais especialistas, laboratórios centrais, produção de pesquisas e conhecimentos administrati-vos (54).

Por certo, a definição destes níveis de atenção foi elab-ora da tendo em vista uma concepção ideal do processo saúde-doen-ça. De fato, por mais simples que possam parecer determinadas ma-nif estações patológicas, tais como as doenças transmissíveis, sa-be-se que elas apresentam maior incidência justamente nos grupos sociais excluídos do processo produtivo pois tais grupos são mais susceptíveis a apresentar formas mais graves de manifestações das doenças devido à precariedade das suas condições de vida e a di-fi culdade de acesso a serviços de saúde a que estão submetidos.

Assim, embora não se encontre, na literatura especiali-za da, uma justificativa que explique porque os níveis de atenção

(53) Cf. OMS e UNICEF. Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Pri-  
mários de Saúde. p. 44.

(54) Ibid., p. 44.

ã saúde foram classificados desta forma (55), depreende-se da leitura do Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Básicos de Saúde, que a definição dos níveis de atenção à saúde orienta-se por critérios organizacionais relativos ao grau de acessibilidade do serviço à população e ao tipo de tecnologia e de força de trabalho empregadas.

No primeiro caso, a Atenção Primária de Saúde consistiria na chamada "porta-de-entrada" para os demais níveis responsáveis pela realização dos cuidados básicos de saúde que atuariam de forma integrada (56) encaminhando, aos níveis secundário e terciário, somente os casos que exigissem a intervenção de profissionais especializados e tecnologia de maior complexidade. Como sugestão para organizar racionalmente os sistemas de saúde nos diferentes países, o Relatório produzido em Alma-Ata recomendava o seguinte:

"A definição de procedimentos claros para cada nível constitui a melhor maneira de organizar o encaminhamento à atenção mais especializada. Desse modo, cada elo da cadeia de referência desempenha, antes e acima de tudo, as funções para as quais se destina, tendo em mente que as ações de saúde devem ser empreendidas,

(55) Os autores consultados limitam-se a apresentar essa divisão em níveis de atenção, sem explicitar, no entanto, em que critérios foi baseada. Cf. Cantillano, Eyda. *op. cit.* p. 196; Resende, Ana L.M. Saúde, dialética do pensar e do fazer. p. 106-107.

(56) Cf. Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde. p. 44-47. Cumpre salientar que, no Brasil, defendia-se a ideia de que a integração das atividades de Atenção Primária deveria ser obtida a partir da constituição de uma rede de postos de Atenção Primária de Saúde. Segundo Nelson Rodrigues dos Santos, as principais características desta rede seriam: a delimitação do número de habitantes a ser assistido em cada posto; a existência de objetivos e normas comuns para todos os postos; a manutenção de um intercâmbio permanente entre as equipes que compõem os postos, através da "supervisão participante"; e a realização de reuniões periódicas de representantes de postos com o objetivo de facilitar a troca de experiências e a uniformização do funcionamento da rede. Cf. Santos, Nelson R. Atenção Primária de Saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. p. 7.

na medida do possível, ao nível comunitário" (57).

Os principais aspectos que garantitiam a redução dos custos da produção de serviços de saúde de modo que se pudesse es tendê-los aos grupos sociais excluídos do acesso às formas predo minantes de assistência médica, exclusão esta cujos motivos já foram analisados anteriormente, seriam o tipo de tecnologia e de força de trabalho empregada na Atenção Primária de Saúde.

Na Conferência Internacional de Cuidados Básicos de Saúde salientava-se a necessidade de empregar uma tecnologia apro priada de saúde, ou seja, "uma associação de métodos, técnicas e equipamentos que, tomada em conjunto com aqueles que o aplicam e operam, pode contribuir significativamente para a solução de um problema de saúde", desde que fosse adaptada à cultura local e facilmente operada pelos "agentes comunitários de saúde" (58). Nes se sentido, sugeria-se que as drogas e os equipamentos médicos a serem utilizados nos serviços de atenção primária fossem manufa- turados localmente e a baixo custo (59).

Portanto, não se tratava de criar um novo conjunto de saberes, práticas e técnicas, mas de adaptar a tecnologia médica existente (e predominante) às condições locais com o intuito de obter uma redução dos custos da produção de medicamentos, equipa- mentos e serviços médicos que, junto com a utilização de uma for ça de trabalho com baixa qualificação, oferecesse condições para am pliar a oferta de serviços de saúde. Ricardo Bruno M. Gonçalves salienta que a expressão "tecnologia simplificada" (ou "apropri- da", como preferiam os organismos internacionais) costuma ser

---

(57) *Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saú- de.* p. 53.

(58) *Ibid.*, p. 49.

(59) *Ibid.*, p. 49.

utilizada para designar duas diferentes concepções de tecnologia:

"No sentido ativo, associa-se a esse termo a busca intencional de alternativas tecnológicas de maior eficiência contraposta a uma perda controlada da eficácia. No sentido passivo, em que são utilizadas alternativas tecnológicas relativamente menos sofisticadas como mero resultado de decisões referentes à alocação dos recursos investidos em saúde, não se tendo buscado 'simplificar' nada, mas tendo o recurso ao 'mais simples' sido apenas a contrapartida do investimento no 'mais sofisticado' em outros setores da estrutura de produção de serviços" (60).

Sendo assim, a concepção de tecnologia apropriada, exposta no Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, corresponderia aquilo que Gonçalves identifica como sentido passivo de tecnologia simplificada, uma vez que a adaptação de métodos, técnicas e equipamentos visava apenas à redução dos custos da produção de serviços médicos e possibilitava sua manipulação por uma força de trabalho de baixa qualificação.

Em relação ao emprego, em saúde, da força de trabalho sem qualificação formal algumas características do trabalhador coletivo identificadas por Donnangelo nos projetos de Medicina Comunitária nos anos 60 reaparecem na proposta de Atenção Primária de Saúde difundida pela Organização Mundial de Saúde nos países "em desenvolvimento". Na Conferência Internacional de Cuidados Básicos de Saúde, dizia-se que:

---

(60) Gonçalves, Ricardo B.M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. p. 31.

"O povo, recurso mais importante do que qualquer outro para qualquer país, muitas vezes não é aproveitado. Contudo, devem os cuidados primários de saúde aproveitar integralmente todos os recursos disponíveis e, portanto, mobilizar o potencial humano de toda a comunidade. (...). Seu ativo interesse e participação na solução dos problemas de saúde que lhes são próprios constituem não só uma clara manifestação de consciência social e auto-confiança como também um importante fator para assegurar o êxito dos cuidados primários de saúde (61).

Como se pode ver, na Atenção Primária de Saúde, além de persistir o ocultamento dos diferentes interesses sociais em jogo nas diferentes formações econômicas, tem-se ainda a redução do "povo" a recurso humano, o que equivale a atribuir-lhe o mesmo grau de importância que possuem os equipamentos ou as instalações físicas ou os medicamentos para implementar os projetos de extensão de cobertura a custos mais baixos. Além disso, a adoção da noção de recursos humanos para designar o contingente de trabalhadores empregados em tais projetos revela a incorporação de determinadas concepções produzidas no campo da administração (62) o que contradiz, ao que parece, todo o ideário humanista do qual se imbuí o documento formulado em Alma-Ata.

O emprego de indivíduos originários da própria localidade e sem qualificação formal específica deu origem a uma determinada categoria ocupacional que passou a ser chamada de "agentes de saúde da comunidade" ou "auxiliares de saúde", denominação es

---

(61) Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Básicos de Saúde. p.50.  
(62) O significado da noção de Recursos Humanos e seu surgimento no campo da Administração serão discutidos no item 1.2.

ta que se tornou mais utilizada no Brasil. Apesar do surgimento desta categoria ser anterior à Conferência de Alma-Ata, como já demonstrado, foi a partir dela que seu reconhecimento foi consolidado. No Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde enfatiza-se o seguinte:

"Para muitos países em desenvolvimento, a solução mais realista para chegar a atender totalmente a população com serviços essenciais de saúde consiste em utilizar agentes de saúde da comunidade, que podem ser treinados a curto prazo para o desempenho de tarefas específicas. (...). Em muitas sociedades é vantajoso que esses agentes de saúde não sã sejam naturais da comunidade em que vivem como também pela mesma escolhidos de forma a contar com o apoio comunitário" (63).

Por certo, a decisão de utilizar "agentes de saúde da comunidade" não representava propriamente uma "solução realista", mas, isto sim, uma solução "vantajosa". Em primeiro lugar, porque seu emprego em Atenção Primária de Saúde garantiria a redução dos custos financeiros do programa, na medida em que prescindia de maiores investimentos na qualificação da força de trabalho. Em segundo lugar, porque garantiria a absorção de uma parcela da classe trabalhadora muitas vezes excluída do processo produtivo nas sociedades capitalistas, que passaria a ter, no setor terciário da economia, uma possibilidade de inserção no mercado de traba-

---

(63) Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *op. cit.* p. 51. (grifo meu).

lho (64).

Todavia, colocava-se a necessidade de oferecer algum tipo de formação específica a estes indivíduos para que pudessem implementar os chamados cuidados básicos de saúde. Os organismos internacionais recomendavam que tal preparação fosse proporcionada através de treinamentos de curta duração realizados nas próprias instituições de saúde responsáveis pelo desenvolvimento da "Atenção Primária (65). Conforme propôs-se em Alma-Ata, os agentes de saúde:

"recebendo treinamento elementar e a curto prazo, preparam-se para desempenhar as atividades que correspondem às necessidades expressas pela própria comunidade; esse treinamento pode ser gradativamente ampliado, de modo a abranger tarefas adicionais, na medida do necessário. Já que grande parte do seu tempo será dedicada à educação, devem também estar adequadamente preparados para este tipo de atividade" (66).

Vê-se que também a proposta caracterizava-se por uma excessiva generalidade, pois, na medida em que não se expunha claramente as competências que lhes eram atribuídas, não se explicitava também o conteúdo que deveria compor os treinamentos. A au-

(64) Cf. Braverman, Harry. Trabalho e Capital Monopolista. p. 332-337, onde este autor constata um crescimento do número de empregos no setor terciário da economia, nos EUA, de 1950 a 1970, principalmente nas atividades de vendas e serviços onde, nas últimas, alguns segmentos da classe trabalhadora (mulheres, negros) recebiam baixos salários. Em Nogueira, Roberto P. Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, 1970-1983, p. 24., o autor salienta que, em tal período, o crescimento do setor saúde representou um importante mecanismo de absorção da força de trabalho de baixa qualificação, que não encontrava colocação no mercado de trabalho existente no país.

(65) Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Básicos de Saúde. p.51.

(66) Ibid., p. 51.

sência de definições mais precisas era justificada pela necessidade de adaptar o treinamento às "realidades locais" e, neste sentido, a Conferência Internacional de Cuidados Básicos de Saúde recomendava o seguinte:

"Para que possam desempenhar um papel cada vez mais importante na provisão de cuidados básicos de saúde, os agentes de saúde da comunidade devem ser retreinados após seu treinamento inicial. Esse treinamento e atualização basear-se-ão numa clara definição dos problemas envolvidos, das tarefas a serem executadas e dos métodos, técnicas e equipamentos a serem utilizados. A melhor forma de instrução emprega modernos métodos de ensino-aprendizagem e, (...), é ministrada nas proximidades das comunidades a serem servidas. A duração do treinamento é melhor determinada à luz das metas educacionais e das provas preliminares individuais, já que o treinamento se deve adaptar ao grau de alfabetização dos estudantes. Incluem-se (...) a necessidade de prepará-los para o trabalho de equipe e de fazê-los compreender o relacionamento que existe entre o seu trabalho e o de representantes de outros setores também participantes, já que a cooperação mútua pode exercer marcantes efeitos sobre o desenvolvimento comunitário. Os programas de treinamento continuado devem levar em conta a necessidade de aptidões administrativas e responsabilidades de supervisão. Paralelamente à educação continuada, é preciso considerar as carreiras dos agentes de saúde da comunidade e suas oportunidades de avanço" (67).

(67) *Ibid.*, p. 51.

Note-se, na citação acima, que as possibilidades atribuídas ao treinamento diziam respeito à necessidade de adequar um pessoal sem nenhuma qualificação formal específica em saúde para um determinado processo de trabalho, cuja organização visava à redução dos custos da produção de serviços médicos. Neste sentido, o treinamento requereria um processo de "educação permanente" ou "educação continuada" de modo que se pudesse adequar o treinando, no caso, o agente de saúde, às modificações que fossem introduzidas no processo de trabalho e que os capacitasse a trabalhar em equipe (leia-se: que possibilitasse inseri-los num processo de trabalho, onde predominasse a divisão técnica do trabalho e a hierarquização de operações particulares).

Diante do que foi exposto até aqui, pode-se afirmar que, tanto a "Medicina Comunitária", nos anos 60, quanto a "Atenção Primária de Saúde" (como aquela passou a ser chamada a partir dos anos 70) representaram propostas de reorganização dos serviços de saúde, baseadas em uma recomposição dos elementos que constituem a prática médica, dentre eles o trabalho auxiliar que, nestas propostas, assume novas características na medida em que passa a ser atribuído a indivíduos residentes no próprio local onde se instala o serviço. Como se viu, não se exigia que tais indivíduos possuíssem preparo formal específico em saúde, nem experiência anterior nesta área, o que os caracterizava como uma força de trabalho desqualificada que necessitava receber formação para realizar as tarefas que lhes seriam destinadas nos serviços de saúde. O treinamento foi a alternativa encontrada para que se pudesse formá-los em um curto espaço de tempo e com um custo financeiro menor para as instituições de saúde.

Trata-se, agora, de discutir as origens da desqualificação do trabalhador e as características que fazem do treinamento um tipo de prática educativa passível de ser adotada nos Programas de Medicina Comunitária ou de Atenção Primária de Saúde,

seja como forma de capacitar indivíduos para a execução de tarefas parciais no processo de trabalho em saúde, seja como mecanismo empregado para desenvolver certas habilidades que permitam estabelecer uma determinada forma de relação social entre o profissional de saúde e o objeto de sua prática.

## 1.2. A Desqualificação do Trabalhador e o Treinamento

A necessidade de treinar indivíduos para executarem as funções que lhes são destinadas no interior das organizações decorre das características que assumiu a organização do trabalho nas sociedades capitalistas, as quais acarretavam, por sua vez, a desqualificação do trabalhador e a especialização deste na execução de operações parciais. Ou seja, no capitalismo, a divisão do trabalho assegura uma separação entre a concepção e a execução do trabalho e entre o produtor de mercadorias (o trabalhador) e o proprietário dos meios de produção (68).

Na obra "O Capital", Marx demonstrou que a constituição das manufaturas foi possível mediante a decomposição do trabalho em diversas operações, vale dizer, em trabalhos parciais posteriormente reunidos sob o comando do capitalista; dando origem à forma de organização do trabalho que ele chamou de cooperação:

"A atividade de um número maior de trabalhadores, ao mesmo tempo, no mesmo lugar (ou, se se quiser, no mesmo campo de trabalho), para produzir a mesma espécie de mercadoria sob o comando do mesmo capitalista, constitui histórica e conceitualmente o ponto de partida da produção capitalista (...). Mesmo não se alterando o modo de trabalho, o emprego simultâneo de um número relativamente grande de trabalhadores efetua uma revolução nas condições objetivas do processo de trabalho (...). A forma de trabalho em que muitos trabalham planejadamente lado a lado e conjuntamente, no mesmo processo de produção ou em processos de produ-

---

(68) Cf. Marx, Karl e Engels, Friedrich. *A Ideologia Alemã*. p. 47, 78, 79

ção ou em processos de produção diferentes, mas conexos, chama-se cooperação" (69).

Assim, o trabalho que anteriormente era executado por um artífice, desde sua concepção até sua execução, foi fragmentado em diversas operações parciais que passaram a ser realizadas por diferentes trabalhadores, sob a direção do capitalista. Entretanto, apesar do trabalho ser realizado, na manufatura, por diferentes trabalhadores parciais, "a execução continua artesanal e portanto dependente da força, habilidade, rapidez e segurança do trabalhador individual no manejo de seu instrumento" (70).

Tais características identificadas por Marx no processo de trabalho desenvolvido nas manufaturas são, de certo modo, observadas em processos de trabalho em saúde, como aqueles implementados em Medicina Comunitária ou Atenção Primária de Saúde. Nelas, exige-se do trabalhador parcial (no caso, o auxiliar de saúde) o desenvolvimento de determinadas habilidades, rapidez e segurança que lhe possibilitem executar certas tarefas em cooperação com outros trabalhadores, pois, de forma diversa da organização da prática médica que se tornou dominante, a Medicina Comunitária e a Atenção Primária de Saúde dispensam a utilização de tecnologias complexas) no sentido restrito, em que a tecnologia fosse entendida apenas como conjunto de equipamentos, técnicas e medicamentos).

A divisão em tarefas parciais acarreta a adaptação do corpo e da mente do trabalhador à operação particular que deverá exercer por toda vida. Como enfatiza Marx:

"... É desde logo claro que um trabalhador, o qual exe

(69) Marx, Karl. *O Capital*, p. 257, 258, 259.

(70) *Ibid.*, p. 269.

cuta a sua vida inteira uma única operação simples, transforma todo o seu corpo em órgão automático unilateral dessa operação e portanto necessita para ela menos tempo que o artífice, que executa altermadamente toda uma série de operações (...). O método de trabalho parcial também se aperfeiçoa, após tornar-se autôno, como função exclusiva de uma pessoa. A repetição contínua da mesma ação limitada e a concentração da atenção nela ensinam, conforme indica a experiência, a atingir o efeito útil desejado com um mínimo de gasto de força" (71).

Marx salienta também que a convivência diária e a realização do trabalho em cooperação nas manufaturas criam condições para que os "truques técnicos do ofício" adquiridos no processo de trabalho sejam consolidados, acumulados e transmitidos de uma geração de trabalhadores a outra (72).

Embora tal divisão do trabalho atenda aos interesses dos proprietários dos meios de produção, na medida em que proporciona maior produtividade e eficiência ao trabalho, ela traz imensos prejuízos ao trabalhador, pois ao mesmo tempo em que se vê obrigado a especializar-se na execução de uma operação parcial ele perde em termos de seu desenvolvimento e de sua capacidade total de trabalho. Ou seja, ao invés de criar um trabalhador qualificado, a especialização produzida pela divisão social do trabalho acarreta o surgimento do trabalhador desqualificado, pois este é capaz de dominar apenas operações parciais de um processo de trabalho em sua totalidade. Entretanto, esta desqualificação para o trabalho como um todo transforma-se em qualificação para a

---

(71) Cf. Marx, Karl. O Capital. p. 296.

(72) Ibid., p. 296.

execução da tarefa parcial, o que exige das forças de trabalho individuais diferentes graus de formação, aos quais corresponde uma escala de salários (73).

As conclusões obtidas por Marx, através do exame da divisão do trabalho no interior da manufatura são extremamente esclarecedoras:

"A manufatura cria portanto em todo ofício, de que se apossa, uma classe dos chamados trabalhadores não qualificados, os quais eram rigorosamente excluídos pelo artesanato. Se ela desenvolve a especialidade inteiramente unilateralizada, à custa da capacidade total de trabalho, até a virtuosidade, ela já começa também a fazer da falta de todo desenvolvimento uma especialidade. Ao lado da graduação hierárquica surge a simples separação dos trabalhadores em qualificados e não qualificados. Para os últimos os custos da aprendizagem desaparecem por inteiro, para os primeiros esses custos de reduzem, em comparação com o artesão, devido à função simplificada. Em ambos os casos cai o valor da força de trabalho (...). A desvalorização relativa da força de trabalho, que decorre da eliminação ou da redução dos custos de aprendizagem, implica diretamente

(73) Marx explica o surgimento da hierarquia entre os diferentes trabalhadores da manufatura da seguinte forma: "Uma vez que as diferentes funções do trabalhador coletivo podem ser mais simples ou mais complexas, mais baixas ou mais elevadas, seus órgãos, as forças de trabalho individuais exigem diferentes graus de formação, possuindo por isso valores muito diferentes. A manufatura desenvolve, portanto, uma hierarquia das forças de trabalho, à qual corresponde uma escala de salários. Se, por um lado, o trabalhador individual é apropriado e anexado por toda a vida a uma função unilateral, então as diferentes funções daquela hierarquia são adaptadas às habilidades naturais e adquiridas. Todo processo de produção exige, no entanto, certos manejos simples que qualquer ser humano é sem mais capaz de realizar. Eles também são destacados de sua conexão em fluxo com os momentos de mais conteúdo da atividade e ossificados em funções exclusivas". Marx, Karl. O Capital, p. 276.

uma valorização maior do capital, pois tudo que reduz o tempo de trabalho necessário para reproduzir a força de trabalho amplia os domínios do mais-trabalho" (74).

Eis a origem da desqualificação dos trabalhadores e das razões que levam as mais variadas organizações no capitalismo, inclusive as instituições de saúde, a empregar o treinamento como meio de qualificar os trabalhadores para a execução de tarefas parciais, pois tal mecanismo permite reduzir e, até mesmo, eliminar os custos da aprendizagem, a resistência do trabalhador às formas de dominação impostas pelo capital e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência do trabalhador. Embora se possa alegar que as afirmações feitas por Marx em "O Capital", relativas à desqualificação do trabalhador como condição inerente à divisão do trabalho no capitalismo são tenham validade para a fase concorrencial desta formação econômica, verifica-se que tal tendência à desqualificação do trabalhador persiste no capitalismo monopolista. Como observa Harry Braverman, a idéia de que o desenvolvimento científico e tecnológico passe a exigir, cada vez mais, o emprego de trabalhadores qualificados é falsa. Diz ele: "Quanto mais a ciência é incorporada no processo de trabalho, tanto menos o trabalhador compreende o processo; quanto mais um complicado produto intelectual se torne a máquina, tanto menos controle, tanto menos compreensão da máquina tem o trabalhador. Em outras palavras, quanto mais o trabalhador precisa de saber a fim de continuar sendo um ser humano no trabalho, menos ele ou ela conhece. Este é o abismo que a noção de qualificação média oculta" (75).

Portanto, são as características que assume o processo

(74) Marx, Karl. *Op. cit.* p. 276.

(75) Braverman, Harry. Trabalho e Capital Monopolista. p. 360.

de trabalho no capitalismo que fazem do treinamento o mecanismo exemplar de formação do trabalhador para executar tarefas parciais.

Agora, é necessário investigar de que modo o treinamento realiza a formação do trabalhador para a execução do trabalho parcial, ou melhor, de que forma o treinamento adequa cada indivíduo a uma função, como se passou a dizer no mundo dos recursos humanos.

Um dos raros estudos que se preocupam em analisar as finalidades, as características e as conseqüências do treinamento nas organizações capitalistas foi realizado por Jorge Roux em "Recursos Humanos e Treinamento".

Roux entende que o treinamento, em primeiro lugar, "visa alterar o comportamento das pessoas, de uma situação de menor rendimento profissional, para uma de maior eficácia. Em função disso são mobilizados e ajustados os vários mecanismos do ser humano, desde a ação motora até as operações mentais" (76). Assim, o que se busca com o treinamento é transformar toda a ação humana consciente em hábito e todo o ato mecânico em ação consciente. Nesse sentido, uma pessoa torna-se treinada a partir do momento em que transforma em hábitos mentais e atos motores os conhecimentos que adquiriu. Roux explica que tais atos e hábitos podem ser tanto habilidades motoras quanto decisões administrativas, pois através do treinamento pode-se "modelar" as atitudes do treinando de acordo com padrões de comportamento que são considerados mais adequados aos objetivos das empresas.

Surge, assim, a idéia de adaptar o treinamento à função e a função ao treinamento; porém o que realmente predomina é a adequação do treinamento à função, porque esta já está previa-

---

(76) Roux, Jorge. Recursos Humanos e Treinamento. p. 5.

mente determinada no organograma da empresa, assim como já estão definidas as atribuições que competem a cada função. Nesse contexto, treinar pessoas significa "prepará-las para executar as tarefas existentes dentro de cada função" (77). Ou seja, o treinamento se propõe exclusivamente a desenvolver as habilidades necessárias à relaização da tarefa parcial prevista para cada função no interior da organização. Sendo assim, o trabalhador transforma-se numa peça da engrenagem e deve dirigir sua atenção apenas às operações que lhe foram destinadas. Devido ao automatismo com que realiza estas operações obtêm-se o aumento de sua produtividade. Além disso, o tipo de aprendizagem que lhe é oferecido tem como preocupação a obtenção de maiores benefícios para a empresa com o menor custo possível, e não o desenvolvimento pessoal do trabalhador. Como explica Roux:

"Veja-se que a expressão do jargão contábil custo-benefício já não cogita da pessoa que está sendo treinada, mas liga-se diretamente à preocupação com o bom emprego do dinheiro investido. Custo será o dispêndio com treinamento; e benefício é o benefício da empresa, isto é, a tradução em termos de eficácia dos capitais empregados" (78).

Diga-se de passagem que a preocupação com custo-benefício advindo do treinamento está presente não apenas nas empresas privadas, mas também no setor público, especialmente nas instituições de saúde que a partir dos anos setenta impregnaram-se da visão administrativa e tecnocrática, situação que será analisada

---

(77) "Não se estranhe a referência à "decisão", porque ela também se torna habitual. As próprias atitudes, devidamente modeladas pelo treinamento, também adquirem um caráter quase automático, de estereótipo mental. Elas se traduzem no ato burocrático de julgar e decidir". Roux, Jorge. Op. cit., p. 6.

(78) Ibid., p. 8.

nos capítulos II e III.

Com o intuito de adequar o indivíduo à função que deve rá desempenhar, o treinamento procura modelá-lo de acordo com o "perfil profissional" que o empregador exige para cada função. É a partir da definição do "perfil profissional" que se estabelece quais são as habilidades, atitudes e conhecimentos que o treinamento deve desenvolver no treinando. Por isso, quanto mais próximo do "perfil" exigido, maior será a eficiência do trabalhador (de acordo com os interesses da empresa) e maior será sua especialização para executar a tarefa, que lhe foi destinada.

Conforme Jorge Roux, "um perfil abrange aspectos de personalidade e conhecimentos" (79). Por isso, já no processo de seleção procura-se escolher os candidatos mais adequados ao perfil de cada função, seja através de testes e entrevistas que permitem identificar traços de personalidade mais desejáveis para cada cargo (que se chama de "perfil de personalidade"), seja através de concursos ou provas de seleção, em que serão exigidos os conhecimentos necessários para ocupar determinada função (chamado "perfil cognitivo") (80). Um interessante fato apontado por este autor, é a valorização do perfil de personalidade em detrimento do perfil cognitivo, já que o último pode ser construído por meio do treinamento, no qual o funcionário adquiriria os conhecimentos necessários (e são estes) à função (81). Este tipo de treinamento era utilizado na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas para preparar pessoal sem instrução formal específica, os auxiliares de saúde, cujos requisitos mínimos exigidos nas provas de seleção era ser alfabetizado (saber ler, escrever e contar) e conhe

(79) Roux, Jorge. *op. cit.*, p. 15. A respeito das finalidades dos processos de seleção, ver, também, Segnini, Líliliana. A Liturgia do Poder: trabalho e disciplina. p. 57-61.

(80) Roux, Jorge. *op. cit.*, p. 15.

(81) *Ibid.*, p. 15.

cer os problemas de saúde existentes no bairro onde moravam) (82).

Além daqueles já mencionados, Roux refere-se à existência de um último tipo de perfil que costuma estar implícito nos cargos mais altos da hierarquia das organizações, ao qual chamou de perfil político-ideológico (83). Ele corresponde a um comportamento político e social uniforme, observado entre executivos de grandes empresas, que tendem a orientar suas condutas e decisões a partir de uma determinada visão de mundo que representa os interesses e objetivos da organização. Obtém-se o perfil político-ideológico exigido a tais posições de comando mediante o desenvolvimento de um tipo de treinamento realizado "extra-muros", através de seminários e "cursos formais de ideologia". Para Roux, os resultados obtidos com esse tipo de formação evidenciam o duplo caráter do treinamento: "formar profissionais eficazes e ideólogos da instituição-empresa" (84). No entanto, no Brasil, na década de 70, no discurso das instituições governamentais voltadas para a saúde pública, verifica-se uma tendência a considerar o perfil político-ideológico como um requisito importante não só para os profissionais que ocupam funções de direção, mas também para as funções consideradas de nível inferior na hierarquia da instituição, o que exemplifica, *grosso modo*, as possibilidades de uti

(82) Os aspectos relativos à seleção e ao treinamento de auxiliares de saúde serão detalhadamente discutidos no Capítulo III deste estudo.

(83) Roux, Jorge. *op. cit.*, p. 19.

(84) Conforme Roux, o tipo de treinamento oferecido depende sobretudo da natureza das funções exercidas pelo funcionário nos diferentes níveis hierárquicos da instituição. Assim, "grosso modo, exigir-se-á dos empregados de nível inferior na hierarquia mais habilidades e comportamentos, valorizando-se a ação motora do trabalhador (...) à medida, porém, que se ascende na escala hierárquica, começa a surgir a responsabilidade da decisão, segundo estabelecido pelo organograma da instituição. Isso vai exigir mudança de natureza do treinamento a ser oferecido (...). Para dirigentes, teremos uma matriz de levantamento de necessidades de treinamento distinta da utilizada para níveis inferiores (...) como se trata basicamente de pessoas que vão tomar decisões, a estas têm uma coloração qualitativa, não encontrável nos níveis mais baixos, diverso será o seu preparo". Roux, Jorge, *op. cit.*, p. 17.

lização do treinamento para auxiliares de saúde em Programas de Medicina Comunitária ou de Atenção Primária.

Como mostra Jorge Roux, através do treinamento as organizações conseguem uniformizar diferenças, padronizar condutas que levam a comportamentos mais submissos e controláveis, reduzir a ocorrência de perturbações no ritmo de trabalho e, ainda, convencer os trabalhadores de que o trabalho parcelado e alienante que realizam "é uma forma de realização profissional e não a sua castração pessoal" (85). Nas palavras de Roux:

"... o adestramento necessita da uniformização, da redução da complexidade humana para possibilitar a simplificação das tarefas com a conseqüente automatização do comportamento. Não é ocioso fixar também: treinar consistirá em reduzir funções complexas a funções menos complexas, transformar consciência em hábito, possibilidades humanas em estereótipos" (86).

Para tanto, os especialistas em recursos humanos costumam recorrer a algumas "teorias" produzidas no campo das ciências humanas (psicologia, sociologia) que expressam respectivamente diferentes concepções do "ser do homem". Tais concepções, inspiradas quer no empirismo, quer no humanismo, serviram de suporte a técnicas de manipulação do comportamento humano, que são freqüentemente identificadas nos treinamentos realizados no interior das empresas, como constata Jorge Roux (87).

É preciso ressaltar a historicidade que marca o desenvolvimento do treinamento em serviço, ou seja, em cada época, o treinamento assume diferentes formas que correspondem a diferen-

(85) Cf. Roux, Jorge. *op. cit.*, p. 14-15.

(86) *Ibid.* p., 39.

(87) *Ibid.*, p. 53.

tes Escolas de Administração (88), às quais subjaz uma determinada concepção de homem e de sociedade. Este aspecto é bem desenvolvido por Roux, mas não se pode deixar de citar a análise realizada por Prestes Motta e Bresser Pereira sobre as especificidades de cada uma das Escolas de Administração: a Escola de Administração Científica e a Escola de Relações Humanas (89).

Segundo Roux, enquanto a tendência empirista procurou adequar o homem a um perfil através de estímulos, motivações e recompensas, pois o concebe como uma "tábula rasa", uma "folha em branco" onde se deve imprimir os comportamentos desejados, a doutrina de "Relações Humanas" procurou ensinar ao trabalhador mecanismos que lhe permitissem melhor se relacionar com seus colegas e com seus dirigentes, na medida em que pressupunha a existência de um "homem universal" ou de uma "natureza humana" (que é imutável e substantiva a todos os indivíduos), na qual as motivações de caráter psicológico desempenhavam um importante papel nas relações sociais que se estabeleciam na organização (90). Conseqüentemente, a partir do surgimento da Escola de Relações Humanas (na década de 30), o treinamento preocupou-se em ensinar atitudes, em preparar o "homem" para desempenhar os papéis que lhe eram atribuídos na organização, como se nela tanto os trabalhadores, quanto os dirigentes compartilhassem interesses em comum, omitindo-se a existência de conflitos políticos entre ambos. Diante das possibilidades abertas por tal concepção de treinamento (cuja principal vantagem oferecida era a amenização de conflitos políticos entre os dirigentes e os funcionários que ocupavam posições infe

---

(88) O termo Escolas de Administração é utilizado, no presente estudo, no mesmo sentido em que é empregado por Motta, Fernando C.P. e Bresser Pereira, Luiz C. *Introdução à Organização Burocrática*. p. 167-197.

(89) Cf. Motta, Fernando C.P. e Bresser Pereira, Luiz C. *op. cit.*, p. 167-197.

(90) Cf. Roux, Jorge. *op. cit.*, p. 51-63.

riores na hierarquia da instituição, através da substituição dos conflitos políticos por conflitos psicológicos), o ideário da "Escola de Relações Humanas" conquistou um certo prestígio, nos programas de saúde nas instituições brasileiras, nos anos 70, que estiveram envolvidas com a implantação de projetos de "Medicina Comunitária" ou de "Atenção Primária de Saúde" (91). Todavia, não se pode atribuir exclusivamente à "Escola de Relações Humanas" o embasamento conceitual para os programas de treinamento de auxiliares de saúde.

Nos anos 60, assiste-se ao aparecimento de uma certa proposta pedagógica, a Educação Permanente ou Educação Continuada (92), cuja concepção a respeito do "homem" e da sociedade apresenta algumas semelhanças com as proposições postuladas pela "Escola de Relações Humanas". Pierre Furter e Vanilda Paiva salientam que a difusão da "Educação Permanente" como tema pedagógico (diretamente relacionada com a implementação de treinamentos e reciclagens) contou com a decisiva participação da "United Educational Social and Cultural Organization" (UNESCO), a partir dos anos 60 (93).

Conforme Furter, um dos principais responsáveis pela difusão da noção de "Educação Permanente" na América Latina e, principalmente no Brasil (94), a "Educação Permanente" ou "Educa

(91) A incorporação de certas proposições da "Escola de Relações Humanas" nos treinamentos para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas será examinada no Capítulo III do presente estudo.

(92) Segundo Pierre Furter, tais conceitos têm sido indistintamente empregados para designar a "Educação Permanente". Cf. Furter, Pierre, Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural. p. 106. Contudo, como explica Vanilda Paiva, o termo "Educação Continuada" foi utilizado para designar a "Educação Permanente" em publicações de língua inglesa, sob a expressão "continuing education". Cf. Paiva, Vanilda e Rattner, Henrique. Educação Permanente e Capitalismo Tardio. p. 8-9.

(93) Cf. Furter, Pierre. op. cit., p. 105; Paiva, Vanilda e Rattner, Henrique. op. cit., p. 7.

(94) Cf. Paiva, Vanilda e Rattner, Henrique. op. cit., p. 34-36. a respeito da aceitação das obras de Furter no pensamento pedagógico brasileiro.

ção Continuada" não consistia nem em uma nova filosofia da educação, nem em uma doutrina pedagógica, nem em um sistema de formação totalmente elaborado, mas representaria um conjunto de preocupações sobre a relação entre a educação e o "desenvolvimento em geral" e o "desenvolvimento cultural" em particular. Tal autor salienta que o sentido adquirido pela noção de "Educação Permanente" apresentou uma evolução, onde se identificam três fases:

"Tendo sido, numa primeira fase, um conjunto de fatos que abalaram as concepções tradicionais de formação, tornou-se, nas fases seguintes, um instrumento de modos de formação de uma sociedade moderna, para vir em seguida, o princípio de uma estratégia de formação em vista de uma sociedade nova" (95).

Na perspectiva adotada por Furter, a "Educação Permanente" teria sido compreendida, num primeiro momento, como um processo contínuo de desenvolvimento individual, que corresponderia a uma visão de educação como processo que se prolongaria por toda a vida adulta. Tal processo incluiria, segundo este autor, uma contínua aquisição de conhecimentos necessários à vida na sociedade moderna; uma renovação destes conhecimentos, uma vez que a reciclagem permitiria ao adulto colocar-se a par das inovações tecnológicas em curso; uma nova possibilidade de auto-formação, que proporcionaria ao adulto aprender a utilizar melhor seu tempo livre; e, além disto, uma participação crescente das populações nos programas de desenvolvimento e em "Programas de Integração Cultural", através da qual os adultos preparar-se-iam para assumir seu papel como agentes de transformação no processo de mo

---

(95) Furter, Pierre. *op. cit.*, p. 105.

modernização da sociedade. Num segundo momento, identificado por Furter, a Educação Permanente teria se transformado num princípio que serviria de base à proposta de um sistema de educação global, que levasse em consideração as possíveis correlações existentes entre o desenvolvimento individual e o desenvolvimento geral. Em consequência desta nova orientação imprimida à Educação Permanente, assistiu-se à ampliação de Programas de Educação de Adultos, fundamentalmente dirigidos para a alfabetização de adultos, e à estruturação de "verdadeiros parassistemas", que, segundo julga Furter, não deveriam ser institucionalizados formalmente sob pena de distorcer os objetivos originais da "Educação Permanente" (96). Na terceira fase, argumenta Furter, a "Educação Permanente" tornar-se-ia uma estratégia cultural no processo de um desenvolvimento integral, ou seja, deveria "situar-se numa dinâmica social do desenvolvimento e referir-se ao modo como se concebe a participação de recursos humanos" (97). Para tanto, os países que adotaram a "Educação Permanente" em seus projetos e planos de desenvolvimento deveriam preocupar-se com a formulação de uma "política de recursos humanos", que incluísse um diagnóstico das instituições disponíveis para implementar uma "ação pedagógica" voltada para a modernização dos "pontos neurálgicos" e das "populações afetadas" pelo processo de desenvolvimento que se desejava implementar (98). Além disso, Furter propõe que a formulação da "política de recursos humanos" não seja orientada apenas em função de "necessidades de mão-de-obra e de técnicos para realizar o crescimento da produtividade e dos objetivos específicos de produção", mas que incorpore a "Educação Permanente" como uma estratégia cujo significado promordial seria a possibilidade de

---

(96) Cf. Furter, Pierre. *op. cit.*, p. 106-107.

(97) *Ibid.*, p. 144.

(98) Cf. Furter, Pierre. *op. cit.*, p. 144.

instrumentalizar o indivíduo para realizar "as potencialidades múltiplas do fator humano" (99).

A razão de se ter estendido, aqui, a exposição de algumas idéias defendidas por Pierre Furter sobre a concepção de "Educação Permanente" ou "Educação Continuada", deve-se ao fato de estas idéias terem sido repetidamente identificadas na proposta de Atenção Primária de Saúde, veiculada pela Organização Mundial de Saúde, e nos Programas de Medicina Comunitária ou de Atenção Primária, implantados por instituições de saúde governamentais no Brasil nos anos 70, que serão analisados nos Capítulos II e III.

Apesar do idealismo que marca profundamente a concepção de "Educação Permanente" difundida por Pierre Furter e pela Organização das Nações Unidas para Educação Social e Cultural (UNESCO), já criticado por Paiva (100), deve-se ressaltar que a "Educação Continuada" adquiriu ampla aceitação entre os profissionais de saúde envolvidos com o desenvolvimento de treinamentos, reciclagens e cursos de capacitação para "auxiliar de saúde" no Brasil, graças ao empenho da Organização Mundial de Saúde e da

(99) Id., *ibid.*, p. 146.

(100) Conforme explica Vanilda Paiva, a "Educação Permanente" propagada pela "Organização das Nações Unidas para a Educação Social e Cultural" (UNESCO) originou-se no período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial, com o intuito de educar as populações adultas, principalmente dos países sub-desenvolvidos, para participar da construção de sociedades políticas livres do totalitarismo. Através do financiamento e do apoio político a grandes campanhas de alfabetização de adultos, o organismo internacional julgava poder contribuir para a erradicação do analfabetismo e, conseqüentemente, para a aquisição de direitos políticos por parte destes grupos sociais. Diante do fracasso destas campanhas, a UNESCO passou a estimular os "Programas de Desenvolvimento de Comunidade", que também não obtiveram sucesso. Nos anos 60, esta estratégia é substituída pela proposta de "alfabetização funcional", onde os programas educacionais para adultos revelam a incorporação de princípios da economia da educação expressos pela introdução do "planejamento educacional" e da racionalização dos recursos destinados a tais programas. Segundo Paiva: "A educação permanente, aparece, assim, como uma ideologia pedagógica que sintetiza exigências aparentemente contraditórias: ela recupera certas preocupações democráticas ao mesmo tempo que preserva aquelas típicas da tecnocracia". Cf. Paiva, Vanilda. *op. cit.*, p. 57-62.

Organização Panamericana de Saúde (101). Assim como Vanilda Paiva, entende-se que o idealismo que caracteriza a concepção de "Educação Continuada" apresentada por Furter deve-se ao fato de que, em suas interpretações, este autor desconsidera as condições históricas, sociais, políticas e econômicas em que a "Educação Permanente" emerge de fato, como proposta de formação de trabalhadores para o processo produtivo nas sociedades capitalistas. Além disso, as propostas de Furter (pois não se trata propriamente de uma análise) ocultam o significado real da "Educação Permanente" e do processo que ele chama de "desenvolvimento em geral" e "desenvolvimento cultural em particular", que correspondem, com efeito, ao processo de acumulação capitalista no qual, em cada sociedade historicamente determinada, as formas assumidas pela educação (no sentido de qualificação do trabalhador adulto para o processo de produção econômica) dependem, sobretudo, das relações sociais de produção existentes.

Segundo ressaltam Paiva e Rattner, o exame da emergência e dos desdobramentos apresentados pela "Educação Permanente" ou "Educação Continuada" tem de levar em conta as condições econômicas e políticas em que se estabelecem os nexos entre qualificação e produção nas sociedades capitalistas (102). Nelas, a "Educação Permanente" aparece, de fato, como uma imposição decorrente do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que exige um constante aperfeiçoamento da força de trabalho, através das reciclagens e treinamentos, de modo que esta possa adaptar-se às sucessivas inovações que são introduzidas no processo de trabalho. Na maioria dos casos, tais reciclagens e treinamentos são

---

(101) Cf. Toschke, Maria A.C. e Casas, Maria E. *Contribucion a la Formulacion de um Marco Conceptual de Educacion Continua em Salud. Educacion Medica y Salud*, 21(1):1-5.

(102) Cf. Paiva, Vanilda e Rattner, Henrique. *op. cit.*, p. 64-66, 113-115.

implementados sob a responsabilidade das próprias empresas, que julgam não estar o sistema educacional devidamente preparado para fazê-lo, devido ao distanciamento existente entre a escola e o processo produtivo. Em vez de propor uma reformulação do sistema educacional, estas empresas procuram criar formas de educação extra-escolar, que preparem a força de trabalho mais rapidamente para adaptar-se ao processo de produção, o que faz com que a "Educação Permanente" reduza-se, de fato, à reciclagem. Tal situação agravou-se, ainda mais, com o aparecimento da automação, pois nela o trabalho vivo tende a ser cada vez mais substituído pela máquina. Segundo Vanilda Paiva:

"Com isso modifica-se o espectro da qualificação da força de trabalho necessária à produção; a obsolescência rápida dos produtos (e, portanto, da maquinaria), em consequência da inovação tecnológica constante, tornou obrigatória a reciclagem periódica da força de trabalho. A reciclagem, como fenômeno que diz respeito à educação e que constitui a base a partir da qual se começou a pensar em educação permanente, está ligada, portanto, à especificidade do processo de acumulação do capitalismo tardio, correspondendo às exigências colocadas pelos setores mais modernos da economia capitalista à qualificação da força de trabalho" (103).

Além disso, salienta Paiva, a redução do contingente da força de trabalho empregada na agricultura e na indústria e o aumento do número de trabalhadores empregados no setor terciário da economia (serviços) que, de certa forma, caracteriza o capitalismo tardio, leva alguns estudos por ela analisados a argumentar

---

(103) Paiva, Vanilda e Rattner, Henrique. *op. cit.*, p. 69.

que tal situação acarretaria "uma elevação geral da qualificação média da força de trabalho (supondo-se que os serviços exijam qualificação mais elevada)" a qual "pode ou deve ser suprida por uma educação permanente" (104).

Voltando-se para a questão da qualificação da força de trabalho e do significado assumido pela "Educação Permanente" nas propostas de Atenção Primária expostas na Conferência de Alma-Ata (na qual aquela tem o sentido de reciclagem dirigida a trabalhadores sem qualificação formal específica, os auxiliares de saúde, por exemplo), há dúvidas de que, de fato, a "Educação Continuada" promova uma elevação da qualificação média dos trabalhadores como se verifica nos processos em que se emprega automação. De fato, a "Educação Permanente" parece assumir um significado diferente na Atenção Primária, como se discutirá no Capítulo III do presente estudo.

---

(104) A autora inclui, entre estes estudos, os realizados por Friedman, Naville, Bright e outros. Entretanto, identificando-se com a posição assumida por Ernest Mandel, Vanilda Paiva discorda do argumento acima, dizendo que "a qualificação média da força de trabalho cresce com a automação de forma absoluta mas decresce de forma relativa ao volume de conhecimentos da sociedade. Se a educação permanente deriva em primeira instância das exigências colocadas à qualificação da força de trabalho pela automação (ou seja, da reciclagem), ela contribui para elevar de forma absoluta a qualificação média dessa força de trabalho". Paiva, Vanilda e Rattner, Henrique. op. cit., p. 110.

CAPÍTULO II - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS:  
EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL E POLÍTICAS PRIORITÁRIAS

2.1. As Condições de Saúde e a Assistência Médica no Brasil, no Período de 1964-1974.

A partir de meados dos anos 70, os Programas de Medicina Comunitária surgem como uma forma de prestação de serviços alternativa à prática médica predominante no Brasil desde os anos 60, muito criticada não só pelo alto custo dos cuidados médicos, mas sobretudo pelo predomínio de ações de caráter curativo e de alcance individual, decorrentes da incorporação de novas tecnologias cada vez mais complexas e sofisticadas, em detrimento das medidas de alcance coletivo voltadas para a prevenção de doenças (1).

Segundo Florestan Fernandes, o processo de transformação capitalista acarretou mudanças na organização do poder e na sociedade de classes no Brasil, que já se anunciavam desde anos anteriores, relacionados à integração do país no processo de internacionalização da economia, característica do capitalismo mo-

---

(1) *A implantação dos primeiros programas de Medicina Comunitária no Brasil foi analisada por Cordoní Jr, Luiz. A Medicina Comunitária, Emergência e Desenvolvimento da Sociedade Brasileira. São Paulo, USP (dissertação de Mestrado), 1979 (mimeo.). Sobre as críticas dirigidas à forma predominante de organização da prática médica no Brasil, ver: Luz, Madel T. As Instituições Médicas no Brasil. p. 134-135 e Gentile de Mello, Carlos. Saúde e Assistência Médica no Brasil. p. 23-36.*

nopolista (2). A partir de 1964, tal fato exigiu uma participação maior do Estado Brasileiro na economia e na organização de frações de classe da burguesia. Paralelamente, intensificou-se o controle do Estado sobre as classes trabalhadoras e sobre os setores radicais da pequena, da média e da alta burguesia que foram excluídas do processo de decisão e de representação política (3).

Após 1964, sob a forma de uma ditadura de classes aberta e rígida, o Estado Brasileiro passou a ser controlado por militares e tecnocratas, que acentuaram a centralização política e intensificaram a racionalização tecnoburocrática, que assumiu um espaço privilegiado nas organizações estaduais (4). Conforme Evaldo Amaro Vieira, a partir de 1964, o Estado Brasileiro teve uma participação fundamental na condução do chamado desenvolvimento econômico, possibilitando o aprofundamento da acumulação particular do capital e a transformação das relações econômicas no país (5). Com efeito, tal modelo de desenvolvimento econômico favoreceu os interesses da classe dominante, principalmente de suas frações associadas ao capital monopolista. Segundo Aldaíza Sposatti, o desenvolvimento econômico promoveu uma intensa concentração de renda para uma parcela minoritária da população, correspondente às classes burguesas, mas não se pode afirmar que ele tenha beneficiado as classes trabalhadoras e destituídas (6).

De fato, o desenvolvimento econômico coordenado por militares e tecnocratas produziu uma agressiva deterioração das con

(2) Cf. Fernandes, Florestan. *A Revolução Burguesa no Brasil*. p. 346-353.

(3) Cf. Fernandes, Florestan. *op. cit.* p. 339.

(4) Cf. Fernandes, Florestan. *op. cit.* p. 341, 342, 343, 347.

(5) Cf. Vieira, Evaldo Amaro. *Estado e Miséria Social no Brasil*. p. 10, 201.

(6) Conforme Aldaíza Sposatti, *as próprias estatísticas oficiais, nos anos 80, não ocultam a existência de uma forte concentração de renda para pequenas parcelas da população; em 1983, divulgou-se que 50% dos brasileiros detinham 13,6% da renda total, enquanto 5% da população ficavam com 33% da renda nacional*. Sposatti, Aldaíza. *Vida Urbana e Gestão da Pobreza*. p. 20.

dições de vida no país e, conseqüentemente, das condições de saúde de das classes trabalhadoras e dos grupos sociais excluídos do processo produtivo. A Tabela I, reproduzida do Relatório sobre a situação social do país elaborado pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, mostra como evoluíram os índices de mortalidade infantil no país, no período de 1968 a 1980.

TABELA I

Evolução da Mortalidade Infantil para o Brasil  
e Regiões Fisiográficas - Brasil 1968-1980  
(1000 N.V.)

MORTALIDADE INFANTIL						
ANOS	BRASIL	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
1968	87.4	55.3	111.7	85.6	70.1	69.0
1969	91.4	65.5	115.5	86.7	66.3	90.9
1970	92.0	60.0	125.1	83.5	77.1	80.3
1971	98.5	59.8	132.1	91.4	84.5	83.7
1972	91.0	61.5	114.9	87.8	69.6	81.6
1973	103.5	59.5	145.9	97.7	70.7	77.6
1974	93.5	68.8	117.0	93.4	63.7	62.8
1975	102.4	70.5	137.0	101.9	64.4	55.3
1976	99.9	74.6	130.0	94.6	62.2	—
1977	85.2	76.9	99.0	92.5	68.6	85.2
1978	80.9	104.7	125.9	68.4	54.8	60.1
1979	73.9	95.9	114.8	63.4	49.2	51.1
1980	76.8	89.1	107.2	56.9	46.1	45.2

Fonte: Brasil 1985, Relatório sobre a situação social do país. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP.

A Tabela I mostra que a mortalidade infantil apresentou um acentuado aumento no Brasil, principalmente na região Nordeste, no período de 1968 a 1976, que coincidiu com a fase de implantação do modelo de desenvolvimento econômico adotado pelos

governos pós-64. Embora as taxas de mortalidade infantil tivessem apresentado um certo declínio no período de 1977 a 1980, pode-se observar que ainda mantinham-se bastante elevadas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

Assim como a mortalidade infantil, as doenças transmissíveis também apresentaram um significativo aumento no Brasil, após 1964, como se pode ver na Tabela II.

TABELA II  
Casos de Algumas Doenças Transmissíveis Notificadas  
no Período de 1969 a 1975 - Brasil

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Febre Amarela	4	2	11	9	70	13	1
Peste	293	101	146	169	152	290	496
Hanseníase	5618	5470	5950	6411	6831	8199	9300
Tuberculose	39198	36510	35871	36312	45665	46987	53419
Malária	53887	52469	76752	82421	76112	64320	88630
Difteria	4355	6215	4872	5002	5380	3636	4004
Febre Tifóide	3372	3722	3672	4292	3895	3395	3385
Sarampo	34919	35512	46600	39476	51339	20061	19764
Poliomielite	1171	2391	2400	1565	1620	1191	3596
Tétano	2547	2501	1962	2051	2524	1819	1957
Varíola	7407	1771	19	—	—	—	—
Doença Meningocócica	...	208	629	1720	5067	31486	9632

(...) ausência de dados. Fonte: Brasil, 1985, Relatório sobre a situação social do país. Núcleo de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP.  
(—) ausência de casos.

A Tabela II demonstra que houve um significativo aumento do número de casos de doenças transmissíveis notificados no período de 1969 a 1975, especialmente de morbidades como a tuberculose, a malária, a meningite, o sarampo, a poliomielite e a han

seniase. Sabe-se que tais doenças podem ser prevenidas, na maioria das vezes, através de medidas de saneamento básico, da melhoria do padrão alimentar e da elevação da renda da população, o que não ocorreu no período de 1969 a 1975 (7).

No entanto, a deterioração das condições de saúde da população não contou com uma atuação efetiva do Estado no sentido de resolver os problemas sociais gerados pelo modelo de desenvolvimento econômico adotado. Os tecnoburocratas do governo interpretaram a crise das condições de saúde da população como uma crise da organização dos serviços de saúde e da Medicina no Brasil, pois partiram de uma visão idealista da realidade social em que o estado de saúde da população é considerado isoladamente e em que não é reconhecido como produto das condições de vida e das relações econômicas vigentes na sociedade de classes. Por conseguinte, propuseram a reorganização e a ampliação da assistência médica no país a partir de critérios técnicos e científicos como solução para a crise das condições de saúde (8).

A chamada política de saúde, como uma das políticas sociais (9), revela as relações entre o Estado e as distintas classes sociais e os diferentes grupos sociais que as compõem. Tais relações determinam a forma assumida pela produção e pela distribuição dos serviços médicos no Brasil.

(7) Cf. Possas, Cristina; *Saúde e Trabalho*, p. 5-27.

(8) *Discussão sobre a posição assumida pelos tecnocratas diante da crise das condições de saúde da população após-64* foi realizada por Possas, Cristina. op. cit. p., 5; Luz, Madel. op. cit., p. 60-65.

(9) Conforme Evaldo Amaro Vieira, a política social "consiste numa estratégia adotada pelo Estado brasileiro. Trata-se de estratégia voltada para o chamado desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, para atuar na correlação de forças sociais, seguindo-se as determinações daquele desenvolvimento. Considera-se, portanto, que qualquer política social aplicada pelo governo representa de certa maneira as relações entre o Estado e a Economia, durante a época em questão". Vieira, Evaldo Amaro. op. cit., p. 10. O autor ressalta, ainda, que, no Brasil, o termo política social tem servido para designar diretrizes referentes à Saúde, à Educação, à Previdência Social, à Assistência Social e à Habitação, as quais correspondem a uma perspectiva fragmentada e abstrata da realidade social.

Após 1964, assistiu-se à transformação da Medicina em atividade capitalista no Brasil. José Carlos Braga e Sérgio Gões explicam que o extraordinário aumento dos custos da assistência à saúde, observado no período pós-64, deve-se às inovações científicas e tecnológicas que passaram a ser incorporadas ao ato médico. O emprego intensivo de equipamentos médicos e a maior utilização de medicamentos e de serviços para o diagnóstico acarretaram uma nova concepção do ato médico, cujas principais características são indicadas por Braga e Gões: a diversificação, que se expressa no surgimento das especialidades médicas e a diferenciação da mão-de-obra empregada; ao lado destas, o aprofundamento da divisão técnica do trabalho, decorrente da maior presença de capital no setor e o assalariamento do profissional médico (10). Tal processo de trabalho teve, nos hospitais modernos, o "locus" privilegiado de sua realização. Desse modo, no Brasil, o cuidado médico deixou de ser um trabalho artesanal (prestado pelo médico isolado e por serviços simplificados) e passou a assumir "características de grande indústria-papel desempenhado pelo hospital moderno", segundo a perspectiva adotada por Braga e Gões (11).

Portanto, a elevação dos custos da assistência à saúde tornava inviável a generalização dos cuidados médicos a parcelas crescentes da população brasileira que não dispunham de renda suficiente para obtê-los através da compra direta de tais serviços.

Após 64, a atuação do Estado brasileiro, através das chamadas políticas de saúde, foi fundamental para a ampliação da produção de serviços médicos com características capitalistas no país e para a extensão destes a determinadas frações da classe

---

(10) Cf. Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio, *Saúde e Previdência*. p. 87-88.

(11) Cf. Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.* p. 87-88.

trabalhadora (12). Reproduzindo as orientações que havia imprimido à política econômica, no campo da saúde, a intervenção estatal destacou-se pela formulação e execução de diretrizes cujo objetivo era a privatização dos serviços de saúde (13). O Ministério da Saúde - responsável pela realização de medidas de alcance coletivo e de cunho preventivo - foi perdendo espaço para o Instituto Nacional de Previdência Social - responsável pela assistência médica individual, destinada às categorias profissionais formalmente inseridas no sistema produtivo que, após ter sido criado em 1966, passou a coordenar a chamada política de saúde, incorporando definitivamente o pensamento tecnocrático às suas ações (14). Nos órgãos de saúde governamentais, o poder de decisão foi cada vez mais centralizado pela tecnoburocracia da Previdência Social, que tratou de incentivar e de ampliar a privatização da assistência médica e a formação de um complexo médico industrial no país.

A atuação do Estado voltou-se, portanto, para o financiamento dos serviços privados de saúde através de convênios e contratos de prestação de serviços, garantindo facilidades para a compra de medicamentos e equipamentos médicos (15). Segundo Cristina Possas, "Em 1969, (...), cerca de 90 % dos recursos previdenciários já eram comprados de terceiros e transferidos, em

(12) Segundo Cristina Possas, a expansão do setor médico como um setor capitalista no Brasil foi possibilitada pela política assistencial da Previdência Social, que destinou grande parte dos recursos arrecadados para a assistência médica individual, garantindo este tipo de atendimento para os trabalhadores assalariados urbanos. Por isso, Possas considera que a forma de atenção médica predominante no Brasil, "se caracteriza por ser uma medicina voltada para a força de trabalho" (grifos da autora) Possas, Cristina, *op. cit.*, p. XXXIII.

(13) Cf. Possas, Cristina, *op. cit.*, p. 236, 239; Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. Brasil 1985. Relatório sobre a situação social do país. p. 116-118.

(14) Cf. Luz, Madel. *op. cit.*, p. 124-126.

(15) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 116-118.

sua maior parte (estima-se em 75 %), às empresas médicas e aos hospitais privados" (16).

Possas ressalta que, em 1974, do total de internações hospitalares realizadas através da Previdência Social, foram feitas 176.662 em hospitais próprios do Instituto Nacional de Previdência Social e 3.906.040, em hospitais contratados. Em 1975, o número de internações em hospitais do Instituto Nacional de Previdência Social foi de apenas 222.325 contra 5.005.150 internações em hospitais privados, contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (17). Estes dados evidenciam as afirmações realizadas anteriormente a respeito do caráter curativo, individualizado e marcadamente voltado para o hospital, que caracterizou a assistência médica no Brasil após 64.

Outra característica verificada no período pós-64 e apontada por Braga e Gões foi a constituição de um complexo médico-industrial que se ampliou cada vez mais, possibilitando uma elevação das taxas de acumulação capitalista tanto nas empresas multinacionais de equipamentos médicos quanto na indústria farmacêutica (18). Segundo estes autores, quanto aos aparelhos e materiais de Raio X, por exemplo, "a produção nacional, medida em milhares de cruzeiros de 1976, passou de Cr\$ 299.499,00 em 1970 para Cr\$ 413.427,00 em 1973, o que representa um salto de 38 % em três anos" (19). Braga e Gões ressaltam que "o ramo de equipamentos não elétricos aumentou o valor da produção de 76 % em igual período (1970-1973)" (20). Em relação à ampliação da indústria farmacêutica, Geraldo Giovanni salienta que a produção da mesma, de 1950 a 1975, apresentou um crescimento maior do que os outros

(16) Possas, Cristina. *op. cit.*, p. 236.

(17) *Ibid.*, p. 238.

(18) Cf. Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 166, 167, 170.

(19) *Ibid.*, p. 182.

(20) *Ibid.*, p. 182.

setores da indústria de transformação no Brasil: de 1959 a 1970, aquela cresceu em 145 % contra apenas 13,9 % desta (21).

Frente à tamanha hegemonia assumida pela Medicina Previdenciária, a Saúde Pública e o Ministério da Saúde ficaram relegados a segundo plano. Embora o combate às endemias e sua prevenção fossem um tema constantemente abordado nos discursos governamentais (22) após 64, a participação do Ministério da Saúde nas despesas totais feitas pela União no setor saúde entre 1965 e 1971, teve uma acentuada diminuição, como demonstra Madel Luz:

"1965 .....	68,0 %
1966 .....	86,0 %
1967 .....	65,6 %
1968 .....	57,9 %
1969 .....	58,5 %
1970 .....	45,7 %
1971 .....	39,2 %" (23)

Luz identificou ainda a importância atribuída, durante o período 1968-1974, ao tema "formação de recursos humanos", traduzida na elaboração de programações, treinamentos e especialização de "recursos humanos" no setor saúde. A autora constatou, também, a situação de alheamento em que foram colocados os profissionais dedicados à Medicina Social, cujo projeto político não se adequava à política institucional existente no período pós-64 (24).

A "política de saúde" pós-64 caracterizou-se, portanto, pela hegemonia da Medicina Previdenciária na condução das estratégias adotadas pelos Governos brasileiros, essencialmente volta

(21) Giovanni, Geraldo. *A Questão dos Remédios no Brasil*. p. 84.

(22) Cf. Vieira, Evaldo A. *op. cit.*, p. 217-218.

(23) Luz, Madel. *op. cit.*, p. 126.

(24) *Ibid.*, p. 127-129.

das para a privatização da assistência médica e para a formação do chamado complexo médico-industrial no país em detrimento das ditas ações de saúde pública.

Entretanto, o modelo de assistência médica adotado pela Previdência Social já enfrentava sérias dificuldades financeiras desde a segunda metade dos anos 70, ligadas aos problemas na arrecadação de recursos para a Previdência Social baseada em contribuições das empresas, dos trabalhadores e da União e à extraordinária elevação dos custos da assistência médica gerados pela capitalização da Medicina. Em relação à arrecadação de recursos para a Previdência Social, Cristina Possas observa que:

"À medida que evoluía o sistema, a dívida crescente da União (Cr\$ 1,8 bilhão em 1971, segundo dados de balanço do INPS) e também das empresas (Cr\$ 522 milhões em 1971, segundo a mesma fonte), bem como a diminuição progressiva das reservas existentes, fizeram com que as contribuições sobre as folhas de pagamento se transformassem na viga mestra da estrutura da receita, representando desde 1965 cerca de 80 % da receita total corrente" (25)

Possas também comprovou que a participação da assistência médica no total de despesas da Previdência Social foi de 17,3% em 1964, de 23,7 % em 1969 e de 24,0 % em 1972 (26).

Todavia, o crescimento das despesas da Previdência Social com assistência médica não garantiu o consumo desta para a totalidade dos segurados nem significou uma melhoria das condições de saúde no país, que se tornaram mais precárias nos anos 70

(25) Possas, Cristina. *op. cit.*, p. 213.

(26) *Ibid.*, p. 235.

e que, apesar do grau intenso de autoritarismo e censura que dominavam o Brasil, tornou-se alvo de duras críticas. Segundo Madel Luz,

"É dentro deste contexto que alguns Programas e Órgãos Setoriais são criados e postos em funcionamento desde 1972, mas sō encontraram vigência em 1974, quando o descontentamento nas classes subalternas e nas organizações médicas "civis" face à saúde está chegando a um auge perigoso, pondo em questão a segurança do Estado" [27].

Em uma nota referente a esta afirmação, Luz revela que, naquele período, houve "quebra-quebras" de ambulatorios do Instituto Nacional de Previdência Social (feitos pela população) e descontentamento de profissionais médicos que se expressou em greves, movimentos sindicais e em editoriais publicados em revistas especializadas (28). Além disso, o surto de meningite que assolou o país em 1974, revelou a situação crítica a que havia chegado a deterioração das condições de saúde no país, o que fez com que o Governo propusesse novas medidas para enfrentar tal situação.

Todos os elementos apontados até aqui contribuíram para o surgimento dos Programas de Medicina Comunitária, ou Programas de Atenção Primária, em Secretarias de Saúde de alguns municípios brasileiros, como por exemplo: Campinas, Londrina, Niterói, Montes Claros, assim como também contribuíram para a criação de diferentes Leis, Planos e Programas para a saúde na segunda metade dos anos 70.

(27) Luz, Madel. *op. cit.*, p. 139.

(28) *Ibid.*, p. 156. No artigo de Roberto Chabo, encontrou-se referência às greves realizadas por médicos residentes nos anos 70. Cf. Chabo, Roberto. *Movimentos sociais urbanos e a democratização dos serviços de saúde*. Revista de Administração Pública, 17(3):45-48.

## 2.2. O Surgimento dos Programas de Atenção Primária nos Planos Nacionais para a Saúde após 1974

Neste estudo, optou-se por iniciar a análise dos Planos e Programas Nacionais para a Saúde após 1974, em virtude da importância que eles representaram para o surgimento e para o desenvolvimento de Programas de Atenção Primária na segunda metade dos anos 70, em algumas Secretarias de Saúde de municípios brasileiros, especialmente no município de Campinas, SP. A periodização aqui adotada (a partir de 1974) apóia-se nas análises realizadas por José Carlos Braga e Madel Luz, que consideram 1974 como um momento de mudanças institucionais nos órgãos governamentais da área de saúde, expressas através da criação do Ministério da Previdência Social em 1974 e do Sistema Nacional de Saúde no ano seguinte (29).

Embora se adote a mesma periodização utilizada por tais autores, neste estudo não se considera que tenham ocorrido, na prática, mudanças na política de saúde após 74. Neste período, as modificações propostas nos Planos e Programas para a Saúde poucas vezes superaram o exercício retórico ou a visão fragmentária e idealizada da realidade de saúde, o que, no entanto, não diminui a importância do exame de tais documentos (Lei 6229/75, Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, Lei 6349/77) para as posteriores reorientações que seriam imprimidas à política de atenção à saúde nos anos 80 (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, que incluía a criação das Ações Integradas de Saúde).

---

(29) Luz, Madel. *op. cit.*, p. 119-120; Braga, José C. e Góes de Paula, Sérgio, *op. cit.*, p. 196.

Daqui em diante, faz-se a análise dos principais eventos institucionais, Planos e Programas para a Saúde após 74 e procura-se identificar a relação existente entre eles e a emergência, e o desenvolvimento do Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas implantado a partir de 1977.

Com a intenção de definir as atribuições, as áreas de atuação e os mecanismos de integração e coordenação articulada das diferentes organizações atuantes no campo da saúde, o Ministério da Assistência Social propôs a organização do Sistema Nacional de Saúde, regulamentado pela Lei 6229, em 1975. Entende-se que tal proposição expressou uma tentativa do governo brasileiro de regular a demanda por serviços oferecidos pela Medicina Preventiva (que crescera demasiadamente com o Plano de Pronta Ação) e, aparentemente, de estimular o crescimento das ações médico-sanitárias a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais (30). Apoiados numa visão sistêmica, conforme a interpretação dos tecnocratas, a criação do Sistema Nacional de Saúde possibilitaria corrigir as deficiências da ação estatal, advindas nesta perspectiva, da "dispersão de esforços" e da "indefinição de competências das entidades públicas e privadas ligadas ao setor saúde" (31).

Através da leitura deste texto legal, nota-se que a divisão do trabalho entre os diferentes órgãos governamentais já

(30) Uma citação transcrita por Braga e Góes do documento Política Nacional de Saúde, divulgado na VI Conferência Nacional de Saúde, ilustra bem as intenções governamentais: "O comportamento da rede de assistência médico-hospitalar envolve serviços disponíveis ao atendimento de uma demanda que se busca regradar, ao passo que o da rede de assistência médico-sanitária envolve, através principalmente, da motivação comunitária e atividades extra-murais, um estímulo ativo a uma demanda que se busca estimular". Braga, José C. e Góes de Paula, *op. cit.*, p. 199.

(31) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP, *op. cit.*, p. 125. 126.

existente desde os anos 60, foi ratificada na Lei 6229/75, pois atribuiu-se ao Ministério da Saúde as ações de alcance coletivo e ao Ministério da Previdência Social o atendimento médico-assistencial individualizado; com isso, a dicotomia já apontada entre medidas de caráter preventivo e medidas de caráter curativo foi reforçada.

Braga e Gões consideram que a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde baseava-se em três objetivos: a integração das práticas de saúde pública e de assistência médica individualizada, a rearticulação das unidades do setor público e destas com o setor privado, e a regionalização da assistência médico-sanitária, de acordo com os "perfis epidemiológicos" de cada região do país (32). Visando a consecução do primeiro objetivo, de modo a evitar um conflito de competências com o Ministério da Previdência e Assistência Social, a Lei 6229/75 propôs a organização de duas redes de prestação de serviços autônomas, porém complementares: uma rede de assistência médico-sanitária, a cargo do setor público, e uma rede de assistência médico hospitalar, a cargo dos setores público e privado. A primeira, coordenada pelo Ministério da Saúde, seria composta por Postos de Saúde (considerados como unidades simplificadas), por Centros de Saúde (responsáveis por ações de saneamento básico, imunizações, nutrição, educação para a saúde e assistência médica individual) e por Unidades Mistas (Centros de Saúde agregados a um hospital que possuísem as especialidades de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica geral e cirurgia). A segunda, coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, seria composta por Postos de Assistência Médica, Policlínicas, Hospitais Locais, Distritais e

---

(32) Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.* p. 198.

de Base (33).

No entanto, as proposições contidas na Lei 6229/75 não puderam ser concretizadas até meados dos anos 80, devido a impedimentos de ordem política, financeira, institucional e administrativa que envolviam as instituições de saúde brasileiras nos anos 70.

Um destes impedimentos eram as dificuldades ligadas à estrutura financeira do sistema de saúde, que inviabilizava uma integração programática entre os dois Ministérios. Apesar das intenções anunciadas pelo Executivo de estimular as medidas de alcance coletivo, as parcelas do orçamento da União destinadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais permaneceram reduzidas, enquanto os elevados gastos da Previdência Social com assistência médico-hospitalar foram mantidos (34). Além disso, enquanto representantes dos produtores privados de serviços médicos, os altos escalões do Ministério da Previdência e Assistência Social posicionavam-se de forma contrária à transferência de recursos financeiros da Medicina Previdenciária para o Ministério da Saúde, inviabilizando as programações deste.

Assim, após a regulamentação da Lei, ficou cada vez mais evidente a existência de divergências entre os dois Ministérios e entre diferentes segmentos da burocracia previdenciária em relação às orientações que deveriam ser imprimidas às políticas de atenção à saúde, embora o discurso oficial anunciasse a integração das atividades de saúde pública com as de assistência médico-hospitalar.

Braga e Gões apontaram a ausência de definições precisas em relação à divisão da oferta de serviços entre os setores

---

(33) Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 200.

(34) *Ibid.*, p. 200-201.

público e privado como uma condição que possibilitou a persistência privatizante tanto na área hospitalar quanto na área ambulatorial (35), ligadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Tais autores salientaram, ainda, a existência de uma contradição nas atribuições do Ministério da Previdência e Assistência Social, anunciadas na Lei 6229/75: o acesso aos serviços médicos, sob a responsabilidade da Previdência, foi ampliado a toda a população, embora, legalmente, o direito à assistência médica previdenciária se limitasse à população previdenciária.

Outros pesquisadores admitem que a criação do Sistema Nacional de Saúde materializou, na noção de sistema, a intenção governamental de enfatizar as ações médico-sanitárias com a finalidade de conter a demanda por assistência médica individualizada, cujo crescimento elevado acarretaria uma crise financeira de grandes proporções para a Previdência Social (36).

Neste sentido, a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), regulamentado pela Lei nº 6349 em 1977, revela a existência de intenções bem diferentes daquelas que haviam sido anunciadas, em 1975, pelo governo federal. Segundo Braga e Gões, a reforma administrativa representada pela criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social foi justificada pelo governo como uma medida necessária para reordenar e racionalizar os gastos da Previdência Social (37). Tal reforma implicou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o que se atribuiu um status maior à assistência médica na Previdência Social. Assim, transformouse o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(35) Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio, *op. cit.*, p. 200.

(36) Cf. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia. *op. cit.*, p. 127.

(37) Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 209.

no principal condutor da "política de atenção à saúde", na medida em que passou a ser "a única entidade governamental que no setor saúde tem efetivo poder de gasto, já que não se reverteu, até agora, a tendência estagnante dos últimos dez anos no âmbito do Ministério da Saúde." (38). Sendo assim, apesar do discurso oficial estimular o desenvolvimento de medidas médico-sanitárias, que serão discutidas a seguir, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social continuou privilegiando principalmente a assistência médica individual oferecida pelo setor privado (39).

Desde a regulamentação da Lei 6229/75, a atuação do governo abriu espaços para a proposição de "modelos alternativos de organização de serviços de saúde", dirigidos a regiões do território nacional e a grupos sociais de pouco interesse para a iniciativa privada, e incorporou ao planejamento de saúde as proposições veiculadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), desde os anos 60 (40). Tais proposições referem-se ao "desenvolvimento de um corpo doutrinário e conceitual, baseado em critérios de regionalização, hierarquização, integração de serviços de saúde e na ênfase em cuidados primários desenvolvidos por pessoal auxiliar (...)" (41).

Assim, tais fatores possibilitaram o surgimento de alguns Programas para a Saúde que se distinguiram pela ênfase dada às ações médico-sanitárias e pela utilização de tecnologias simplificadas e de baixo custo.

Em 1976, diante da intenção do Executivo de implementar a Lei nº 6229/75, aprovada no ano anterior pelo Presidente

(38) Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 210.

(39) *Ibid.*, p. 210.

(40) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.* p. 218.

(41) *Ibid.*, p. 128.

Ernesto Geisel, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi elaborado por uma equipe do Setor do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA), órgão ligado à Secretaria de Planejamento (SEPLAN) da Presidência da República (42). Ainda no ano de 1976, tal programa foi incorporado às linhas de atuação do Ministério da Saúde, a quem coube sua execução. A região Nordeste foi escolhida como área prioritária para a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento pois, em alguns municípios desta região, uma parcela significativa da população não possuía acesso permanente a serviços de saúde.

O objetivo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento era "implementar e operar uma estrutura permanente de saúde e saneamento em municípios em cuja sede residiam até 20 mil habitantes, prevendo-se a cobertura de até 23 milhões de pessoas até 1979." (43).

As diretrizes deste Programa eram as seguintes: "... ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos com vistas a seu encaminhamento a serviços especializados; desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas como de baixo custo e alta eficácia; disseminação de cuidados de saúde tipo minipostos, integrados ao sistema de saúde da região e apoiados por unidades de maior porte localizadas em núcleos populacionais estratégicos; integração, a nível local, dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde,

---

(42) Cf. Gentile de Mello, Carlos. *op. cit.*, p. 65.

(43) Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.* p. 204.

participação comunitária; ..." (44).

Considerado o embrião do Sistema Nacional de Saúde, a pretensão do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento era integrar a atuação dos diferentes órgãos governamentais envolvidos na execução do Programa; hierarquizar as ações de saúde em função de critérios de complexidade, de modo que as unidades que utilizassem tecnologia mais sofisticada ficassem situadas em locais estratégicos em relação às unidades que empregassem tecnologias simplificadas, que se distribuiriam pela região.

A operacionalização das diretrizes do Programa em questão implicou a organização de uma rede de serviços de saúde que possuía dois tipos de unidades de atendimento: os Centros de Saúde e os Postos de Saúde. Os Centros de Saúde, unidades de maior porte, situadas preferencialmente nas sedes dos municípios, contavam com pessoal médico para o desenvolvimento das ações de saúde; os Postos de Saúde, unidades de pequeno porte, situados em vilas, e povoados na área de influência do Centro de Saúde, utilizavam pessoal auxiliar para executar os serviços mais simplificados (45). O chamado pessoal auxiliar era composto por indivíduos leigos "recrutados" entre a população que residia na região onde seria instalado o Posto de Saúde.

A coordenação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento era realizada em três níveis: federal, estadual e municipal. No nível federal, um Grupo Executivo interinstitucional (composto por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Planejamento, do

(44) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 128-129.

(45) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 129.

Interior, coordenados pelo representante do Ministério da Saúde) era responsável pelo acompanhamento e pela avaliação do programa como um todo, enquanto a elaboração de normas e diretrizes e a supervisão da execução dos Programas nos estados cabiam à Secretaria Técnica, subordinada ao Ministério da Saúde. A nível estadual, os representantes das diversas instituições públicas do setor saúde que atuavam na região, participavam, sob a coordenação do Secretário Estadual de Saúde, do Grupo de Coordenação Estadual. Subordinada a este, havia uma Equipe Técnica que coordenava os projetos estaduais, sua implantação e supervisionava o funcionamento das unidades implantadas. A nível municipal, as Diretorias Regionais de Saúde e os Municípios deveriam assumir, ao longo do processo de implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, a coordenação completa deste, o que, segundo a proposta do Programa, possibilitaria a "participação das comunidades beneficiárias" na avaliação do desempenho do programa e na apresentação de sugestões para aperfeiçoá-lo (46).

Os problemas enfrentados durante a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento em vários estados da região Nordeste já foram identificados e discutidos em estudos realizados anteriormente [47]. Embora, nestes trabalhos, o Programa de Ações de Saúde e Saneamento seja reconhecido como um programa inovador em relação às demais propostas que se desenvolviam no setor saúde nos anos 70, todos eles apontam as inconsistências, as dificuldades e as contradições que caracterizam o desenvolvimento do Programa.

(46) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 130-131.

(47) Cf. Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 205-207 e Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 131-132.

Uma das inconsistências da proposta do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, enfatizada no Relatório sobre a situação social do país do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, diz respeito à pressuposição de que sua adoção possibilitaria reduzir os gastos governamentais em saúde, através da utilização de serviços de atenção primária, sem que fosse mencionada a necessidade de alterar as condições que geraram a extraordinária elevação dos custos dos serviços médicos: a privatização da medicina e o reduzido controle sobre as formas de pagamento. A análise realizada por este Núcleo levanta hipóteses sobre o significado da adoção e da ampliação das unidades e dos serviços simplificados no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Segundo seu ponto de vista, há uma ambigüidade, na proposta de hierarquização de serviços, que pode ser entendida ou como uma forma de extensão de cobertura, na qual as unidades simplificadas funcionariam como "porta-de-entrada" para os serviços de maior nível de complexidade do sistema, aumentando sua capacidade de atendimento, ou como uma "barreira", onde a atenção primária cumpriria o papel de bloquear o acesso da população abrangida pelo programa aos atendimentos de maior nível de complexidade.

Contudo, mesmo que o papel da atenção primária como "porta-de-entrada" predominasse, dada a orientação dominante na política de saúde, a ampliação da oferta de serviços na periferia, que possibilitaria o acesso da população aos serviços de maior complexidade, dos quais ela era excluída anteriormente, agravaria ainda mais as distorções verificadas no setor, geradas pela orientação dominante na política de saúde (48).

---

(48) Cf. Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 205-207 e Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 131.

Além disso, a análise do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas chama a atenção para uma outra perspectiva aberta pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento: o fortalecimento do setor público, principalmente das Secretarias Estaduais de Saúde, em decorrência da expansão de sua rede de serviços de saúde. Mas é justamente esta ampliação da rede de serviços médico-sanitários que se tenta impor como alternativa à assistência médica previdenciária, o motivo de conflitos entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Tais conflitos eram percebidos por um técnico diretamente envolvido na implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento da seguinte forma:

"Não é difícil identificar as principais dificuldades. Estas resumem-se a todas formas e graus de resistências a:

- adequação e criação de tecnologias para grandes coberturas;
- real preocupação com a relação custo-benefício;
- delegação de funções e responsabilidades;
- real descentralização administrativa;
- sincera disposição para a integração e até mesmo para as articulações;
- sincera visão setorial e não apenas institucional, de órgãos, grupos de interesses comuns, etc.;
- aceleração dos fluxos financeiros, pelas restrições institucionalizadas. (...).

As tentativas de superação destas resistências esbarram frequentemente na sonegação de informações importantes, nos temas inabordáveis, nas pessoas e órgãos intocáveis e até mesmo num clima de mistério. Trata-se

de perpetuar os macro e micro-potentados tradicionais com a perpetuação do fracionamento inter e intra-institucional." (49).

A análise do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas diz, em relação à polêmica existente em torno da forma que adquiriu a participação comunitária no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que tal participação significa a instrumentalização da população como elemento capaz de garantir ora uma base política de sustentação do programa, ora uma cooperação em suas atividades. Assim, neste programa, a proclamada participação comunitária significaria a utilização da mão-de-obra local sem remuneração nas atividades propostas, a fim de minimizar os custos operacionais do programa. Enfim, no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, a participação da população nas decisões restringiu-se "a problemas secundários, locais ou setoriais, vedando-se que alcance as decisões estratégicas e de caráter mais global do programa" (50).

No presente estudo entende-se que, tanto a proposição do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e saneamento quanto a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, que o precedeu, possibilitaram condições político-institucionais para o surgimento de outras experiências em atenção primária, que passariam a ser desenvolvidas por diversos órgãos de saúde a nível municipal, em diferentes regiões do país, na segunda metade dos anos 70 (51).

(49) Nelson Rodrigues Santos apud Braga, José C. e Gões de Paula, Sérgio. *op. cit.*, p. 206.

(50) Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. *op. cit.*, p. 132.

(51) *Trata-se dos Programas de Medicina Comunitária implantados em Montes Claros (MG), Londrina (PR), Aratuba (PB), Niterói (RJ) e Campinas (SP). Cf. Cordoní Jr., Luiz. op. cit., e Moysés, Neusa M.N.; Cuidados Primários de Saúde, uma Estratégia ? p., 01.*

Tais experiências, cujos programas apresentavam um discurso semelhante ao da proposta do Programa de Interiorização das Ações de Saúde, pretendiam tornar-se uma alternativa para ampliar o acesso aos serviços de saúde para uma determinada parcela da população excluída da forma de atendimento médico predominante no país, vale dizer, da assistência médica previdenciária. Assim, os chamados Programas de Medicina Comunitária, ao serem adotados por algumas instituições governamentais (pois até meados dos anos 70 estiveram restritos a experiências desenvolvidas por Departamentos de Medicina Preventiva de algumas Universidades brasileiras, sob os auspícios da Organização Panamericana de Saúde), distinguíam-se pela valorização da assistência médico-sanitária; pelo emprego de tecnologias simplificadas e de baixo custo, em que grande parte do trabalho era realizado por pessoal auxiliar; pela pretensa participação da população no planejamento e na execução do Programa.

Neste estudo, quer-se destacar o Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que representou uma das primeiras tentativas empreendidas por uma Prefeitura Municipal de implantar uma rede de serviços de atenção primária que se constituísse como uma alternativa às formas dominantes de serviços de saúde existentes, cujo custo demasiadamente elevado (decorrente da privatização dos serviços que se acentuou significativamente em Campinas, nos anos 70) limitava o consumo destes serviços a parcelas da população formalmente inseridas no sistema produtivo.

### 2.3. A Situação Política e Social que Possibilitou o Surgimento de Medicina Comunitária em Municípios Brasileiros

A análise da política institucional que antecedeu o surgimento dos Programas de Medicina Comunitária restringiu-se aos mecanismos institucionais utilizados pelo Estado brasileiro (Leis, Planos, Programas) para tratar de questões relativas à assistência médica. Neste item, enfatizam-se os elementos da conjuntura político-social que contribuíram para a emergência dos projetos. O foco de atenção principal será o surgimento do "Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas", implantado em 1977, após a vitória do candidato Francisco Amaral, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) nas eleições Municipais de 1976.

O período que antecede imediatamente a implantação do "Programa de Medicina Comunitária" foi marcado por alterações na conjuntura política nacional e regional (52).

Em meados dos anos 70, o discurso governamental passou a falar em ações de saúde pública e participação comunitária, conforme se pode constatar na leitura dos Planos Nacionais de Saúde, embora não fossem tomadas atitudes concretas para sua implantação. De fato, o que ocorria era uma tendência para admitir formas alternativas de atendimento médico, a fim de atenuar a crise do modelo de assistência médica adotado pelo governo federal.

O recrudescimento dos movimentos sociais urbanos, por

---

(52) "Do ponto de vista dos planejadores do governo, o período de 1973 a 1974 representou uma clara mudança de direção. Nos anos do milagre econômico, enfatizara-se o papel legitimador dos êxitos do modelo de desenvolvimento. Com as crescentes dificuldades agora enfrentadas no terreno econômico, o Estado de Segurança Nacional passou a preocupar-se com a criação de novos mecanismos para a obtenção de apoio político e social. Era necessário encontrar uma nova base de legitimidade, o suficiente para garantir a obtenção de apoio clientelístico". Moreira Alves, Maria Helena: Estado e Oposição no Brasil (1964-1984), p. 185.

sua vez, aumentou a tensão social, a ponto de forçar o Estado a incorporar ao seu discurso a idéia da participação comunitária (53).

Na segunda metade dos anos 70, em virtude do poder coercitivo do Estado sobre a sociedade civil, os movimentos sociais emergentes constituíam-se de forma fragmentária e localizada. Em geral, organizavam-se a partir de reivindicações específicas, que visavam à melhoria das condições de vida na periferia dos centros urbanos. No início, suas preocupações giravam em torno da melhoria das condições sanitárias, da construção de creches, escolas, postos de saúde e redes de saneamento básico, além do congelamento de preços de alimentos (54).

O bloqueio de canais institucionais de representação popular (partidos políticos, câmaras legislativas, sindicatos, associações de massa) incentivou a criação de movimentos de base de amplitude local e com interesses diversificados, que aglutinavam indivíduos ligados por laços de parentesco, amizade, vizinhança, preocupados com suas condições imediatas de sobrevivência. A expressão de seus interesses parece ter sido possibilitada pela atuação de outras instituições e movimentos representativos de profissionais liberais, de setores da Igreja e de grupos ligados às Universidades (55).

(53) "A Teoria da 'Distensão' pretendia assegurar um afrouxamento da tensão sócio-política. Associando-se a níveis mais elevados mas sempre controlados de participação política, os planejadores do Estado intentavam erigir mecanismos representativos elásticos que pudessem cooptar setores da oposição". *Idib.*, p. 185.

(54) O exame do processo de emergência desses movimentos sociais no país e especificamente em São Paulo pode ser encontrado em Moreira Alves, Maria Helena. *Estado e Oposição no Brasil (1964-1984)*. p. 185-187, 227-229 e Singer, Paul e Brant, Vinícius Caldeira (org.) *São Paulo: O Povo em Movimento*; p. 13-27. Sobre o relacionamento desses movimentos com o poder municipal, consultar: Sposatti, Aldaíza. *Vida Urbana e Gestão da Pobreza*. p. 273-312.

(55) As mobilizações encabeçadas pela OAB, ABI, CNBB, a partir de 1975, bem como o movimento estudantil, que recomeça sua organização a partir de 77, abrem espaço para uma atuação mais organizada dos movimentos de bairro. Tal articulação é discutida detalhadamente em Singer, Paul e Brant, Vinícius. *op. cit.*, p. 13-27.

Nos anos 70, o único partido legal de "oposição" era o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e para ele convergia o apoio dos movimentos populares em épocas de eleições. Embora não mantivesse vínculos estreitos com os movimentos citados, o Movimento Democrático Brasileiro soube incorporar algumas de suas reivindicações às plataformas eleitorais no pleito de 1976, conquistando algumas prefeituras.

Situação semelhante ocorreu em Campinas. Alguns dos relatos obtidos através de entrevistas realizadas com profissionais que participaram da implantação do "Programa de Medicina Comunitária", em Campinas, indicam a existência de trabalhos voluntários realizados por médicos e estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas junto aos movimentos de bairro no ano de 1976. A atuação de tais grupos nos bairros da periferia de Campinas e, paralelamente, na campanha eleitoral do Movimento Democrático Brasileiro para a prefeitura, contribuiu para que a proposta de medicina comunitária fosse considerada na formulação do programa do candidato da oposição, Francisco Amaral.

Outro fator que contribuiu para a aproximação entre profissionais da área de saúde e os movimentos populares emergentes foram as recomendações dos organismos internacionais no sentido de promover a participação da população nos programas de Medicina Comunitária, divulgadas a partir dos anos 70. Entretanto, deve-se considerar que a participação proposta em tais programas circunscrevia-se aos limites conferidos pelas instituições, ou seja, limitavam-se às atividades previstas nos projetos, como por exemplo: trabalho voluntário nos postos, mutirões, etc. Por outro lado, os movimentos populares existentes nos locais em que tais experiências de Medicina Comunitária se desenvolviam tinham

um caráter localizado e fragmentário, organizando-se em torno de objetivos imediatistas e diluindo-se, ou quando estes objetivos eram atendidos ou após a obtenção de algum resultado. Isto impedia-os de avançar e exercer pressão para participar a nível decisório nas instituições.

Cornelis Johannes van Stralen (56) chama atenção para o fato de que os técnicos de saúde, envolvidos com experiências de medicina comunitária a nível local, só descobriam as limitações destas propostas, quando o envolvimento da população com as mesmas ameaçava a ordem vigente, de alguma forma, ou quando o desenvolvimento do projeto canalizava reivindicações populares às instituições governamentais. Neste momento, ou o trabalho dos técnicos era interrompido, ou eles eram afastados do local. A tática utilizada por esses profissionais foi estreitar seus vínculos com as entidades representativas dos movimentos populares (associações de bairro, clubes de mães, comunidades eclesiais de base, conselhos de saúde) a fim de garantir a continuidade das experiências. Segundo o mesmo autor, esses movimentos em saúde "são, freqüentemente, experiências de caráter local, desenvolvidos por parte de pequenos grupos de moradores, que levam, por exemplo, a organizar alguns serviços básicos pelos próprios moradores ou a reivindicar alguns serviços da administração local. Quase sempre, definem-se dentro de um espaço já configurado pelas políticas e instituições do Estado. Assim, ocorre que se reivindica um posto de saúde sem colocar em questão as políticas de saúde como um todo" (57).

O que possibilitou a criação do "Programa de Medicina Comunitária" da Secretaria de Saúde de Campinas foi a situação

---

(56) van Stralen, Cornelis Johannes. *Movimentos Sociais Urbanos e a Democratização dos Serviços de Saúde*. *Revista de Administração Pública*, 17(3):39-41.

(57) *Ibid.*, p. 41.

política provocada por tais movimentos sociais, aliada ao estímulo de governos federais e municipais para que se criasse esse tipo de programa de saúde como uma alternativa para a forma de assistência médica predominante até então.

A apresentação dos objetivos, conceitos e características principais do "Programa de Medicina Comunitária" de Campinas, extraída dos Relatórios da Secretaria do ano de 1977, permite tecer-se algumas considerações. A fim de tornar mais clara a exposição, decidiu-se examinar separadamente os elementos principais, que pareciam constituir a preocupação central do programa.

Inicialmente, nota-se que há uma tentativa de se definir quem é o objeto do programa, ou seja, a quem se dirigia o trabalho. Nos documentos que serão analisados nos próximos itens (58), o programa voltava-se para a "população carente", "povo", "comunidade". Também utilizavam-se denominações como "pobres", "marginalizados", indicando uma certa confusão, até mesmo indefinição em relação a quem se pretendia atingir.

Esse problema torna-se relevante não por constituir uma questão formal, mas em função de estar diretamente relacionado ao papel destinado aos projetos de medicina comunitária em cada formação social.

A adoção desses termos esteve relacionada à incorporação das proposições da Organização Mundial da Saúde a respeito da extensão de cuidados primários de saúde às populações excluídas. A adesão às propostas dos organismos internacionais correspondeu à absorção de certos conceitos por ela adotados, originados nas formulações da Medicina Comunitária, utilizados para designar a posição social dos grupos a que se dirigiam as ações de saúde. Es

---

(58) Trata-se dos Relatórios Anuais da Secretaria Municipal de Campinas referentes aos anos 1977, 1978, 1979, que serão discutidos detalhadamente no item 2.4 do presente estudo.

sa conceituação de população marginal, utilizada para designar aquelas parcelas da população excluídas do sistema produtivo por uma condição inerente às sociedades capitalistas (que não absorvem a totalidade dos indivíduos na produção), ganhou credibilidade a partir da divulgação de estudos sobre urbanização. Nestes, procurava-se "interpretar" o surgimento de áreas pobres e densamente habitadas na periferia dos grandes centros urbanos" (59), atribuindo-se a formação de favelas à natureza marginal dos indivíduos que as habitavam. Essas linhas interpretativas desdobram-se em dois modelos de análise: "cultura da pobreza", desenvolvida por Lewis, e a noção de "contínuum rural/urbano", de Redfield. Nos anos 60, foram superadas pela corrente teórica do "modelo dual de análise", que supõe a existência de duas ordens sociais: a tradicional e a industrial moderna, que corresponderiam, respectivamente, ao subdesenvolvimento e ao desenvolvimento. No primeiro encontrava-se a razão da marginalidade urbana, que poderia ser resolvida através de ações comunitárias exercidas sobre esses grupos sociais. Os Programas de Ação Comunitária e Medicina Comunitária têm origem nessas concepções, vigorosamente veiculadas pela Organização Mundial de Saúde nos países de capitalismo tardio (60) como já se discutiu no primeiro capítulo, e incorporadas pelos Planos de Saúde brasileiros, especialmente nos anos 70.

Portanto, a utilização desses termos nos documentos da Secretaria Mundial de Saúde de Campinas demonstra uma adesão aos princípios da Organização Mundial de Saúde, na implantação do programa. Não havia propriamente uma indefinição quanto a quem construía o objeto, mas uma compreensão idealizada da situação em que viviam essas populações e das condições que a determinavam.

---

(59) Pellegrini FO, Alberto et alii. *A Medicina Comunitária, a Questão Urbana e a marginalidade*. in Reinaldo Guimarães, p. 216.

(60) *Ibid.*, p. 215-221.

Outro ponto exaustivamente citado nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde, em 1977, é a participação da comunidade no programa. Para estimulá-la empregavam-se técnicas de intervenção social a fim de integrar as populações à política da Prefeitura. A proposta de participação comunitária tornou-se oportuna, naquele momento político, tanto para garantir os interesses das frações da classe dominante representados pelo Estado, quanto para aqueles setores que se opunham ao Regime Militar e que vislumbravam, na conquista dos espaços institucionais disponíveis, uma possibilidade de expressar os interesses das classes e grupos sociais excluídos da vida política. Entretanto, o caráter dessa participação comunitária é dado não pela sua proposição a nível ideal, mas pela capacidade de pressão dos setores sociais interessados nessa participação.

Nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde referentes a 1977, verifica-se que a "participação ativa" da comunidade expressa uma mescla de posições a esse respeito e da forma como essa participação vinha sendo tratada, historicamente, por diferentes instituições e movimentos.

A aproximação às concepções de participação comunitária divulgadas pela Organização Mundial de Saúde é clara e sua operacionalização suscita críticas, pois parte-se do princípio de que a precariedade das condições de saúde das populações marginalizadas poderiam ser modificadas, desde que houvesse um envolvimento voluntário desses grupos, que culminasse em sua auto-organização para solucionar seus problemas. Na prática, essa auto-organização ocorre sob parâmetros estabelecidos pelas instituições que a propõe e dentro de limites político-institucionais dados pela forma de dominação existente nas diferentes sociedades. Assim, não se põe em discussão a forma de organização da so

cidade, determinada, em última instância, pela produção econômica.

Considerar, porém, que os problemas da comunidade são passíveis de solução a nível local, a partir de recursos dos quais ela dispõe, implica em admitir:

"a concepção de que os problemas locais são locais não somente em sua expressão como em sua origem. Pretende-se, desta forma, romper as relações entre os problemas locais e gerais, ou seja, esvaziar a dimensão estrutural dos problemas locais. A participação é limitada, restrita, não se abrindo canais que permitam uma participação ao nível das grandes decisões de caráter nacional, ou seja, uma verdadeira participação. Cria-se uma ilusão de participação, efetivando-se, na realidade um processo de manipulação" (61).

As propostas de participação comunitária, numa abordagem semelhante à da Organização Mundial de Saúde, podem ser verificadas em momentos políticos diferentes no país, mas sempre marcadas por um caráter instrumental e manipulador, oportuno para a realização dos interesses e do modelo de desenvolvimento econômico defendido por frações da classe dominante que estiveram no poder, tanto no período populista quanto no Regime Militar, o que evidencia o fato de a incorporação dessas propostas às políticas de Estado não ser um fenômeno exclusivo dos anos 70.

Outro aspecto a ser considerado é o contexto político em que emerge o "Programa de Medicina Comunitária" de Campinas. A "natureza" e as características do movimento social urbano existente possibilitam afirmar que havia organicidade entre as pro-

---

(61) Pellegrini, *op. cit.*, p. 221.

postas da instituição e os interesses da população, expressos nessa "participação ativa". Uma vez que as bandeiras de luta do movimento popular limitavam-se a reivindicações por meios de consumo coletivos, de âmbito local, e dirigidas ao poder municipal, não vislumbraram que a origem de seus problemas e condições de existência decorriam da forma de organização social, vigente nas sociedades capitalistas, o que fazia com que a solução desses problemas implicasse em mudança na orientação da política nacional. Pode-se dizer que a legitimidade concedida pelo movimento popular a esses programas decorreu da inexistência de canais institucionais de representação política, abrindo espaço para a proliferação de propostas de organização autônoma das comunidades. Ao mesmo tempo, atenuavam-se os conflitos sociais emergentes.

Com a intensificação dos problemas provocados pela crise do modelo econômico altamente concentrador e excludente, somado ao recrudescimento dos movimentos populares, as formas de participação existentes tornavam-se insuficientes, convertendo-se, nos anos 80, em reivindicações de caráter político.

#### 2.4. A Implantação do Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

O "Programa de Medicina Comunitária" da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Campinas foi implantado a partir de março de 1977 (62). A proposta de implantar um "Programa de Medicina Comunitária" e ampliar o número de postos de saúde em

---

(62) Até 1977, a Secretaria Municipal de Saúde possuía cinco postos de saúde, localizados próximos aos Centros de Saúde do Estado, onde as condições de atendimento eram extremamente precárias.

bairros situados na periferia de Campinas (63) havia sido excluída na plataforma eleitoral do Sr. Francisco Amaral, candidato do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) à prefeitura de Campinas, nas eleições de 1976. Dentre as pessoas engajadas na campanha eleitoral deste candidato havia um grupo de médicos e estudantes de medicina que desenvolviam voluntariamente projetos de medicina comunitária em alguns bairros da periferia de Campinas, geralmente de forma autônoma às entidades oficiais, ou, às vezes, com apoio do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Após a vitória do candidato emedebista nas eleições de 76, estes profissionais e estudantes de medicina foram convidados pelo Secretário da Saúde, Sebastião de Moraes, a integrar o quadro de técnicos da Secretaria de Saúde e deram início à implantação de postos de saúde em bairros periféricos, onde seriam desenvolvidas ações médicas simplificadas com emprego de auxiliares de saúde, selecionados entre moradores do bairro e treinados pelo grupo de médicos da Secretaria (64).

A proposta inicial do "Programa de Medicina Comunitária" da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas baseava-se na extensão de cobertura dos serviços de saúde para as populações residentes na periferia de Campinas; na participação da comunidade no programa; no emprego de pessoal auxiliar, selecionado entre os moradores da região onde se implantava o posto de saúde; na tentativa de realizar uma integração interinstitucional. Esta proposta foi expressada pelo Secretário da Saúde no Relatório Anual da Secretaria Municipal de Saúde, de 1977, da seguinte for

---

(63) Utiliza-se aqui a primeira denominação adotada para o programa, uma vez que esta variava nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, como será descrito adiante.

(64) Calzado Jr., Hîndemburgo. A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas nos anos 1977-1984. p. 12-15 e entrevistas com médicos que participaram da implantação do Programa de Atenção Primária.

ma:

"Em poucas palavras, nossa filosofia de trabalho consiste em dar atenção básica de saúde à população carente de Campinas, fazer estas comunidades participarem ativamente deste trabalho, promover a articulação com instituições de saúde mais sofisticadas para os encaminhamentos de pacientes que se fizerem necessários e, finalmente, manter e dinamizar todos os serviços tradicionais da Secretaria de Saúde" (65).

Assim, a atenção primária de saúde foi considerada a forma de organização da prática médica mais adequada para implementar aquela "filosofia de trabalho" e era definida pelo Secretário de Saúde, em 1977, deste modo:

"É um enfoque de atenção integral de saúde que combina uma forma de identificar e reconhecer os problemas e necessidades básicas da população e uma estratégia para organizar a ação de conjuntos de ações necessárias para a solução de tais problemas, integrando a nível da comunidade e com sua participação ativa, todos os elementos necessários para conseguir-se uma mudança no estado de saúde desta mesma comunidade". (66).

Conforme o Relatório Anual - 1977 da Secretaria Municipal de Saúde, em 1977, a decisão de implantar o Programa de Medicina Comunitária e estender os serviços municipais de saúde aos bairros de periferia de Campinas levou em consideração as características da organização dos serviços de saúde existente no mu-

---

(65) Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual 1977. p. 5.

(66) Secretaria Municipal de Saúde. Resumo Histórico. p. 1.

nicípio e a situação sanitária da população de Campinas nos anos 70 (67). Quanto à situação dos serviços de saúde oferecidos no município em 1976 e 1977, outro documento da Secretaria Municipal de Saúde denominado "Resumo Histórico", verificava a predominância da assistência hospitalar privada em detrimento da assistência de nível primário, que era constatada pelo número de internações hospitalares e pelo tipo de gastos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (68), em Campinas. Segundo este documento, em 1976, o gasto do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social com internações em hospitais particulares de Campinas alcançava a cifra de Cr\$ 158.924.186,00, o que representava 61,4 % do total do orçamento da Agência Local destinado à assistência médica. Encontram ainda a proporção de uma internação hospitalar para menos de quatro consultas ambulatoriais, o que indicava, segundo o documento da Secretaria, um número excessivo de internações desnecessárias (69). No mesmo documento, argumentava-se que, em decorrência da ênfase no atendimento médico-hospitalar, que implicou a transferência de recursos do setor público para o setor privado, deixara-se uma extensa área da periferia de Campinas sem qualquer cobertura médico-assistencial, pois os estabelecimentos médicos (tanto hospitalares quanto ambulatoriais) concentravam-se nas regiões centrais do município. Enquanto isso, havia uma rede ambulatorial pública estadual, composta por um centro de saúde, de grande porte no centro, sete postos de saúde de pequeno porte nas zonas intermediárias e dois postos de saúde de pequeno porte nos sub-distritos de Barão Geraldo e Sousas, e uma rede pública municipal, composta por "quatro postos tradicionais de saúde: em Barão Geraldo, a menos de

---

(67) Secretaria Municipal de Saúde. Resumo Histórico. p. 1.

(68) *Ibid.*, p. 4, 5.

(69) *Ibid.*, p. 1.

1 km do Posto de Saúde do Estado; em Sousas, também próximo ao Posto do Estado, além de um posto no Jardim Pacaembu, e outro em Joaquim Egídio. E também um Posto no Campos Elíseos, com apenas um consultório médico, da Secretaria de Promoção Social" (70).

Esta organização da rede pública, que antecedeu a implantação do Programa de Medicina Comunitária, em 1977, foi alvo da seguinte crítica:

"Diante desta total inversão da pirâmide tínhamos uma rede ambulatorial pública, do Estado e da Prefeitura, desarticulada, com deficiência de Recursos Humanos e materiais, utilizados de forma irracional, duplicando recursos e tendo a concentração dos mesmos em determinadas áreas" (71).

Em um tópico deste documento, intitulado "Razões da Opção pela periferia", os técnicos da Secretaria detêm-se na discussão do processo de urbanização e industrialização que gerou o crescimento da periferia de Campinas. Segundo esta análise, em 1977, Campinas possuía uma população estimada em mais de 700.000 habitantes, 90 % dos quais localizados na área urbana. A taxa anual de crescimento da população de 1960 a 1970, em Campinas, foi de 6 % ao ano e a de 1970 a 1977 era estimada em 9 %, tendo como causa principal o intenso fluxo migratório de contingentes populacionais da região Sudeste, Minas Gerais e Nordeste para Campinas, provocado pelo processo de industrialização nesta região. Segundo a visão apresentada no "Resumo Histórico", tal processo de industrialização, associado ao processo de expulsão de trabalhadores da zona rural, fez com que o contingente migrató-

---

(70) *Ibid.*, p. 2.

(71) *Ibid.*, p. 2.

rio se instalasse na periferia de Campinas: "Essa mão-de-obra, em bora em boa parte constituída por trabalhadores em caráter temporário, tende a se fixar gradativamente nas áreas periféricas da cidade em condições de sub-emprego e desemprego com evidentes reflexos em suas condições de vida e, conseqüentemente de saúde"(72). Tal análise assinalava ainda que Campinas enfrentava, em 1976, graves problemas de habitação, abastecimento de água, rede de esgotos, transportes que refletiam sobre a saúde da população (73). O índice de 80 por mil nascidos vivos em 1977 era considerado um bom indicador das precárias condições de vida de boa parte da população, o que contrastava com o elevado nível salarial médio de determinadas parcelas da população no município, evidenciando a acentuada concentração de renda (74).

Embora não se encontre no "Resumo Histórico" uma frase que justifique a "opção pela periferia", deduz-se do que foi apresentado, que a escolha dos grupos sociais que seriam objetos do programa, com como da forma de organização da prática médica a ser adotada, baseou-se na constatação da precariedade das condições de vida e de saúde da periferia, e da ausência de serviços públicos de saúde na grande maioria dos bairros situados na periferia.

Com a intenção de elucidar alguns aspectos mencionados no Relatório Anual de 1977, referentes à oferta de serviços de saúde e às condições de vida existentes em Campinas, nos anos 70, (setores de ocupação da força de trabalho, distribuição de renda, disparidade do quadro sanitário da população do município, no período 1970/1981) expõe-se, adiante, as conclusões obtidas em diferentes pesquisas.

---

(72) *Ibid.*, p. 3.

(73) *Ibid.*, p. 3.

(74) *Ibid.*, p. 4.

Em 1985, Domenico Feliciello apresentou um estudo abrangente sobre a especificidade do processo de urbanização e de organização dos serviços de saúde em Campinas, que estiveram ligados à emergência do Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde (75). Apresentam-se aqui alguns resultados obtidos por Feliciello a respeito da oferta de serviços de saúde em Campinas, no período 1970-1981 (76). Depois da Região da Grande São Paulo, a Região Administrativa de Campinas, que inclui os municípios vizinhos (Piracicaba, Limeira, Americana, Jundiaí), é a mais importante do Estado quanto à concentração de estabelecimentos hospitalares respondendo por 13,77 % dos estabelecimentos hospitalares do Estado de São Paulo em 1970 e 13,66 % em 1981, (107 hospitais em 1970 e 116 em 1981) (77).

Feliciello verificou que o município de Campinas possuía, em 1970: 15 % dos hospitais gerais e 25 % dos leitos gerais da Região Administrativa, ocupando nesta, o primeiro lugar. A totalidade destes estabelecimentos e leitos hospitalares pertenciam à iniciativa privada (78).

Quanto aos hospitais e leitos especializados (79), encontravam-se, no município de Campinas, 33 % dos hospitais e 14 % dos leitos especializados da região, todos ligados à iniciativa privada, dos quais 76 % dos leitos pertenciam a entidades privadas de caráter lucrativo, especializada em Psiquiatria (80). Feliciello diz que "os dados do município relativos a 1981 nos indicam o crescimento que se operou neste setor, principalmente a

---

(75) Feliciello, Domenico. *Atenção Primária e Política de Saúde*.

(76) O autor esclarece que os dados estatísticos apresentados sobre a atuação de serviços de saúde em Campinas representavam tendências e estimativas, pois as agências de saúde não possuíam um sistema de informações bem organizado no início dos anos 80.

(77) Feliciello, Domenico. *op. cit.*, p. 195.

(78) *Ibid.*, p. 196.

(79) Feliciello considerou como hospitais especializados os que se dedicam à *Fisiologia, Psiquiatria, Dermatologia*.

(80) *Ibid.*, p. 196.

nível dos estabelecimentos gerais, ocorrendo, por outro lado, perda de hospitais especializados, embora o número de leitos tenha experimentado um discreto crescimento (...)" (81). Conforme a tabela que segue esta passagem, no texto citado, de 1970 a 1981 os leitos hospitalares apresentaram um acréscimo de 42,18 nos hospitais gerais particulares e um acréscimo de 5,15 nos hospitais especializados particulares (82). Feliciello ressalta ainda que a criação de um Hospital Municipal no período (o Hospital Municipal Mário Gatti foi criado em 1974) diminuiu a participação da iniciativa privada que, no entanto, "ainda é responsável por 95 % dos Estabelecimentos e 87 % dos leitos hospitalares", em Campinas, no início dos anos 80 (83).

Tais dados, obtidos por Feliciello, levam às seguintes conclusões: a organização dos serviços médico-hospitalares em Campinas reproduz as características da organização da assistência médica no país, voltando-se para a privatização e para a elevação dos custos da assistência à saúde, que se caracteriza pela hospitalização e ênfase nas ações de caráter curativo. Além disso, tal modelo de assistência médica predominante em Campinas, nos anos 70, dificultava o acesso a serviços de saúde para uma significativa parcela da população do município que, como se verá adiante, não dispunha de capacidade aquisitiva para comprá-los diretamente nem por intermédio da Previdência Social.

No estudo mencionado, Domenico Feliciello deteve-se também na análise das transformações do mercado de trabalho em Campinas. Observou que no período de 1970/1980 houve um crescimento de 103 % da população economicamente ativa empregada nos

---

(81) *Ibid.*, p. 209.

(82) *Ibid.*, p. 209.

(83) *Ibid.*, p. 209.

diversos setores de atividades (84). Na tabela 38, reproduzida no estudo citado, observa-se que do total da população economicamente ativa no município de Campinas, em 1970, 6,44 % estava empregada no setor primário, 34,71 % no setor secundário e 58,85 % no setor terciário. Em 1980, do total da população economicamente ativa em Campinas, 2,52 % estava empregada no setor primário, 40,31 % no setor secundário, 57,17 % no setor terciário, o que demonstra um decréscimo nos setores primário e terciário em relação ao setor secundário de 1970 a 1980 (85).

Em relação ao emprego informal, verificou-se que, em 1979, esta situação de trabalho caracterizava 17,54 % do total da população empregada no município de Campinas, sendo que destes 17,57 %, 10,30 % eram classificados como trabalhadores por conta própria, 6,30 % como empregados domésticos e 0,9 % como não remunerados (86). Quanto à renda familiar no município de Campinas, em 1970, segundo os dados do IBGE reproduzidos por Feliciello, observa-se na Tabela III que as famílias recebiam:

TABELA III

Rendimento Familiar no Município de Campinas - 1970

CLASSE DE RENDIMENTOS	PORCENTAGEM
Até dois salários mínimos	27,86 %
De dois a três salários mínimos	19,45 %
De três a cinco salários mínimos	19,75 %
Mais de cinco salários mínimos	27,12 %
Sem renda	1,56 %
Sem declaração	4,26 %

Fonte: IBGE - Sistema SIM-SEADE

Extraído de: Feliciello, Domenico, Atenção Primária e Política de Saúde. p.133

(84) *Ibid.*, p. 114.

(85) *Ibid.*, p. 116.

(86) Feliciello, Domenico. *op. cit.* p. 123.

Em 1980, o Rendimento Médio Mensal da População Economicamente Ativa em Campinas é apresentado na Tabela IV.

**TABELA IV**

Rendimento Médio Mensal da População Economicamente Ativa  
no Município de Campinas - 1980

CLASSE DE RENDIMENTOS	PORCENTAGEM
Até dois salários mínimos	50,99 %
De dois a três salários mínimos	16,1 %
De três a cinco salários mínimos	15,7 %
Mais de cinco salários mínimos	10,9 %
Mais de dez salários mínimos	6,0 %

Fonte: IBGE-1980 - Extraído de Feliciello, Domenico. *Atenção Primária e Política de Saúde*. p. 133.

Conforme os dados das Tabelas III e IV, no período de 1970/1980 houve um grande aumento do contingente da população que recebia até dois salários mínimos e uma diminuição da parcela da população que recebia mais de cinco salários mínimos. Portanto, os dados apresentados revelam uma desigualdade na distribuição de renda em Campinas e expressam uma elevada concentração da renda por uma pequena parcela da população.

Para compreender as condições de vida de uma certa parcela da população de Campinas, alvo do Programa de Medicina Comunitária, de acordo com o anunciado nos documentos oficiais (87),

(87) Conforme as informações oferecidas no Relatório Anual de 1977 da Secretaria Municipal de Saúde a população assistida pelo Programa era ocupada no setor primário.

é importante conhecer alguns dados sobre a situação da população favelada. Segundo Feliciello, em 1981, "esta parcela da população se dirige principalmente para as atividades do setor secundário (52,15%) e, neste, para o sub-setor de construção civil (45,13%). Em relação ao setor terciário, o segundo em importância (46,20%), a principal absorção ocorre nas atividades de prestação de serviços (12,40%) que abrangem o trabalho de empregada doméstica." (88). Quanto à renda das famílias faveladas, em 1981, Feliciello mostra que: "cerca de 60% auferem até dois salários mínimos, 24% não possuem renda, apenas 15% recebem de dois a cinco salários mínimos e 1% acima de cinco salários mínimos, o que traz evidentes repercussões sobre as 'condições de vida' desta população, (...)" (89). Feliciello verificou um grande crescimento do número de favelas em Campinas, principalmente a partir dos anos 70, o que retrata uma grave deterioração das condições de vida de uma determinada parcela da população do município, já naquela época em que foi implantado o Programa de Medicina Comunitária. Tendo como fonte dados da Secretaria de Promoção Social da Prefeitura de Campinas, Feliciello apresenta a seguinte tabela:

TABELA V

Evolução da População Favelada - Campinas - 1971-1981

ANO	NÚMERO DE BARRACOS	POPULAÇÃO ESTIMADA	ACRÉSCIMO MÉDIO ANUAL DA POPULAÇÃO FAVELADA
1971	600	3090	1917
1975	2089	10758	6811
1980	8700	44815	2565
1981	9200	47380	—

Fonte: Secretaria Municipal de Promoção Social - Prefeitura Municipal de Campinas. Extraído de: Feliciello, D. *Atenção Primária e Política de Saúde*. p. 155.

(88) Feliciello, D. *op. cit.*, p. 130. Conforme o autor, os dados são referentes a 1981.

(89) *Ibid.*, p. 132.

Uma pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde revela também a persistência de desigualdades nos níveis de saúde dos diferentes segmentos da população do município. José Carlos Lopes encontrou diferentes índices de mortalidade para as diversas Regiões Administrativas de Campinas. Observou que os índices mais elevados de mortalidade infantil e de doenças de notificação compulsória correspondiam às Regiões Administrativas menos beneficiadas por redes de saneamento básico, transporte coletivo e onde a renda econômica da população era mais baixa (90).

Em 1977, diante da decisão de "dar atenção básica de saúde à população carente de Campinas", a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação do chamado "Programa de Medicina Comunitária", criando inicialmente mais dois postos de saúde, no início de 1977, nos bairros Nova Aparecida e Jardim Conceição. No final de 1977, foram inaugurados mais três postos de saúde nos bairros Jardim Santa Mônica, Vila Rica e Vila Ipê e foram mantidos os postos de saúde municipais nos distritos de Barão Geraldo, Souza e Joaquim Egídio, que já existiam antes de 1977 (91).

A intenção de promover a participação da população dos bairros no trabalho desenvolvido no posto de saúde e a tentativa de desmistificar a figura do profissional médico, enquanto profissional que detém o monopólio do saber médico na "medicina tradicional", eram anunciadas nos Programas e Relatórios da Secretaria como duas das características que diferenciavam o trabalho desenvolvido a partir de 1977 na rede de postos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, do trabalho executado nos postos de saúde "tradicionais" (alusão referente às unidades da Secretaria Estadual de Saúde e aos próprios postos de saúde do município, an

---

(90) Lopes, José C. *Estrutura da Mortalidade no Município de Campinas*, 1982.

(91) Cf. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. *Relatório Anual 1977*, p. 3.

teriores a 1977).

Conforme o relato do próprio Secretário de Saúde (92), a participação da "comunidade" no desenvolvimento do "Programa de Medicina Comunitária" consistia em uma "participação ativa" desta nas atividades promovidas pela Secretaria de Saúde nos diferentes bairros onde seriam instalados os postos de saúde: discussões sobre problemas de saúde do bairro, campanhas de vacinação, escolha de agentes de saúde entre os moradores do bairro, dentre os quais existiam alguns indivíduos ligados às práticas de saúde informais (práticos, curandeiros, religiosos). Para realizar estas atividades os profissionais da Secretaria de Saúde empregavam uma certa "metodologia de trabalho", baseada em dramatizações de fatos reais, retirados de notícias de jornais; utilização de material audio-visual, de música popular, que tinha por objetivo criar um espaço de reflexão sobre a problemática de saúde que envolvia a população a ser atingida pelo programa, segundo informavam no Relatório de 1977. (93).

A partir da leitura do Relatório Anual, referente à 1978, nota-se que o "Programa de Medicina Comunitária" passou a ser chamado "Programa de Saúde Comunitária", mas não foi encontrada nenhuma justificativa para esta alteração no Relatório Anual de 1978. Neste mesmo ano, deu-se continuidade às atividades que vinham sendo desenvolvidas nos postos de saúde municipais e à seleção de profissionais de nível superior e de nível elementar, "auxiliares de saúde", para os novos postos de saúde, que seriam inaugurados ao longo de 1978.

---

(92) *Ibid.*, p. 14-16.

(93) *Note-se que tal "metodologia de trabalho" utilizada pela Secretaria de saúde guarda uma grande semelhança com as técnicas propostas pela Escola de Relações Humanas" de Administração e pelos Programas de Desenvolvimento de Comunidade, desenvolvidos por Faculdades de Serviço Social, instituições governamentais (SUDENE) e pelo movimento de Educação de Base em algumas regiões brasileiras, nos anos 50 e 60.*

A partir da leitura do Relatório Anual, referente à 1978, verifica-se que foram mantidos os objetivos anunciados no ano anterior, embora o termo programa tenha sido substituído por política; nota-se também uma maior utilização de noções empregadas nos Planos Nacionais para a Saúde, por exemplo: integração de órgãos afins, regionalização de serviços, desenvolvimento de recursos humanos (94).

Contudo, os aspectos que mais chamam atenção no desenvolvimento do "Programa de Saúde Comunitária" da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, a partir de 1978, são a ampliação do número de postos de saúde em bairros da periferia de Campinas e as sucessivas tentativas de institucionalizar e sistematizar as diversas atividades realizadas pelo programa, a fim de obter o reconhecimento formal destas atividades no organograma da Prefeitura Municipal. Foram criadas várias Comissões de trabalho no interior da Secretaria de Saúde com o intuito de articular as diversas atividades desenvolvidas na rede municipal de saúde, normatizar as condutas empregadas nos postos, discutir a viabilização de convênios com outras instituições e elaborar uma política municipal de saúde, que serão discutidas a seguir.

Em 1978, assiste-se à ampliação da rede de saúde municipal, que passou a contar com mais nove postos de saúde, localizados em bairros da periferia de Campinas. De acordo com um documento produzido pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, para definir os locais onde seriam abertos novos postos de saúde, utilizava-se, como critério, a reivindicação da população de um determinado bairro, encaminhada à Secretaria de Saú-

---

(94) Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual - 1978. p. 34.

de (95). Quanto à seleção de pessoal para trabalhar nos postos de saúde, foi mantida a orientação, adotada no ano anterior, de escolher os auxiliares de saúde entre os próprios moradores do bairro onde o posto de saúde seria instalado (96). No final de 1978, a ampliação da rede municipal de saúde foi criticada por profissionais da própria Secretaria Municipal que temiam que tal expansão acarretasse uma queda na qualidade dos serviços oferecidos pelos postos de saúde.

De fato, a ampliação da rede municipal de saúde, cujo número de postos de saúde quadruplicara em dois anos, exigira a criação de alguns mecanismos institucionais que possibilitassem articular as atividades desenvolvidas nos diversos postos de saúde.

A leitura do Relatório Anual-1978 da Secretaria Municipal de Saúde sugere que a preocupação principal do Secretário de Saúde e de um grupo de profissionais desta Secretaria era "consolidar" o Programa de Saúde Comunitária como uma forma alternativa de serviços de saúde e demonstrar a "irreversibilidade" desta proposta. Com este intuito, em 1978, as atividades da Secretaria Municipal de Saúde foram dirigidas para a definição de mecanismos de articulação entre a Secretaria e os diversos postos de saúde, para a normalização e padronização das atividades desenvolvidas nos postos e para a formulação da política municipal de saúde da Secretaria.

Segundo este ponto de vista, o sucesso dos Programas de Atenção Primária dependia da existência das seguintes condições:

"Em resumo, um programa de Atenção Primária só terá su

(95) *Ibid.*, p. 34.

(96) *As características do processo de seleção de auxiliares de saúde serão discutidas no capítulo III.*

cesso e atingirá alguma irreversibilidade, na medida em que tenha a si mesmo como um modelo alternativo, e como tal, os postos devem configurar-se em uma rede com sólida uniformidade nos seus objetivos e programas básicos." (97).

No Relatório Anual de 1978, expunham-se as medidas tomadas naquele ano para dar continuidade à política da Secretaria. Entre as principais medidas adotadas, citava-se a "identificação de novas características para uma rede de postos (sic)" e a "uniformização conceitual e programática para a rede de postos". Segundo tal documento, o método utilizado para pôr em prática tais medidas foi a criação de três Comissões:

- uma Comissão de Representantes de Postos, encarregada da uniformização de aspectos conceituais e programáticos, de medicamentos, de materiais de consumo, de impressos e de fichas de cadastramento;
- uma Comissão para elaboração preliminar do documento "Política Municipal de Saúde e
- uma Comissão de Programação, Treinamento e Cadastramento, que foi absorvida pela Comissão de Representantes dos Postos, no final daquele ano, cujas funções não foram explicitadas nos documentos da Secretarias (98).

É importante esclarecer aqui, as dificuldades encontradas para examinar as medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde em 1978, em decorrência do emprego inadequado de certos termos e conceitos no próprio Relatório. Verifica-se, durante a

---

(97) *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual-1978, p. 31.*

(98) *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual-1978, p. 11.*

leitura, uma certa confusão na definição de fins e meios, uma vez que os primeiros são chamados de "medidas" e os meios de "métodos utilizados" para a consecução daqueles fins. Além disso, a leitura da totalidade do Relatório referente a 1978, sugere que a "identificação de novas características para uma rede de postos" representava na realidade a intenção de formular uma "política" para a reestruturação da rede, de acordo com o ideário da Atenção Primária da Saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde e difundido no Brasil a partir dos anos 70.

Além disso, foram contratadas três enfermeiras que, segundo se dizia no Relatório, "passaram a coordenar e assumir as atividades de recrutamento, seleção e educação em serviços do pessoal auxiliar, assim como participar gradativamente das previsões e distribuição de material de consumo, fluxos de mapas de produção, atendimento clínico, etc." (99). Ainda com o objetivo de uniformizar o trabalho na rede, foi realizado, através de convênio com o SENAC, um "Curso de Treinamento Sistematizado" para os auxiliares de saúde, nos meses de agosto, setembro e outubro de 1978. Ressalta-se no Relatório-1978 que "este curso proporcionou o primeiro reconhecimento oficial do Auxiliar de Saúde, como profissional da área de saúde." (100).

Dentre todas estas medidas adotadas, certamente a formulação do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" foi o acontecimento institucional mais destacado no Relatório Anual de 1978, já que a falta de definição clara sobre os objetivos

---

(99) *Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual-1978, p. 12. Na verdade, a atuação destes profissionais foi muito limitada no processo de seleção de pessoal, que era realizado predominantemente por médicos e por auxiliares de saúde (isto será discutido no capítulo III).*

(100) *Ibid., p. 12. Note-se que tal consideração não é pertinente, uma vez que até hoje (1988) o exercício profissional dos auxiliares de saúde não é reconhecido legalmente pelo Conselho Federal de Enfermagem. Esta questão será discutida no capítulo III.*

dos "Programas de Atenção Primária" era considerada, por um grupo de profissionais da Secretaria, um obstáculo para a continuidade dos programas e para sua consolidação como forma alternativa de prestação de serviços de saúde.

A versão preliminar do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" foi formulada por uma Comissão composta por dois médicos, dois auxiliares de saúde, uma enfermeira e pelo diretor do Departamento de Saúde Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde. Os dois médicos e os dois auxiliares foram eleitos, em Assembléia Geral, pelos demais funcionários dos postos de saúde. Após a conclusão dos trabalhos, a Comissão submeteu a versão preliminar do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" à aprovação de uma Assembléia Geral, constituída pelos funcionários dos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (101).

Conforme se declarava no Relatório Anual-1978, a definição de uma "política municipal de saúde" tinha por objetivo padronizar as atividades na rede municipal para que pudessem desenvolver uma programação "própria". Os dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde julgavam que a partir da definição desta "política" estariam criadas as condições para estabelecer mecanismos de integração com as demais instituições de saúde do setor público existentes no município. Havia uma clara intenção de aderir às propostas de reformulação dos serviços de saúde preconizadas nos Planos Nacionais, desde meados dos anos 70. A ênfase que se atribuía a formas democráticas de participação dos profissionais e dos auxiliares de saúde na elaboração dos programas e das "políticas" para o setor saúde, na Secretaria Municipal de Campinas,

---

(101) Cf. *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual-1978.* p. 15; Calzado Jr., Hindemburgo. *op. cit.*, p. 18-20.

expressou-se pela discussão coletiva da versão preliminar do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", em 1978.

Em tal documento, os técnicos aprimoraram a definição das estratégias da Secretaria Municipal de Saúde para organizar um serviço de atenção primária. No item "Conceito de Atenção Primária e caracterização dos serviços de saúde organizados a partir da rede de atenção primária", são relacionadas as principais características que, segundo entendiam, deveriam apresentar os serviços de saúde desta natureza: a democratização da atenção médica, a extensão da cobertura, a hierarquização dos níveis de atenção, a medicina integral e a participação comunitária (102).

Em relação à primeira característica, os autores do documento entendiam que, de acordo com aquela política municipal: "os serviços de saúde têm que ter uma ampla 'porta de entrada' que possibilite a todos os indivíduos a sua utilização, devendo funcionar dentro de uma estrutura integrada capaz de satisfazer a todas as necessidades desde a mais simples às mais complexas" (sic) (103). Sobre a segunda característica - extensão de cobertura e hierarquização - propunha-se a formação de um sistema de serviços de saúde, estruturado como uma pirâmide, cuja base corresponderia à atenção primária. Este nível de assistência deveria estender-se à população toda, tendo como principal função a promoção e proteção da saúde. Atenderia aos problemas mais simples e de maior prevalência. Enquanto isso, caberia aos níveis de atenção secundária e terciária, o atendimento aos problemas de maior complexidade que deveriam ser encaminhados pelo nível primário. A proposta da Secretaria Municipal de Saúde aponta como ponto fundamental para preservar os interesses da população, que a rede de

---

(102) *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Política Municipal de Saúde Comunitária. p. 1.*

(103) *Secretaria Municipal de Saúde, op. cit., p. 2.*

atenção primária sirva de "porta de entrada" ao sistema e que os critérios norteadores desse acesso não se baseiem em interesses econômicos, mas na complexidade do problema.

A terceira característica considerada nesta proposição era a medida integral. No documento, afirmava-se que a existência de serviços de saúde voltados aos interesses da população implicava na utilização desse tipo de medicina.

"A medicina integral é aquela que, procurando conhecer a história natural das doenças, integra, na sua prática, os quatro níveis de prevenção:

1. promoção da saúde ou prevenção inespecífica;
2. proteção ou prevenção específica;
3. diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação da invalidez;
4. reabilitação" (104).

No texto citado, explicava-se, ainda, o significado atribuído a cada nível de prevenção e indicava-se de que forma se daria sua execução:

"Primário: promoção e proteção à saúde,  
 Secundário: diagnóstico precoce e tratamento oportuno,  
 Terciário: limitação da incapacidade de reabilitação" (105).

Finalmente, como quarta característica era mencionada a participação comunitária.

"Somente na medida em que a população participe das de

---

(104) *Ibid.*, p. 3.

(105) *Secretaria Municipal de Saúde, Política Municipal de Saúde Comunitária*, p. 4.

cisões que a afetam, é que conseguiremos interpretar realmente os seus interesses e para isso precisamos buscar as formas adequadas de sua participação nos serviços de saúde, por exemplo, procurando contato com todas as organizações comunitárias, realizando em conjunto a análise dos problemas e programas de saúde" (106).

No mesmo texto, atribuíam-se aos serviços de saúde a função de "criar canais efetivos para que a população adquira os conhecimentos científicos, controle esses conhecimentos e disponha deles" (107). Salientava-se como um dever dos serviços de saúde a incorporação de conhecimentos e experiência popular às práticas de saúde desenvolvidas no mesmo. Enfatizava-se o papel da instituição na criação de canais para debate e crítica às políticas implementadas. Mas, dizia-se no documento, essa situação apenas se concretizaria se os profissionais de saúde adquirissem "a humildade dos que estão a serviço, perdendo a prepotência e a arrogância dos donos do saber" (108). Desejava-se que a equipe de saúde contribuísse para acabar com uma "falsa imagem" do posto de saúde, na qual se atribuiria a solução de todos os problemas às intervenções médicas. Para assegurar esse processo, propunham a participação da população e de seus representantes" nas atividades educativas, preventivas, de vigilância epidemiológica e avaliação dos programas e ações de saúde" (109). Dentro desse ponto de vista, os formuladores da política afirmavam que a defesa dos interesses populares implicava na demonstração de que saúde "... é um direito da população e não algo que lhe é dado por bene

---

(106) *Ibid.*, p. 4.

(107) *Ibid.*, p. 5.

(108) *Secretaria Municipal de Saúde, Política Municipal de Saúde Comunitária*. p.5.

(109) *Ibid.*, p. 5.

plácito, ..." (110).

Segundo o documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", dada a definição das quatro características - democratização da atenção médica, extensão de cobertura, medicina integral e participação comunitária - que deveriam distinguir um serviço de saúde voltado aos interesses da população - era necessário evitar e combater distorções tradicionalmente presentes em tais serviços. Portanto, nos serviços de Atenção Primária era preciso evitar:

- "a) A Tecnificação, sofisticação, especialização e encarecimento desnecessários e impostos pelos interesses dos fornecedores de equipamentos e medicamentos, pelos proprietários de grande parte das clínicas e hospitais, e pelo ensino médico especializado.
- b) A simplificação pura e simples, e que a pretexto de diminuir custos e estender a cobertura, na verdade pouco faz pela saúde da população, confunde a visão do problema e acaba por reconhecer e estabelecer uma medicina de baixa qualidade "para pobres" ao lado da medicina de luxo 'para ricos e parte dos previdenciários'" (111).

A partir dessa exposição de princípios, nos quais a política municipal deveria ser baseada, os formuladores do documento descreveriam o modelo de rede de serviços de atenção primária que se pretendia implantar:

---

(110) *Ibid.*, p. 5.

(111) *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Política Municipal de Saúde Comunitária.* p. 5.

"O modelo pretendido é constituído por uma rede de postos localizados na periferia, caracterizado pela execução de ações preventivas e curativas de nível simples, ..." (112).

Conforme tal documento, tais ações dirigir-se-iam às pessoas, ao meio e apoio às atividades. Para concretizá-las propunham:

- organização de programas de atenção médica integral, apropriados às diferentes faixas etárias;
- a discriminação das doenças a serem tratadas, conforme critérios de frequência, e técnica (diagnóstico);
- normatização de atividades a fim de implementar a delegação de funções aos atendentes para que pudessem identificar e tratar doenças mais frequentes;
- desenvolvimento de atividades educacionais junto à população;
- realização de visita domiciliar; obrigatória na alta por abandono;
- organização de estatísticas para avaliar desempenho (113).

Outro aspecto discutido com destaque no documento era a regionalização. Dizia-se:

"A reorganização dos níveis mais complexos dos serviços de saúde (Medicina Especializada e Hospitalar), deve basear-se em novo papel desses serviços perante a atenção Primária - eles devem estar organizados para

(112) *Ibid.*, p. 5.

(113) *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Política Municipal de Saúde. Comunitária*. p. 6-7.

complementar e apoiar o atendimento primário (sic)."  
(114).

Para implantar esse projeto de regionalização sugeriam a constituição de uma coordenação inter-institucional, composta pelo INAMPS, Prefeituras Municipais e escolas da área da saúde, coordenadas pela Secretaria Estadual de Saúde. Além disso, levantava-se a necessidade de organizar a produção de informações e de dados estatísticos que possibilitassem a avaliação periódica do sistema (115).

## 2.5. A Implantação da "Política Municipal de Saúde Comunitária"

A partir de 1979, a Secretaria Municipal de Saúde procurou implementar as proposições contidas no documento "Política Municipal de Saúde Comunitária". Nesse sentido, foram realizadas a ampliação do número de postos de saúde, a chamada reestruturação administrativa, as tentativas de integração com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o balanço da situação financeira da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, o Programa recebeu uma nova denominação: "Programa de Atenção Primária", o que leva a crer que persistia a indefinição conceitual pelo menos em relação ao nome do programa.

Diante da proposta de estender a cobertura dos serviços de saúde aos bairros da periferia de Campinas, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou o número de postos de saúde, que passaram de 14 em 1978 a 25 em 1979. O número de profissionais também apresentou um pequeno crescimento, possibilitando um acrés-

---

(114) *Ibid.*, p. 8.

(115) *Ibid.*, p. 8.

cimo de 37,5 % no número de atividades realizadas. Em 1978, de um total de 160 profissionais que trabalhavam nos postos de saúde, 37 eram médicos, 100 eram auxiliares de saúde e 23 pertenciam a outras categorias profissionais (enfermeiros, psicólogos e escriturários). Em 1979, o número total de profissionais passou para 191, dos quais 48 eram médicos, 120 eram auxiliares de saúde, permanecendo inalterado o número de profissionais pertencentes a outras categorias profissionais (116). A predominância quantitativa dos auxiliares de saúde em relação aos médicos e a outros profissionais sugere que a maior parte das atividades desenvolvidas nos postos eram realizadas pelos auxiliares de saúde.

Os dados existentes sobre a produção de serviços nos postos de saúde, em 1979, confirmam esta hipótese, conforme pode ser observado na Tabela VI.

TABELA VI

1979	TOTAL DE ATIVIDADES REALIZADAS	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	VACINAS	VISITAS DOMICILIARES
Janeiro	23981	5177	12517	6138	8
Fevereiro	18853	4211	9219	5297	57
Março	17738	3614	9110	4833	105
Abril	25102	5325	10818	8746	129
Maiο	27409	5373	11268	10512	164
Junho	27225	5202	12311	9449	179
Julho	29319	7026	15768	6106	306
Agosto	38750	8310	19071	10745	504
Setembro	35317	7425	7122	9855	851
Outubro	34614	7218	18540	8599	243
Novembro	28839	6667	15736	5593	678
Dezembro	25626	5719	12965	6395	382
Total	332773	71267	164445	92168	3679

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Relatório Anual de 1979.

Verifica-se que o número de atendimentos de enfermagem realizados por auxiliares de saúde era, geralmente, duas vezes maior do que o número de consultas médicas; e que a ampliação do número de postos de saúde, ao longo de 1979, foi acompanhada por um certo crescimento do número de atendimentos de enfermagem.

Além disso, pode-se notar que as visitas domiciliares e principalmente a vacinação, atividades usualmente realizadas por auxiliares de saúde, tiveram uma significativa participação na produção de serviços dos postos de saúde. Tal fato indica que as ações de saúde pública de caráter preventivo e alcance coletivo, classificadas como atividades tradicionais no discurso da Secretaria Municipal de Saúde, ainda apresentavam um papel importante nas atividades desenvolvidas pela rede de postos de saúde municipal.

Entretanto, a Tabela VII mostra que, entre 1978 e 1979, a ampliação do número de profissionais foi menor que a expansão do número de postos de saúde e houve um acréscimo de 37 % no número de atividades realizadas nos postos de um ano para outro.

TABELA VII

Análise Comparativa entre 1978 e 1979  
Total de Profissionais nos Postos Comunitários

	NÚMERO DE PROFISSIONAIS (A)	ACRÉSCIMO %	NÚMERO DE ATIVIDADES REALIZADAS (B)	ACRÉSCIMO %	ATENDIMENTO POR PROFIS- SIONAL/ANO (B/A)
1978 14 postos	160*	—	242038	—	1513
1979 22 postos	191**	—	332773	—	1742

\* 37 médicos, 100 auxiliares, 23 outros profissionais

\*\* 48 médicos, 120 auxiliares, 23 outros profissionais

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Relatório Anual-1979.

No final de 1978, um grupo de profissionais da rede de postos de saúde encaminhou ao Secretário da Saúde um documento denominado "Contribuição ao Documento Política Municipal de Saúde Comunitária", no qual manifestavam sua preocupação em relação à política de expansão da rede de serviços. Conforme Calzado Jr., neste documento o grupo denunciava a existência de "uma contradição entre a política expansionista e a garantia dos itens referidos nos objetivos do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" e afirmava que tal política não vinha sendo democraticamente discutida entre todos os profissionais da Secretaria (117). Segundo Calzado Jr., essas resistências internas somadas a problemas de ordem externa à Secretaria de Saúde provocaram a demissão do Coordenador do Programa de Atenção Primária (118).

Através da leitura do Relatório, percebe-se que, em 1979, a Secretaria Municipal de Saúde encontrou muitas dificuldades para dar continuidade ao "Programa de Atenção Primária", de acordo com o ideário do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária". O tom otimista que caracterizava as avaliações sobre o Programa, nos Relatórios dos anos anteriores, foi substituído por manifestações preocupadas com o aumento das dificuldades financeiras, com a insuficiência de recursos humanos e com a precariedade das condições materiais para manter o funcionamento dos postos de saúde (119).

Em março de 1979, a coordenação do "Programa de Atenção Primária" elaborou um diagnóstico da situação da rede de postos de saúde municipal. Através dele constatou que os principais problemas existentes nos postos de saúde eram: a carência de pes

(117) Hindemburgo Calzado Jr., A Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1977-1984, uma leitura. p. 21.

(118) Ibid., p. 21.

(119) Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual-1979, p. 17.

soal, a falta de equipamentos, de medicamentos e de material de escritório (impressos para boletins, relatórios, levantamentos estatísticos). Tendo em vista estes problemas, a coordenação decidiu que daria prioridade à contratação de médicos e auxiliares de saúde, à compra de equipamentos e à reforma de instalações (120).

Após a conclusão do diagnóstico, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a chamada reestruturação administrativa. Para tanto, a primeira medida adotada foi a estruturação do Serviço de Saúde da Comunidade. No Relatório Anual-1979, dizia-se o seguinte:

"A proposta inovadora do Programa de Saúde da Comunidade reside na participação popular e comunitária nas atividades realizadas. Por esta razão, visando garantir essa participação ampla, inclusive por parte dos profissionais de saúde que atuam nos postos periféricos e que no caso dos auxiliares, são recrutados no próprio bairro onde irão trabalhar, constituiu-se na estrutura funcional desta Secretaria uma Comissão que se reveste da maior importância: a Comissão de Representantes de Postos. Seu principal objetivo é estabelecer, junto à Coordenação, as diretrizes técnicas e políticas para o Programa de Atenção Primária" (121).

Na passagem, fica muito clara a contradição que havia em relação ao papel do auxiliar de saúde no Programa. Na verdade, a leitura tanto do documento "Política Municipal de Saúde" quanto dos Relatórios Anuais leva a crer que, na maior parte do tem-

(120) *Ibid.*, p. 30-33.

(121) *Ibid.*, p. 24. Como se pode perceber, na citação, a indefinição quanto ao nome do Programa é bastante freqüente nos documentos.

po, o auxiliar de saúde era idealizado como representante da população simplesmente por que era recrutado entre os próprios moradores do bairro assistido pelo programa. Além disso, a inexistência de canais oficiais de participação, que possibilitassem uma representação política das entidades do movimento popular nas instâncias deliberativas da Secretaria ou da Prefeitura Municipal de Campinas, limitava sobremaneira as possibilidades de intervenção da população sobre os rumos do Programa de Atenção Primária.

Entretanto, é inegável que houve participação dos auxiliares de saúde nas diversas Comissões que constituíam a chamada estrutura administrativa da Secretaria de Saúde. Mas não é isto que garante ao Programa um caráter inovador, uma vez que a participação de funcionários na gestão das organizações constitui um procedimento usual em certas correntes de Administração, por exemplo, na de Relações Humanas. No entanto, a possibilidade de haver uma intervenção do funcionário nas decisões tomadas a nível de direção também era limitada, pois a dotação de recursos financeiros para tais programas não contava com a sua participação.

No Relatório Anual de 1979, o Secretário da Saúde assinalava que: "A Secretaria de Saúde solicitou Cr\$ 32.972.000,00, recebeu Cr\$ 30.617.000,00 e gastou apenas Cr\$ 3.829.000,00 durante 1979 com a manutenção de todas as atividades da Secretaria, o que representava apenas 12,5 % do total fixado em orçamento" (122).<sup>1</sup> A tabela VIII demonstra como foram realizados estes gastos:

---

(122) Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual-1979. p. 6.

Previsão Orçamentária, Orçamento Programa,  
Despesas Empenhadas e Percentual das Despesas

UNIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE	SOLICITADO Cr\$	CONCEDIDO Cr\$	DESPESAS ** EMPENHADAS	%
Direção e Administração	276.000,00	276.000,00	65.000,00	23,5
Assistência Comunitária	5.450.000,00	4.095.000,00	2.708.000,00	66,0
Assistência Médico-Dentária	2.000.000,00	1.000.000,00	469.000,00	32,0
Assistência Médico-Escolar	610.000,00	610.000,00	158.000,00	25,9
Fiscalização e Inspeção Sanitária	760.000,00	760.000,00	221.000,00	29,0
Erradicação das Doenças Transmissíveis	360.000,00	360.000,00	20.000,00	5,5
Defesa Sanitária Animal	300.000,00	300.000,00	132.000,00	21,0
Construção de Postos	5.200.000,00	5.200.000,00	—	—
Canalização de Córregos	4.000.000,00	4.000.000,00	—	—
Construção Central de Frios	10.000.000,00	10.000.000,00	—	—
Construção de Câmara Fria	100.000,00	100.000,00	—	—
Aquisição de Veículos	1.100.000,00	1.100.000,00	—	—
Convênio Hospital Mário Gatti	600.000,00	600.000,00	—	—
Convênio UNICAMP-Materni- dade de Campinas	300.000,00	300.000,00	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>32.972.000,00</b>	<b>30.617.000,00</b>	<b>3.829.000,00</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório Anual de 1979. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

\* Os espaços assinalados com (—) representam despesas que eram realizadas por outros órgãos da Prefeitura, embora fossem incluídas no Orçamento do Município como despesas da Secretaria de Saúde.

\*\* Despesas Empenhadas significa que essas eram as quantias efetivamente re passadas a Secretaria de Saúde.

Conforme indica a Tabela VIII, a Secretaria de Saúde não pode concretizar os projetos de compra de veículos (para transporte de pacientes, materiais) nem de construção de novos postos de saúde (a maioria deles funcionava em prédios cedidos ou alugados) por falta de verbas. A previsão para 1980 era de que o Programa continuaria enfrentando as mesmas dificuldades financeiras, pois da verba destinada à saúde no Orçamento Programa da Prefeitura para 1980, somente uma pequena porcentagem seria efetivamente repassada à Secretaria de Saúde.

De fato, em 1980, o orçamento da Secretaria recebeu um pequeno acréscimo para dar continuidade às atividades específicas (14,4 %), enquanto as outras atividades incluídas no Orçamento como sendo afetadas à Secretaria de Saúde, mas que na realidade eram realizadas pela Secretaria de Obras (canalização de córregos), pelo Hospital Mário Gatti e pelo Convênio UNICAMP/Maternidade de Campinas receberam um acréscimo de 446,5 % (123).

Além disso, da pequena parcela do orçamento da Secretaria de Saúde destinado ao Programa de Atenção Primária, em 1979, 88,8 % eram gastos com despesa de pessoal, como mostra a Tabela IX.

TABELA IX

Gastos da Secretaria de Saúde com o Programa de Medicina Comunitária - 1979

Pessoal	17.000.272,00	88,7 %
Aluguel	881.688,00	4,6 %
Material de Consumo	1.293.072,00	6,7 %
Total	19.180.032,00	100 %

Fonte: Relatório Anual de 1979 da Secretaria de Saúde.

\* São foram encontrados dados sobre os gastos com o Programa de Medicina Comunitária para o ano de 1979.

As dificuldades financeiras por que passou o Programa de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde, nos anos de 78 e 79, mostram que nenhuma prioridade lhe era atribuída pelo poder Municipal. A política de "máximo benefício social" mostrava-se contraditória com o descaso que se tinha por programas "teoricamente" destinados a segmentos da população, desassistidos pelas instituições médicas estatais. Ao que parece, o desenvolvimento do programa, mesmo com poucos recursos e funcionando precariamente, trazia vantagens para a administração municipal. O discurso da participação comunitária caía como luva para garantir um mínimo de legitimidade aos grupos locais no poder. Como se viu, até mesmo a seleção de auxiliares de saúde nos bairros da periferia de Campinas servia à obtenção de apoio da população, dando-se a impressão de que esta participava do programa ao serem contratados alguns de seus representantes para o trabalho nos postos de saúde. Além disto, não se acrescentou nenhum outro canal institucional de representação popular nas instituições de Estado, naquele período.

A preferência da administração municipal por destinar parte de seu orçamento à canalização de córregos e a algumas obras de saneamento e aos convênios com o Hospital Municipal aponta a direção imprimida ao tratamento dos problemas de saúde. O fato das verbas serem destinadas a um determinado órgão, mas, na realidade, serem geridas e gastas por outros, indica a inexistência de uma política municipal de saúde. Havia, isso sim, programas e medidas tomadas de forma desarticulada e que privilegiavam certas atividades, dentre elas a assistência médica de caráter curativo. A injeção de verbas no Hospital Municipal, num montante tão elevado proporcionalmente ao que era gasto com a rede de postos de Atenção Primária, fez com que a política do município

coincidissem com a política federal.

O governo federal estimulava a expansão de serviços de saúde de maior complexidade (as unidades hospitalares), seja do setor privado ou do público, através do Ministério da Previdência Social. Justamente por participarem do processo de capitalização da medicina, através do consumo de medicamentos e equipamentos médicos, os hospitais da rede pública tornavam-se atrativos. Além disso, possibilitavam ao INAMPS um maior controle dos gastos com internações e intervenções médicas desnecessárias, condição impossível de ser realizada no setor privado, que tinha, nessas atividades, uma das principais fontes de lucro.

A dotação orçamentária mais elevada que o hospital recebia em relação à que era gasta com o programa de Atenção Primária aponta para a semelhança existente entre a política da Prefeitura e a do Governo Federal.

Outra particularidade que também explica a pobreza dos programas municipais é a questão tributária. Sabe-se que, no Brasil, as verbas obtidas nos municípios dificilmente permanecem nos mesmos. Após 1964, o modelo centralizador, adotado pelo regime militar, retirava dos municípios sua autonomia política e financeira. Com isso, as Prefeituras têm enfrentado problemas sérios para atender os encargos sociais que lhes competem, cuja demanda provém, na maior parte das vezes, dos movimentos sociais urbanos, que têm os diversos meios de consumo coletivo como integrantes de sua pauta de reivindicações. Apesar disso, não se pode negar que o Programa de Atenção Primária, efetivamente, não se constituía em prioridade no interior da Prefeitura.

Associada à questão orçamentária e à falta de prioridades para a assistência médica oferecida pela rede pública, os convênios firmados entre Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social e o Hospital Municipal implicavam uma expansão da rede de serviços básicos, mas não asseguravam condições materiais, nem contratação de pessoal para o seu funcionamento. Enquanto os Planos e Programas de Governo previam a criação do Sistema Nacional de Saúde, enfatizavam a importância das ações básicas e uma integração entre instituições responsáveis pela assistência de diferentes níveis de complexidade, na prática, os convênios não se viabilizavam por falta de verbas, que eram canalizadas para o setor privado. É preciso considerar também que os convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e as Prefeituras faziam parte de uma estratégia utilizada pelo primeiro para estimular o desenvolvimento de experiências alternativas de assistência médica, pois a crise financeira que a Previdência Social passou a enfrentar a partir de 1980 (124) exigia a adoção de formas de organização de serviços médicos com custos financeiros mais baixos, paralelamente a uma maior extensão de cobertura de serviços.

Em 1980, como resposta à crise financeira por que vinha passando a assistência médica previdenciária, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, conhecido como PREV-SAÚDE. Em sua versão preliminar, ele propunha a extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população, a partir da reorganização do setor público de saúde, da articulação de suas instituições e da racionalização da prestação de serviços. Previa, ainda, a melhoria das condições ambientais através da construção de redes de saneamento básico para diminuir a propagação das doenças transmissíveis (125). O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde foi

- 
- (124) *Sobre a crise da medicina previdenciária nos anos 80, consultar Teixeira, S.M.F.; Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo à frente ou dois atrás? Revista de Administração Pública. 19(1):52.*
- (125) *Paim, J.; As Políticas de Saúde e a Conjuntura Social. Revista Saúde em debate (15):10.*

formulado por uma Comissão Interministerial, composta por representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde.

Na 7.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, foi explicitamente afirmado que o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde não envolveria as instituições do setor privado, uma vez que se tratavam de organizações "independentes". Neste evento, foi apresentado o "núcleo comum de ações", sobre as quais as diretrizes do programa deveriam ser baseadas, que incluía: imunizações, vigilância epidemiológica, saneamento básico, educação sanitária, participação comunitária no controle de endemias prevalentes, melhoria da alimentação, tratamento de afecções mais comuns para os grupos socialmente vulneráveis, através da criação de uma rede básica de serviços (126). No mesmo encontro, as discussões sobre a formação de pessoal de saúde para ser utilizado nos serviços básicos, a participação do Ministério da Educação e Cultura nesta preparação, bem como a crise financeira do Ministério da Previdência e Assistência Social e a necessidade de criar serviços de custos mais baixos ocuparam um lugar de destaque.

Após a 7.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, a primeira versão do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde circulou pelas diferentes instâncias de decisão nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social e entre algumas entidades da sociedade civil. Nesta trajetória, o documento recebeu poucos elogios e muitas críticas. A resistência oferecida à implantação do programa veio, principalmente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), todos eles comprometidos

---

(126) Ministério da Saúde. Relatório da 7.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, p. 5.

com o processo de privatização da assistência médica no Brasil, após 1964. O Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, Harry Graef, alegava que a aprovação e implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde significaria um avanço das Secretarias Estaduais e Municipais no controle da oferta de serviços de saúde, ao passo que a atuação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, nesta área, seria restringida pelo programa, pois destinar-se-ia àquele apenas a função de articulação com o setor privado e o manejo de recursos financeiros (127). A possível extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e sua subordinação ao Ministério da Saúde também não era aceita pelo Presidente deste Instituto.

Associadas às posições defendidas pelos dirigentes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social estavam as Associações Médicas e a Federação Brasileira de Hospitais que viam, no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, uma restrição ao crescimento do setor privado e, até mesmo, um estímulo à estatização do setor saúde. A Associação Brasileira de Medicina de Grupo chegou a sugerir que as unidades de medicina de grupo constituíssem a "porta de entrada" para o complexo médico-empresarial (128).

A pressão política exercida por essas entidades junto com alguns órgãos do governo federal sobre a Comissão Interministerial do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, provocou reformulações no texto original. A segunda versão do anteprojeto excluía a proposta de tornar a rede básica de serviços como única porta de entrada para o sistema de saúde. A forma de

---

(127) NEPP-IE-UNICAMP. *Brasil 1985. Relatório sobre a Situação Social do país*. p. 137-138.

(128) *Ibid.*, p. 138.

articulação entre setor público e privado na oferta de serviços de saúde não ficava definida, nem se especificava a necessidade de expansão das redes de serviços estaduais e municipais. A política de Recursos Humanos, que na primeira versão do ante-projeto previa a proibição da dupla militância dos profissionais, garantindo um aumento da produtividade no setor público, não era sequer mencionada. A universalização da assistência, no ante-projeto assumido pelo governo, limitava-se aos serviços englobados pelo PREV-SAÚDE. A participação comunitária tornava-se meramente discursiva. Na segunda versão, retirava-se das Secretarias Estaduais a função de coordenação executiva e da Comissão Interinstitucional de Planejamento Estadual (CIPE), a gestão de recursos financeiros. Com isso, mantinha-se o esquema de repasse de verbas, o que significaria a continuidade da centralização desta atividade no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (129).

A implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde foi inviabilizada devido às pressões dos representantes do setor privado na saúde; à falta de apoio político das instituições de saúde do setor público, descontentes com o processo autoritário e tecnocrático que caracterizou a formulação do Programa; à contenção de despesas governamentais em saúde, associadas à recessão econômica que atingiu o país nos anos 80 (130). O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde representou a abe-

(129) *Ibid.*, p. 139. O termo dupla militância era utilizado para designar profissionais que exerciam atividades em diversas instituições.

(130) Outras análises relativas a aspectos que inviabilizaram a implementação do Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde podem ser encontradas em: Teixeira, S.M.F., *Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?* *Revista de Administração Pública*, 19(1):52, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - UNICAMP - Brasil 1985. *Relatório sobre a Situação Social do País*, p. 139. Gentile de Mello, Carlos. *PREV-SAÚDE vida, paixão e morte*. *Saúde em Debate*, (12):25-26; Oliveira, Jaime. *Em defesa do PREV-SAÚDE*. *Saúde em Debate*, (11):38-44.

tura de um espaço de discussão dos Planos Governamentais de Saúde pelas entidades da Sociedade Civil, vinculadas aos movimentos populares e às associações de categorias profissionais da saúde, embora suas sugestões não tenham sido acatadas. Assim, prevaleceu a pressão política exercida pelos representantes do setor privado, que não tinham interesse em mudanças na orientação das políticas de saúde. Além disso, a fragilidade das organizações populares e a inexistência de canais institucionais de representação para estes segmentos enfraquecia o seu poder de negociação.

Assim como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o "Programa de Atenção Primária" de Campinas teve de enfrentar embates com forças políticas que representavam diferentes projetos de organização de serviços médicos. Dedicando-se ao estudo da política institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, de 1977 a 1984, Hindemburgo Calzado Jr. constatou que o período que vai de meados de 1979 a maio de 1981 foi marcado por sucessivas crises institucionais na Secretaria Municipal de Saúde, motivadas por determinações de caráter econômico e político. Segundo Calzado Jr.,

"No plano econômico, pela situação de crise financeira do Estado que gerava a necessidade - em uma perspectiva racionalizadora da administração pública - de corte nos quadros funcionais e nos gastos das instituições locais de saúde, levando a tentativas meramente circunstanciais e imediatistas de integração interinstitucional para superar a crise. No Plano político, as condições propícias pelo processo de abertura favoreceram a emergência, com maior clareza, das várias linhas político-partidárias, de suas perspectivas de ação e de seus projetos de hegemonia e aproximação do

poder local" (131).

Assim, a primeira destas crises iniciou-se em dezembro de 1979, quando o Prefeito em exercício, José Roberto Magalhães Teixeira, demitiu a maioria dos profissionais de saúde de nível superior da Secretaria de Saúde, sob a alegação de que havia necessidade de conter despesas da Prefeitura com pagamento de funcionários. Entretanto, a decisão do Prefeito teve de ser revogada diante da mobilização organizada pelos funcionários da Secretaria de Saúde e das pressões realizadas por diversas entidades da sociedade civil: associações profissionais, associações de moradores, centros acadêmicos, sindicatos (132). Note-se que se tais demissões efetivamente tivessem ocorrido, o atendimento nos postos de saúde da rede seria realizado quase exclusivamente pelos auxiliares de saúde.

A segunda crise foi ocasionada pela forte resistência de funcionários da Secretaria de Saúde e dos alunos e docentes da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP a firmar um convênio entre esta e a Prefeitura de Campinas. O convênio previa a utilização da rede de postos de Atenção Primária como campo de estágio para estudantes e residentes de medicina e enfermagem, num momento em que o Hospital Universitário estava sendo desativado por falta de recursos financeiros. Mas, diante da polêmica que se criou em torno do convênio, que passou a ser discutido inclusive nos dois principais jornais de Campinas, o projeto que o regulamentava acabou sendo retirado da Câmara Municipal (133).

A terceira crise ocorreu em 1980, quando, durante a re-

---

(131) Calzado Jr., Hindemburgo. A Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1977-1984. Uma leitura. p. 10.

(132) Ibid., p. 22-27.

(133) Calzado Jr., H.; A Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1977-1984, uma leitura. p. 32-45.

forma partidária o Prefeito Francisco Amaral e a quase totalidade do seu secretariado, exceto o Secretário da Saúde, Sebastião de Moraes, e o vice-prefeito, José Roberto Magalhães Teixeira, filiaram-se ao Partido Popular. Os demais secretários consideraram o ato do Secretário da Saúde uma insubordinação ao prefeito e o acusaram de incitar os movimentos populares contra a administração municipal. Em 1981, diante do afastamento de Francisco Amaral, o vice-prefeito Magalhães Teixeira assumiu o cargo de titular e deu posse a um novo Secretário da Saúde, Plutarco Rodrigues Lima, em substituição a Sebastião de Moraes, o que provocou intensos protestos por parte dos funcionários da Secretaria de Saúde, preocupados com as modificações que seriam introduzidas no Programa de Atenção Primária (134). De fato, o novo secretário procurou introduzir mudanças: propôs a criação de mini-postos, em que seriam utilizados trabalhadores voluntários sem remuneração; a constituição de comissões de saúde, que teriam a função de fiscalizar os postos; a extinção do sistema de coleta de dados implantado em 1978, que era considerado muito oneroso (135). Segundo Calzado Jr. apenas a extinção do sistema de coleta de dados foi posta em prática, apesar da discordância dos funcionários da rede. Calzado enfatiza que, até o início de 1983, nada foi feito para melhorar a organização da rede e simplesmente deu-se continuidade ao trabalho rotineiro dos postos de saúde.

Diante dos fatos que Hindemburgo Calzado Jr. expõe, não há dúvidas de que as sucessivas crises por que passou a Secretaria Municipal de Saúde devem ter contribuído para agravar ainda mais os problemas que o Programa de Atenção Primária enfrentava ao longo de 79 e 80. Além disso, o fato de as Comissões

---

(134) *Ibid.*, p. 27-65.

(135) *Ibid.*, p. 65-72.

criadas em 1979 não terem sido incorporadas oficialmente no programa da Prefeitura possibilitou a desativação dos processos de seleção e treinamento nos moldes em que vinham sendo realizados até 1980 (136).

2.5. As Tentativas de Integrar Diferentes Instituições de Saúde em um Mesmo Projeto: O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social e o Prô-Assistência I

Em maio de 1982, o Governador do Estado de São Paulo, Paulo Salim Maluf, e o Secretário da Saúde, Adib Jatene, publicam o Decreto nº 18.844, que prevê a criação do Projeto Pioneiro de Integração Docente-Assistente, ou Prô-Assistência (137). Faziam parte do mesmo diversas instituições de saúde e educação, dentre elas o Hospital das Clínicas da UNICAMP, a Secretaria da Saúde do Estado. Instalado em Campinas, o projeto serviria como modelo para implantação de uma rede de serviços no Estado e seus resultados serviriam de subsídios para a formulação de uma política de saúde estadual.

Ainda naquele ano, constituiu-se um colegiado Inter-Institucional, composto por representantes da UNICAMP, PUCCAMP, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e Agência local do INAMPS (138). Seu objetivo era definir as bases da hierarquização, integração e regionalização dos serviços de saúde existentes no município, bem como aprovar projetos elaborados pela Secretaria Executiva e decidir sobre aplicação de subsídios.

Os princípios e objetivos gerais que orientaram a cons

(136) Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas, p. 32.

(137) Cf. Calzado Jr., Hindemburgo, op. cit., p. 73.

(138) Ibid., p. 73-75.

tituição do Prô-Assistência I, que segundo Calzado Jr., passou a ser implantado efetivamente a partir de 84, são:

Objetivos Gerais:

1. melhoria da qualidade da Assistência Médica no Município de Campinas;
2. cobertura assistencial em igualdade de condições a toda a população que necessita do Serviço Público no Município de Campinas;
3. possibilitar o planejamento e a avaliação da Assistência Médica no Município de Campinas pelo conjunto das Instituições que integram o Prô-Assistência I, evitando paralelismo e duplicidade de atendimento e respeitando parâmetros assistenciais aceitáveis.

Princípios Gerais:

1. organização dos Serviços de Saúde a partir dos critérios de regionalização, hierarquização e integração;
2. utilização plena das potencialidades da rede pública;
3. integração programática crescente entre as instituições envolvidas, incluindo a integração Docente-Assistencial (139).

O projeto proposto pelo Governo do Estado de São Paulo ressaltava aspectos importantes com respeito à orientação das políticas de saúde, a nível nacional, e a necessidade de responder a especificidades regionais; contudo, é certo que o Prô-Assistência foi concebido como uma resposta à crise financeira das ins-

---

(139) *Ibid.*, p. 77, 78.

tituições públicas de saúde e a recessão econômica pela qual atravessava o país. Além, a crise financeira, pela qual passavam os serviços de saúde, aprofundou-se, ainda mais, diante da carência de recursos orçamentários às ações de saúde, desenvolvidas pelas instituições públicas em âmbito municipal, principalmente após 1964. Um exemplo disto pode ser confirmado pelo exame dos gastos com saúde e saneamento realizados pela Prefeitura Municipal de Campinas, no período compreendido entre 1977 e 1986, conforme mostra a Tabela X, onde se pode verificar que uma parcela muito pequena do orçamento era destinada à saúde.

TABELA X

Porcentagem dos Gastos Globais  
da Prefeitura Municipal de Campinas com Saúde e  
Saneamento - Período 1977-1986

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
%	2,1	2,9	3,7	4,2	3,9	4,8	4,4	4,0	3,8	3,4	3,3	4,1

Fonte: Secretaria Municipal de Finanças. Prefeitura Municipal de Campinas.

No caso do Estado de São Paulo, o desdobramento das crises financeiras que atingiram as instituições públicas de saúde, no início dos anos 80, ganhou contornos específicos, em decorrência das peculiaridades que diferenciavam a economia e a oferta de serviços médicos em São Paulo dos demais estados da Federação e fez com que se escolhesse Campinas para implantação de um projeto que significava a racionalização (ou diminuição?) dos gastos em saúde.

Conforme era justificado no projeto do Prô-Assistência, o fato de ser um município próximo a São Paulo, em franco proces

so de urbanização e industrialização, possibilitou que em Campinas se formasse uma oferta numerosa de serviços de saúde privados e públicos, de diferentes níveis de complexidade (140). A existência de uma rede municipal de postos de Atenção Primária, de Centros de Saúde da Secretaria Estadual, do Hospital Municipal e do Hospital Universitário e as tentativas de articulação entre estas organizações do setor público, embora dificilmente efetivadas, criavam um campo fértil para o surgimento de propostas de racionalização. Baseadas na hierarquização das redes e na colaboração entre as instituições públicas, através do estabelecimento de convênios, as tentativas de integração inter-institucional e as propostas de racionalização, significaram uma possibilidade de somar esforços para atender a demanda de serviços de saúde, já oferecidos à população, bem como de alcançar uma contenção de gastos por parte do Estado e do Município, cujos cofres públicos encontravam-se em "deficit", agravado pela recessão econômica. Além disso, deve-se levar em conta que 1982 tratava-se de um ano de eleições para os cargos de Governador e Prefeitos em pleno processo de "abertura política". Os partidos de oposição dirigiam suas críticas ao Governo, salientando o descaso do mesmo com a implementação de políticas sociais.

Tal situação econômica e política forçou o Governo Estadual a promover uma integração entre instituições com lógicas diferentes e enfatizar a atenção primária de saúde. Num país em que a orientação da política de saúde favorecia a expansão e o financiamento da rede privada, restava ao setor público injetar a porção que lhe restava da receita orçamentária nos serviços próprios. O fato de se destinar uma porcentagem mínima do orçamento

---

(140) *Programa de Integração, Hierarquização e Regionalização dos Serviços e Instituições de Saúde na Região de Campinas, SP. Pró-Assistência I - Ante-projeto. p. 2-3.*

ã área social, implicava em reduzir os custos do serviço e daí o estímulo à expansão do atendimento primário nas redes estaduais e municipais.

A Tabela XI ilustra a situação em que se encontrava a oferta de serviços de saúde em Campinas, em 1982, ano em que foi criado o Prô-Assistência I.

TABELA XI

Média Mensal de Consultas Realizadas pelos Serviços de Saúde no Município de Campinas - 1982.

SERVIÇOS DE SAÚDE	CONSULTAS REALIZADAS	
	NÚMERO	%
I. Próprios do INAMPS	52393	20,9
II. Contratados	67391	26,9
. Hospitais	57670	23,9
. Ambulatórios	9721	3,0
III. Conveniados	24402	9,8
. Hospitais	912	0,4
. Ambulatórios	23490	9,4
IV. UNIMED	36776	14,7
V. Universidades	33424	23,5
. UNICAMP	17974	7,1
. PUCCAMP	15450	6,2
VI. Rede Básica	35938	24,4
. Prefeitura	23639	9,2
. Estado	10327	4,1
. PUCCAMP	2572	1,1

Fonte: Prô-Assistência I, 1983.

Extraído de: Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde - Campinas - 1985.

A partir dos dados expostos na Tabela X, vê-se que a Rede Básica (composta pelos postos de Saúde da Secretaria Municipi

pal de Saúde e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e pelos Centros de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde) era responsável por apenas 14,4 % das consultas médicas realizadas em Campinas, em 1984, ao passo que 85,8 % da totalidade das consultas realizadas no mesmo ano couberam a altas instituições. Note-se, também, que os hospitais contratados e os serviços próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ocupavam um lugar importante na oferta de serviços médicos no município, além dos ambulatórios conveniados e da UNIMED.

Quanto aos atendimentos realizados pela Rede Básica, a investigação feita pelas diversas instituições que integravam o Prô-Assistência I mostra os seguintes dados, expostos na Tabela XII.

**TABELA XII**

Médias Mensais de Atendimentos Realizados pela Rede Básica de Saúde Segundo as Faixas Etárias - Campinas 1982

REDE BÁSICA	CRIANÇAS						ADULTO		GESTANTE		TOTAL	
	0-1 a		1-14 a		Total		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
Prefeitura	5437	23,6	8087	35,1	13542	58,7	8386	36,4	1129	4,9	23039	100,0
Estado	4632	44,9	2516	24,4	7150	69,3	2334	22,6	843	8,1	10327	100,0
Total	10071	30,2	10603	31,8	20674	62,0	10720	32,2	1972	5,8	33366	100,0

Fonte: Prô-Assistência I

Os dados apresentados na Tabela XII indicam que 62,0 % dos atendimentos da Rede Básica, dirigiam-se às crianças, sendo que, destes, 58,7 % eram realizados em postos de saúde da Prefei

tura e 69,3 %, por Centros de Saúde do Estado, o que significa que as atividades dirigidas à faixa etária de 1 a 14 anos tinham um peso maior nas consultas realizadas nas unidades do Estado. No entanto, a participação dos atendimentos ao grupo materno-infantil nas atividades da Secretaria Municipal de Campinas, em 1982, era bastante expressiva, tal como se apresentara no período de 1977 a 1980. Por outro lado, o número de atendimentos dirigidos ao adulto foi maior nos postos municipais, do que nas unidades do Estado, o que pode ser atribuído à existência de Programas específicos para assistência a hipertensos e diabéticos.

Convém ressaltar que uma análise mais detalhada dos desdobramentos tomados pelo Prô-Assistência I, em Campinas, tornou-se difícil em decorrência da pequena quantidade de dados que se possuía, principalmente na Secretaria Municipal de Campinas, até a época em que se concluiu a coleta de dados (março de 1987) para a presente pesquisa. Porém, como este estudo tem como tema principal o exame das práticas educativas desenvolvidas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas com o intuito de prepará-los para implementar as políticas adotadas por aquela instituição, no período compreendido entre 1977 e 1986, entendeu-se que a existência de poucos dados referentes aos resultados obtidos por tal programa, embora prejudicial, não inviabilizaria a consecução do objetivo citado, uma vez que o foco de interesse eram as alterações acaso introduzidas no processo de seleção e treinamento para auxiliares de saúde, a partir da implantação do Prô-Assistência I.

Para realizar a discussão das condições que possibilitaram a criação do Prô-Assistência, impõe-se a questão da articulação com o nível federal. É necessário ressaltar que a formulação do Prô-Assistência antecede a do Plano de Reorientação

da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado em agosto de 1982, demonstrando o paralelismo que havia na formulação de estratégias para solucionar a crise financeira em que se encontrava o setor saúde, desde o início dos anos 80. Tanto o Prô-Assistência quanto o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social falavam em articulação e integração, sem considerar que, na prática, cada instituição continuasse levando seu trabalho independentemente (141).

Formulado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, criado em setembro de 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social anunciava ter por finalidade reverter o modelo médico-assistencial da Previdência Social para garantir:

- "- Melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população; pelo INAMPS, direta ou indiretamente;
- Cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda população rural e urbana;
- Planejamento da assistência à saúde, (...), respeitadas as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo;
- Aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social, com racionalização das formas de prestação de serviço." (142).

(141) Tal fato era, constantemente, motivo de críticas e preocupações expressas, inclusive, nos próprios Documentos das diferentes instituições envolvidas no Prô-Assistência. Cf. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde - Campinas. p. 12-14.

(142) CONASP. Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. p. 25.

Analisando a proposição oficial do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, Sônia Fleury Teixeira identifica quatro linhas prioritárias de ação para que fosse implementada a Reorientação da Assistência:

1. Implantação de um novo sistema de contas (Autorização de Internações Hospitalares) pagas aos Hospitais contratados;
2. Implantação de um programa de ativação e integração de serviços de saúde do setor público (Ações Integradas de Saúde - AIS);
3. Implantação de um programa de racionalização ambulatorial, voltado para aspectos gerenciais necessários ao aumento da resolutibilidade das consultas e diminuição dos custos de atendimento nos ambulatórios do INAMPS;
4. Implantação de uma política de valorização dos recursos humanos, buscando melhorar o nível salarial, oferecendo uma carreira atrativa e a responsabilidade de uma única vinculação trabalhista para os médicos." (143).

A primeira destas linhas de ação, a Autorização de Internações Hospitalares - AIH -, concentrou os esforços e a atenção do Ministério da Previdência e Assistência Social no primeiro momento. Conforme explica Teixeira, tal empenho decorreu da necessidade de controlar os gastos com assistência médica hospitalar, que consumiam 60 % do orçamento do INAMPS em 1982, passando a 54,3 % em 1983. A expectativa era de que as medidas adotadas, a

---

(143) Teixeira, Sônia M.F. *Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?* Revista de Administração Pública, 19(1):54.

partir do Plano de Reorientação da Saúde no Âmbito da Previdência Social, reduzissem a 50 % a despesa do órgão com pagamento de serviços contratados. Nesse sentido, parece que seu significado foi maior em termos de redução de custos do que em termos de reorientação política, uma vez que um grande montante de verbas continuava sendo transferido do setor público para o privado, através do pagamento das internações (144).

Devido à importância que representou como estratégia de organização da rede de serviços públicos, a segunda linha de ação, proposta pelo Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, as "Ações Integradas de Saúde" - AIS - será analisada com maior detalhamento. Conforme verifica-se em sua proposição, o Programa de Ações Integradas de Saúde tinha como finalidade modificar a forma de relacionamento entre as diversas organizações públicas, envolvidas na prestação da assistência médica. Instituído pela Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), de nível federal, procurava-se, através do "Ações Integradas de Saúde" (AIS), "articular os serviços públicos através de convênios firmados entre a Previdência Social e as Secretarias de Saúde" (145). No Plano de Reorientação da Assistência, previa-se o município de Campinas como uma das regiões em que, a médio prazo, pretendia-se firmar tal convênio (previsto para discussão ao longo de 1983) (146).

Os principais objetivos que o Programa pretendia alcançar eram: a estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto

(144) Em Campinas, por exemplo, em 1984, da totalidade dos gastos do INAMPS, 62 % foram com Hospitais Privados, 22 % foram para os ambulatórios privados, 12 % para ambulatórios próprios e 4 % para outros serviços. Cf. Núcleo dos Trabalhadores em Saúde do PT - Proposta Preliminar de um programa de governo para a área de Saúde para o Partido dos Trabalhadores - Campinas. p. 9.

(145) Teixeira, Sônia. op. cit., p. 55.

(146) CONASP, op. cit., p. 32.

grau de resolutividade; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; valorização dos recursos humanos; planejamento da intervenção através do desenvolvimento de parâmetros técnicos e financeiros adequados às condições locais e desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços locais e regionais (147). Cabia ao "Ações Integradas de Saúde" implementar diretrizes, algumas já estabelecidas em Planos anteriores, tais como, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que não haviam sido viabilizadas, ao mesmo tempo que introduzia novas idéias. Baseada em pronunciamento do Presidente do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, Prof. Aloysio de Salles Fonseca, na CPI do Senado sobre Previdência Social, em meados de 1983, Sônia Fleury (148) considera que o Programa de Ações Integradas de Saúde recupera diretrizes propostas como necessárias para proceder à modificação do modelo atual de assistência médica. Eram elas:

- integração institucional entre as organizações do setor público, tendo o setor privado sido articulado técnica e funcionalmente com o primeiro;
- integralidade das ações, superando a dicotomia entre os aspectos preventivo e curativo;
- regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados, prevendo os serviços públicos primários como a "porta de entrada" preferencial do sistema;
- definição de mecanismos de referência e contra-referência;
- utilização prioritária da rede pública (149).

---

(147) NEPP-UNICAMP, *op. cit.*, p. 144.

(148) Teixeira, Sônia M.F. *op. cit.*, p. 55.

(149) *Ibid.*, p. 55.

Deste modo, a intenção principal que se pode extrair das diretrizes e objetivos apresentados acima é a de disciplinar as relações entre os serviços públicos, na direção de uma racionalização que significa contenção de gastos e sua aplicação de forma racional, evitando-se a justaposição das ações. Entretanto, ainda não se definia de modo claro e preciso como se daria a articulação com o setor privado, responsável pela maior das ações de nível de complexidade secundário e terciário. Tanto é que até 1986, durante a realização da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, o problema do relacionamento entre setor público e setor privado ganhava o centro das discussões. Sem contar a resistência e a oposição feita pelas entidades representantes do setor privado ao "Ações Integradas de Saúde", por elas considerado uma estratégia para estatizar os serviços no país (150).

Outra questão importante no país, do ponto de vista de alteração da lógica que orientava a saúde pública e as ações de atenção primária, na prática, é a integralidade nas ações. Na medida em que historicamente fora reservada às instituições públicas estaduais e municipais a responsabilidade de executar medidas preventivas, voltadas ao coletivo (a população em geral), a transformação da rede pública primária em "porta de entrada" de um sistema hierarquizado trouxe um outro papel e caráter a esses serviços. Ou seja, a atenção primária transformar-se-ia em assistência ambulatorial, implicando na introdução de tecnologias e equipamentos que lhe permitissem realizar suas novas atribuições.

Segundo Sônia Teixeira, no plano financeiro, através dos acordos e convênios estabelecidos entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e as Secretarias Estaduais e Muni-

---

(150) Trata-se da Federação Brasileira de Hospitais, da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

cipais, os repasses de verbas do INAMPS para estados e municípios significou um aumento de 100 a 150 % no orçamento das instituições conveniadas. No entanto, esse repasse não passou de 9 % do valor global gasto pela Previdência Social com assistência médica (151).

Como mostra o Quadro I, em Campinas, por exemplo, os gastos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social com assistência médica e odontológica, em 1984, privilegiaram, principalmente, o setor privado.

QUADRO I  
Gastos do INAMPS com Assistência Médica e  
Odontológica. Campinas - 1984

MODALIDADES DE SERVIÇOS	SUB.TOTAL	GASTOS (CR\$) TOTAL	%
<b>Próprios do INAMPS</b>			
Ambulatórios .....	252.176.758		
Acidente de trabalho .....	122.573.890	374.750.648	1,25
<b>Convênios</b>			
Governamentais - AIS .....	130.437.969	130.437.969	0,43
<b>Universitários</b>			
UNICAMP .....	2.008.550.106		
PUCAMP .....	2.596.471.392	4.605.021.998	15,35
<b>Sindicatos</b>			
Urbanos .....	177.601.992		
Rurais .....	39.840.000	217.441.992	0,72
<b>Empresas</b>			
Assist. ambulatorial e hospitalar .....	213.313.372		
Acidente de trabalho .....	756.727.351	970.040.723	3,23
<b>Contratados</b>			
Assist. ambulatorial ....	12.549.566.403		
Acid. de trabalho .....	618.604.377		
Assist. hospitalar .....	10.159.943.996	23.328.114.776	77,77
Credenciados	374.326.659	374.326.659	1,25
Total Geral .....	30.000.134.765	30.000.134.765	100,0

Extraído de: Núcleo dos Trabalhadores em Saúde do PT. Preliminar de um programa de governo para a área de saúde para o Partido dos Trabalhadores - Campinas.

(151) *Ibid.*, p. 55.

A partir de dezembro de 1984, quando foi assinado o convênio entre as instituições que integravam a Comissão Interinstitucional Local de Saúde (CLIS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Prô-Assistência foi incorporado ao Programa de Ações Integradas de Saúde, que passou a ser implementado em Campinas no ano seguinte. Esta adesão das instituições públicas de saúde em Campinas (dentre elas a Secretaria municipal) ao Programa proposto pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, acarretou certas alterações do ponto de vista organizacional e político na Secretaria Municipal de Saúde.

Em 1985, é publicado o documento "Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde - Campinas". A partir de uma análise dos indicadores de saúde da região, das políticas nacionais de saúde e da oferta de serviços médicos na região, são expostos os "Princípios para uma Política Municipal de Saúde", implementada a partir daquele ano. Neles considerava-se que:

- a saúde é um direito inalienável do cidadão;
- o consumo de alimentos, por toda a população, a existência de habitações salubres, saneamento básico, pleno emprego e salários justos cumprem um papel determinante na elevação dos níveis de saúde e, sem elas, o papel dos serviços de saúde tem alcances limitados;
- cabe ao Poder Municipal, articulado com os Poderes Estadual e Federal, o controle e a racionalização da oferta de serviços públicos e privados;
- a maior responsabilidade de investimento da Prefeitura Municipal, em saúde, deve ser na Rede Municipal de Centros de Saúde, os quais devem oferecer servi-

- ços básicos de boa qualidade;
- a plena realização dessas responsabilidades deve estar baseada na redefinição de papéis do Município, Estado e União, dirigidos para a integração, hierarquização e regionalização dos serviços, tendo a rede de serviços do município como principal porta de entrada do sistema. É necessário, para isso, conquistar uma reforma do sistema financeiro e tributário no país;
  - o município deve contemplar a área da saúde com, no mínimo, 8 % de seu orçamento;
  - os profissionais da Secretaria constituem o fator que mais determina a efetividade e qualidade do serviço e cabe à Prefeitura promover o seu desenvolvimento através de um plano de cargos, salários e carreiras, assim como da realização de treinamento e supervisão adequados;
  - as AIS constituem os primeiros passos para a integração e redefinição dos papéis do município (144).

Para concretizar esses princípios, foi proposta uma reforma na estrutura administrativa da Secretaria de Saúde, acatada oficialmente pelo Prefeito, que a transformou em decreto. O decreto nº 8599 de setembro de 1985, publicado no Diário Oficial do Município em 19/09/85, estabelecia uma nova estrutura administrativa para a Secretaria, considerando os princípios expostos anteriormente. Constituiu na criação do Departamento de Saúde, diretamente subordinado ao Secretário, a quem estavam ligadas também, de um lado, as Comissões de Programação, Avaliação e Super-

---

(153) *Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde - Campinas. p. 16, 17, 18.*

visão e, de outro, a Assessoria de Estudos e Programas. Cabia à primeira, fundamentalmente, "estudar e propor programas, sub-programas, padronizações de condutas, novas técnicas, treinamentos e reciclagens, seminários, sistemas de avaliação e supervisão, de acordo com as prioridades da Política Municipal de Saúde (...)" (154). À Assessoria de Estudos e Programas caberia a produção de material para auxiliar os outros órgãos e, dentre outras funções, executar a supervisão programática, realizar estudos sobre a produção dos postos; e normatizar a seleção dos profissionais de saúde.

Como pode ser visto, apenas em 1985, são retomadas de forma organizada, embora com outro sentido, atividades que se procurou institucionalizar até 1979, tais como a Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem. O fato de as Comissões de Programação, Avaliação e Supervisão terem sido oficializadas pelo Prefeito, e não apenas pelo Secretário, mostra uma mudança no "status" do Serviço de Saúde Comunitária na Prefeitura. Provavelmente, o ganho que o programa adquiriu, em termos de prestígio, esteja relacionado à melhoria de relações políticas entre o novo Secretário e o novo Prefeito, eleito em 82. Outra questão que pode estar relacionada com o que se disse acima é o aumento de verbas que o Programa receberia depois do convênio firmado entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e a Secretaria Municipal de Campinas, através do Prô-Assistência, o que, teoricamente, possibilitaria aumentar os recursos financeiros para as atividades da Secretaria, devido aos repasses que seriam realizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Entretanto, a menos que se considere que tenha havido

---

(154) *Ibid.*, p. 24.

uma modificação na metodologia de coleta de dados nos 33 postos de saúde da Secretaria Municipal existentes até 1984, não se pode afirmar que o Prô-Assistência tenha ampliado sobremaneira a quantidade de atividades realizadas nos postos de saúde em relação aos números encontrados para 1979 (total de 332.773 atividades realizadas).

Contudo, a Tabela XII sugere que tenha havido uma elevação numérica nos atendimentos realizados por médicos em comparação aos atendimentos realizados exclusivamente pelos auxiliares de saúde, ao contrário do que se verificou na Tabela VI (155).

**TABELA XIII**

Distribuição das Atividades Globais Realizadas nos Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas - 1984

TIPO DE ATIVIDADE	TOTAL DE ATIVIDADES	PORCENTAGEM
Consulta Médica + Consulta Conjunta (1)	172820	45,0
Consulta de Auxiliar	100137	26,0
Atendimento Simples	109963	29,0
Total	382920	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - 1985.

(1) Consulta Conjunta consiste em consultas médicas realizadas com o auxílio do auxiliar de saúde.

(155) Lembre-se que, em 1979, os auxiliares de saúde eram responsáveis por aproximadamente 80 % das atividades realizadas nos postos de saúde da Secretaria Municipal.

Tais dados indicam que, provavelmente, tenham sido introduzidas novas orientações referentes à forma de organização do processo de trabalho nos postos de saúde da Secretaria Municipal, naquele período, uma vez que se verifica um número maior de consultas médicas em relação ao número de consultas realizadas por auxiliares. Como tais modificações serão analisadas no próximo capítulo, adianta-se apenas, que, a partir de 1982, alteravam-se os critérios relacionados com a delegação de funções médicas aos auxiliares de saúde, o que provavelmente explique a elevação do número de consultas médicas.

Por outro lado, se se considerar que os atendimentos simples (que incluíam injeções, curativos, nebulizações, etc.) eram realizados basicamente pelos auxiliares de saúde, a predominância das atividades realizadas por médicos deixa de ser tão significativa, embora ainda apresentem um peso importante, ao mesmo tempo em que o número de atividades realizadas por auxiliares cresce para 55 %. Contudo, isto não invalida o argumento de que algumas alterações tenham sido introduzidas no processo de trabalho nos postos de saúde a partir de 1982, como será visto no Capítulo III.

Um exemplo destas inovações é a recuperação das práticas normativas e racionalizadoras que os dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde procuraram implantar nos postos, já em 1979, a fim de organizar as atividades de forma racional, como era o seu intento. Trata-se dos Programas dirigidos aos diferentes grupos etários: gestantes, crianças e adultos que, conforme se pode verificar na Tabela XIV, organizavam parte da demanda por assistência médica nos postos em 1984.

TABELA XIV

Distribuição das Atividades Realizadas nos Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas por Programas ou Atendimento Eventual - 1984.

PROGRAMA			FORA DE PROGRAMA		
TIPO DE ATIVIDADE	TOTAL	%	TIPO DE ATIVIDADE	TOTAL	%
Consulta médica + Consulta conjunta	52020	42,0	Consulta médica + Consulta conjunta	120800	46,5
Consulta de auxiliares	61026	49,0	Consulta de auxiliares	39111	15,0
Atendimento simples	11092	9,0	Atendimento simples	98871	38,5
Total				258782	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - 1985

A Tabela XIV mostra, portanto, que a maior parte das atividades realizadas nos postos de saúde, não era incluída na programação, apesar do discurso da instituição expressar uma forte preocupação com a racionalização do atendimento à população através de Programas. Além disso, verifica-se que, em 1984, as consultas de auxiliares e os atendimentos simples representavam 58 % das atividades desenvolvidas pelos Programas, ao passo que, nas atividades excluídas dos Programas, o trabalho do auxiliar correspondia a 53,4 % do total das atividades nos postos, em 1984, revelando também na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas um predomínio das atividades realizadas por auxiliares.

Para finalizar este capítulo, não se pode deixar de citar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em março de 1977, cujo principal objetivo foi definir em que bases se daria a Reforma Sanitária no Brasil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada, por muitos autores, um evento marcante

nos rumos que tomou a política de saúde após 1987, tanto pelos seus objetivos quanto pelas características do evento: o primeiro em que os trabalhadores organizados não são do setor de saúde como também de outros setores participaram com direito a voz e voto em uma Conferência Nacional de Saúde, havia 6000 participantes aproximadamente, as chamadas correntes "progressistas" na área de saúde coletiva foram as principais responsáveis pela organização do evento e suas posições tornaram-se hegemônicas nos documentos, nas discussões e nos Relatórios da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde.

Tendo este quadro político como pano de fundo, as discussões da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde giraram em torno das propostas para viabilizar um processo de Reforma Sanitária no Brasil. No Relatório desta Conferência a Reforma Sanitária era definida como um movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, ou seja, o Sistema Único de Saúde, cuja proposta foi encaminhada na formulação da Constituição Brasileira, a partir de 1988.

Como a realização da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde não ocorreu no período delimitado para o presente estudo (1977-1986) não se realizará, aqui, o exame das repercussões alcançadas pelo encontro para a definição das reorientações introduzidas nas instituições públicas de saúde a partir de 1987. Entretanto, no capítulo III, discute-se as recomendações desta conferência e seus desdobramentos, no tocante à formação e utilização de Recursos Humanos em Saúde.

### CAPÍTULO III - RECURSOS HUMANOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA AUXILIARES DE SAÚDE NA SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS

#### 3.1. A Situação dos Auxiliares de Saúde no Mercado de Trabalho e nos Planos e Conferências Nacionais de Saúde, nas Décadas de 70 e 80.

O emprego de auxiliares de saúde, bem como as práticas educativas desenvolvidas para os mesmos na Secretaria de Saúde de Campinas devem ser analisados não só em relação à "política de recursos humanos" interna da instituição municipal, mas principalmente como um momento particular apresentado pela dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, no período compreendido entre os anos 70 e os anos 80.

Por certo, a utilização de pessoal de enfermagem sem qualificação formal específica para atividades de saúde, seja no setor privado, seja no setor público, não constitui um privilégio dos serviços de "Atenção Primária". Como mostram as pesquisas desenvolvidas nos anos 80 por Nogueira, Durand e Prado, cujos resultados serão discutidos a seguir, o emprego de trabalhadores sem qualificação específica e com nível de escolaridade elementar tem sido uma tendência constantemente observada no mercado de trabalho em saúde, no Brasil, apesar das críticas e proibições

oriundas do Conselho Federal de Enfermagem, que desde 1986 considera ilegal o exercício profissional dos atendentes de enfermagem (categoria em que se incluem os auxiliares de Saúde) [1].

Segundo ressalta Roberto Nogueira, em pesquisa intitulada "Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, 1970-1983", as políticas de saúde, de educação e de emprego possuem um importante papel na configuração assumida pelo mercado de trabalho em saúde na década de 70. Assim, salienta Nogueira, dentre os principais problemas identificados na constituição deste mercado de trabalho devem ser mencionados: a tendência marcante à privatização dos serviços de saúde, pelo menos até meados dos anos 80; as distorções no sistema escolar, principalmente no que diz respeito à qualificação para o trabalho nos níveis médio e elementar; a preferência por empregar profissionais com baixa qualificação, o que permite comprar a sua força de trabalho a custos menores para as instituições que os empregam [2].

Nogueira examina, então, a situação ocupacional de diversas categorias profissionais na área de saúde e a absorção destas no mercado de trabalho a nível nacional, o que permite deprender o significado, em termos numéricos, do contingente de tra-

(1) Ainda que o Conselho Federal de Enfermagem jamais tivesse regulamentado o exercício profissional dos atendentes de enfermagem, a partir da Lei nº 7498/86, regulamentada em junho de 1987, pelo Decreto nº 94.406, fica estabelecido que os atendentes deverão interromper suas atividades, caso não se qualifiquem devidamente num prazo de dez anos a contar da publicação desta lei, conforme se lê na Resolução COFEN-91, que dispõe sobre a autorização para a execução de tarefas elementares de enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em lei (no qual se incluem os atendentes de enfermagem, auxiliares de saúde, agentes de saúde, visitantes sanitários, entre outros). Por certo, esta proibição trouxe um grande problema para as instituições de saúde do setor público, que empregam muitos trabalhadores sem qualificação formal específica com o intuito de reduzir os custos dos serviços prestados à população. Para atenuar o problema da desqualificação do pessoal de nível elementar, foi criado o Projeto Larga Escala, que será analisado neste capítulo. Cf. Associação Brasileira de Enfermagem. A "Nova" Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. p. 11-15, 20-23, 35.

(2) Nogueira, Roberto P. Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, 1970-1983. p. 7.

balhadores com nível de escolaridade elementar ocupados em atividades de saúde.

Segundo este autor, em 1980, o total numérico da força de trabalho em saúde era de 1.233.008 trabalhadores, sendo que destes, 82 % eram profissionais de nível médio e elementar. Tal situação levou-o a concluir que tais dados demonstram a capacidade de absorção desta força de trabalho pelo setor saúde, o qual ampliou-se nas duas últimas décadas (60 e 70) em função do crescimento específico da prestação de serviços de saúde (3). Nogueira constatou também que houve um predomínio de profissionais de nível médio e elementar sem qualificação específica atuando nas instituições de saúde no período de 1970 a 1980. Entretanto, embora constituíssem a parcela majoritária dos profissionais de saúde em exercício no país, o pessoal de nível médio e elementar apresentou um crescimento numérico menor (89,07 %) do que aquele apresentado pelos profissionais de nível superior (130,04 %), na década de 70. Segundo Nogueira, tal situação decorreu da ampliação do número de vagas no ensino superior público e privado observada naquele período. Em relação ao pessoal de enfermagem (onde o autor incluiu técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem), Nogueira constatou um crescimento de 124 % no período de 1970 a 1980, quando o pessoal de enfermagem passou de 134.099, em 1970, para 300.388, em 1980, o que representa 43,72 % e 50,54 %, respectivamente, do total de profissionais de saúde de nível médio e elementar empregado em atividades de saúde (4). Baseado em dados referentes à composição da força de trabalho em saúde, Nogueira concluiu que o setor saúde absorve uma extensa força de trabalho de baixa qualificação, utilizada, certamente, em funções ad-

---

(3) *Ibid.*, p. 17.

(4) Nogueira, Roberto P. *op. cit.*, p. 23.

ministrativas, auxiliares e de apoio, e constitui, ainda, um importante gerador de empregos desta natureza no setor terciário (5).

Como explica Nogueira, o crescimento do número de leitos hospitalares, ambulatoriais e serviços administrativos nos anos 70, propiciou a absorção da força de trabalho, tornando-se um dos principais fatores que estimularam a demanda por profissionais de saúde no setor privado. No mesmo sentido, o crescimento das unidades ambulatoriais do setor público, estendendo o atendimento médico às populações urbana e rural, favoreceu a absorção de um amplo contingente de profissionais (6). Nessa perspectiva, é possível explicar o estímulo à utilização de auxiliares de saúde nos programas de atenção primária, emergentes a partir de meados dos anos 70, pelo que representam em termos de poupança de trabalho qualificado nas circunstâncias mencionadas. Leve-se em conta que, da totalidade dos profissionais de saúde, 21% dos empregos são preenchidos por atendentes de enfermagem (grau de qualificação elementar) e 20 % por médicos, o que representa uma polarização entre os mesmos no mercado de trabalho em saúde (7). Tal situação, segundo Nogueira, condiz com a orientação adotada pelos serviços de saúde, com vistas ao barateamento dos custos da atenção médica, a partir do emprego de profissionais com baixa qualificação. Por isso, o autor propõe a elevação do nível de escolaridade dos atendentes de enfermagem como solução para

---

(5) *Ibíd.*, p. 16.

(6) "Nesse mesmo ano (1979), o segmento ambulatorial público absorvia 110.903 empregos de profissionais de saúde e o privado apenas 33.588. Tais dados vêm a sustentar a evidência de que a massa de profissionais de saúde, ao ingressar no mercado de trabalho, na década de 70, foi colocada, em frações maiores, no segmento privado hospitalar e ambulatorial público". Cf. Nogueira, Roberto P. *op. cit.*, p. 24.

(7) Cf. Nogueira, Roberto P. *op. cit.*, p. 40.

atenuar esta polarização (8).

Na pesquisa citada, Nogueira examina a situação relativa à "Escolaridade dos Profissionais de Saúde Auxiliares", onde, no item "pessoal de enfermagem", estão incluídos os técnicos, os auxiliares e os atendentes de enfermagem, dentre eles os auxiliares de saúde (9). A análise da distribuição percentual do "pessoal de enfermagem" por escolaridade demonstra a precária qualificação formal dos mesmos, pois, em 1980, do total, 50,4 % não possuíam 1º grau completo, 23,8 % possuíam apenas 1º grau completo; 17,9 % possuíam 2º grau completo; 0,7 %, curso superior; e 7,2 % encontravam-se em outras situações, as quais não são especificadas pelo autor da pesquisa (10). Conclui Nogueira:

"Pelas informações disponíveis para 1980, verifica-se que uma das piores situações é a do pessoal de enfermagem, grupo fortemente influenciado pela precária escolarização do atendente. (...). É possível - e isto tem sido reiterado particularmente pela categoria dos enfermeiros -, que tal deficiência tenha efeitos prejudiciais sobre a própria qualidade dos serviços que são prestados à população. Daí a meta de elevação de escolaridade ser por todos encarada como indispensável na política de Ações Integradas de Saúde posta em prática pelo Governo" (11)

(8) Cabe ressaltar que, nos anos 80, em algumas instituições de saúde governamentais, o atendente de enfermagem recebeu nova denominação como, por exemplo: "auxiliar ou agente de saúde", "auxiliar operacional de serviços diversos" (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), sem que estas alterações venham acompanhadas de efetivas promoções em termos de escolaridade. Cf. Nogueira, Roberto. op. cit., p. 40.

(9) Conforme previsto na legislação do Conselho Federal de Educação, é exigida, do técnico de enfermagem, a conclusão do 2º grau; do auxiliar de enfermagem, a conclusão do 1º grau. A legislação não dispõe sobre a escolaridade dos atendentes de enfermagem que, em geral, são preparados através de treinamentos em serviço.

(10) Cf. Nogueira, Roberto P. op. cit., p. 43.

(11) Ibid. p. 44.

Em compensação, para a totalidade dos Profissionais Auxiliares de Saúde (que abrange, além do pessoal de enfermagem, os massagistas, fisioterapeutas, práticos de farmácia, operadores de equipamentos médicos, protéticos) Nogueira constatou uma certa melhoria no nível de escolaridade em relação aos dados obtidos para 1970, quando apenas 10,2 % do total destes profissionais possuíam 1º grau completo. Nogueira atribui esta relativa melhoria no nível de Escolaridade do conjunto dos "Profissionais de Saúde Auxiliares" à criação e ao incentivo dado pelo governo ao ensino supletivo (auto-instrução, educação à distância, instrução programada), que lhes garantiu uma habilitação formal embora o autor não acredite que esta habilitação corresponda, de fato, a um processo de qualificação efetiva para o trabalho, dadas as condições com as quais foi realizada ("absoluta falta de condições materiais e docentes das escolas") (12).

Outro aspecto enfatizado por Nogueira, foi a importância apresentada pelo contingente de trabalhadores do sexo feminino no mercado de trabalho em saúde no período de 1970 a 1980. Embora apresentem uma inserção desigual em relação ao sexo masculino, que geralmente ocupa funções mais valorizadas social e financeiramente, a participação feminina tomou 70 % dos empregos em saúde no Brasil, naquele período. No caso dos profissionais de nível elementar, reproduz-se tal situação, acentuada pelo fato serem ocupações tradicionalmente exercidas por mulheres (13).

Baseado na análise destes dados, Nogueira procurou apontar tendências da evolução do emprego em saúde no período de 1977 a 1983, que denominou "conjunto em crise". O delineamento dessas tendências é de grande validade para se compreender o significa-

---

(12) Cf. Nogueira, Roberto P. *op. cit.* p. 44.

(13) *Id.*, *ibid.* p. 45-46.

do da utilização dos auxiliares de saúde em Programas de Medicina Comunitária e significa não ser o emprego dos mesmos, nos serviços públicos de saúde, mera casualidade. Pode-se dizer que sua alocação nestas instituições vai além do aspecto ideológico, que vislumbra o emprego de auxiliares de saúde como um canal de abertura para a participação de representantes da população na prestação de serviços a seus pares. Como se verá, o surgimento e o crescimento dessa ocupação guarda relações com a dinâmica do mercado de trabalho em saúde no país.

Dividindo o período de 1977 a 1983 em dois triênios, Nogueira constatou que, "no tocante aos profissionais de nível elementar, ocorreu uma involução do emprego de atendentes, um grupo muito numeroso, mas que cresceu apenas 1 % no último triênio" (14). Em sua opinião, o dado encontrado pode advir de alterações na classificação das ocupações, passando os atendentes a serem computados na rubrica "outros", uma vez que estes recebem diferentes denominações (15).

Possivelmente seja esse o caso dos auxiliares de saúde, também chamados de agentes de saúde ou atendentes de saúde pública; de qualquer forma, como a alteração na classificação só ocorreu a partir de 1981, considera-se que os dados expostos para o período 1970-1980 permitem inferir sobre a evolução do emprego de auxiliares de saúde dentro da categoria atendentes, empregados em instituições públicas municipais sem internação.

Por outro lado, diz Nogueira, no período de 81 a 83, o crescimento maior de categorias típicas, como os atendentes de enfermagem, pode corresponder a uma "promoção" dos atendentes a auxiliares de enfermagem (16). Para se ter uma idéia do que re-

---

(14) Nogueira, Roberto P. op. cit. p. 49.

(15) Id. *ibid.*, p. 49.

(16) Cf. Nogueira, Roberto P. op. cit., p. 52.

presenta a involução do emprego de atendentes, basta dizer que, no triênio 77-80, o mesmo apresentou um crescimento de 26,1 %, contra 1 % de crescimento no triênio 1980-1983.

Certamente, o encontro dessa variação tão significativa reforça a veracidade da primeira hipótese (de alterações na classificação das ocupações), uma vez que a orientação das políticas de saúde e a dinâmica do mercado de trabalho, especialmente num momento de recessão econômica, dificilmente levariam à supressão do emprego de atendentes que possuem baixa qualificação e que, por isso, recebem menores salários em favor de profissionais mais qualificados. De qualquer forma, também é preciso considerar a pressão exercida pelos ôrgãos fiscalizadores do exercício profissional, no sentido de alcançar a "profissionalização" dos atendentes de enfermagem, como um fator adicional para a diminuição do seu crescimento (17).

Um último aspecto enfatizado por Nogueira diz respeito ao crescimento das taxas de emprego no setor público, com ou sem internação, nos anos 80-82, ao contrário do que acontecia nos estabelecimentos de natureza privada, nos quais essas taxas sofreram um declínio. As razões de ter havido um significativo aumento no primeiro estão relacionadas à orientação nas políticas de financiamento no setor público de saúde, adotadas a partir de 1980 (18). Provavelmente, a extensão de cobertura dos serviços de saúde contribuiu para a ocorrência dessa maior absorção de profissionais no setor público, mesmo se for considerada a recessão econômica que atingiu o período 1981-1983.

Algumas conclusões obtidas por Nogueira na pesquisa sobre dinâmica do mercado de trabalho em saúde no país, no período

---

(17) Cf. Nogueira, Roberto P. *op. cit.*, p. 52.

(18) *Id.*, *ibid.*, p. 52.

de 70 a 80, foram observadas também em estudos sobre a composição e a evolução da força de trabalho em saúde, no Estado de São Paulo, divulgadas em 1985 por José Carlos Durand e Niobe Prado, técnicos da Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP).

Ao estudar a expansão do contingente de profissionais de saúde do Estado de São Paulo, no período de 1958 a 1979 e as conseqüências desta expansão para a institucionalização das ocupações em saúde, Durand observou que houve um crescimento numérico, principalmente do pessoal de nível elementar (neste incluídos os atendentes de enfermagem no período compreendido entre 1958 a 1968 (19), conforme mostra a Tabela XV.

TABELA XV

Estado de São Paulo  
Força de Trabalho em Saúde e sua Composição  
1958/1968/1979

NIVEIS	1958		1968		1979	
	N	%	N	%	N	%
Superior	11527	47,6	19050	30,5	42456	32,0
Médio	5715	23,7	7951	12,7	22905	17,3
Elementar(1)	6956	28,7	35457	56,8	67247	50,7
Total	24198	100,0	62458	100,0	132608	100,0

Fonte: Anuários Estatísticos do Brasil (FIBGE), anos de 1960, 1970 e 1982.  
Extraído de Durand, José. in: Cadernos FUNDAP (10):9.

(1) Inclui os atendentes de enfermagem no período compreendido entre 1958 e 1960. Em 1979, os dados encontrados não especificavam as categorias pesquisadas.

(19) No presente estudo, a preocupação central foi discutir apenas os dados fornecidos por Durand a respeito do pessoal de nível elementar, pois neles incluem-se os atendentes de enfermagem. Cf. Durand, José C. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. *Cadernos FUNDAP* (10):9-15., para obter detalhes sobre o crescimento do número de profissionais de nível superior.

Entretanto, para o período delimitado entre 1968 e 1979, Durand considera que houve um "decrêscimo relativo" dos segmentos que compõem a força de trabalho de nível elementar, o que ele julga estar relacionado com a maior oferta de profissionais de nível médio e superior no Estado de São Paulo naquele período. (20). De qualquer forma, a Tabela 1 indica que houve quase uma duplicação, em números absolutos, do contingente da força de trabalho de nível elementar em São Paulo, no período de 68 a 79. Durand também verifica a existência de uma polarização entre médicos e atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo, semelhante à que fora constatada por Nogueira (21).

A pesquisa divulgada por Niobe Prado também ratifica as considerações realizadas por Nogueira a respeito do crescimento da participação do sexo feminino no mercado de trabalho em saúde no país (22). A preocupação principal da pesquisa de Prado era estudar a participação das mulheres na composição da força de trabalho em saúde no Estado de São Paulo, de 70 a 80, e apreender a hierarquia e a "interdependência" que se estabelecia entre as diversas categorias profissionais em decorrência da composição destas por sexo (23).

Niobe Prado verificou que, na década de 70, a expansão da população economicamente ativa foi acompanhada por uma maior participação das mulheres na força de trabalho do Estado de São Paulo: passaram de 1.550.223 em 1970 para 3.166.427 em 1980, significando uma taxa de crescimento de 104,3 % para o sexo feminino, enquanto o sexo masculino apresentou uma taxa de crescimento

---

(20) Durand, José C. *op. cit.*, p. 9.

(21) *Ibid.*, p. 17.

(22) Cf. Prado, Niobe. *Profissões de Saúde: Profissões de Mulher?* Cadernos FUNDAP (10):44.

(23) *Ibid.*, p. 44.

menor: 50,2 % no mesmo período (24). Conforme indica Prado, a proporção de mulheres economicamente ativas empregadas no setor saúde em 1970, no Estado de São Paulo, perfazia 63 % da totalidade dos indivíduos (femininos e masculinos) empregados neste setor e, em 1980, compunha 70 % do total (25). A autora observou, também, que de 1970 a 1980, nas ocupações de saúde, o contingente feminino cresceu a taxas bem superiores a 100 % em todas as categorias profissionais de nível superior e em todas as ocupações auxiliares, com exceção das parteiras, que apresentaram uma taxa de crescimento negativo de 55 % naquele período (26). A Tabela XVI ilustra melhor a situação da participação feminina em algumas das ocupações de saúde.

Prado salientou, em sua pesquisa, que do conjunto dos efetivos ocupacionais de saúde, 60,5 % são constituídos por mulheres e que este fato decorre, sobretudo, da importância numérica das ocupações auxiliares no setor saúde, as quais são compostas majoritariamente por pessoas do sexo feminino, como se vê na Tabela XVI. Além disso, esta autora ressalta a relevância da categoria profissional "enfermeiros não-diplomados" (denominação que compreende técnicos, auxiliares e atendentes), "que sozinha representa quase a metade (84.615 pessoas) do conjunto dos efetivos de saúde (171.670 pessoas) e possui 83,4 % de mulheres em seu contingente" (27). Por fim, Prado conclui que a maior parcela do contingente feminino empregado em atividades de saúde no Estado de São Paulo, no período de 1970 a 1980, encontra-se nas ocupações auxiliares de baixo nível de qualificação, predominan-

---

(24) Cf. Prado, Niobe. *op. cit.*, p. 50.

(25) *Ibid.*, p. 51.

(26) *Julga a autora que o decréscimo deve-se à existência de regulamentos restritivos ao exercício profissional das mesmas e ao aumento do número de partos hospitalares e partos cirúrgicos. Ibid.*, p. 53.

(27) Prado, Niobe. *op. cit.*, p. 54.

## TABELA XVI

Estado de São Paulo  
 Pessoas economicamente ativas por ocupação e sexo,  
 segundo ocupação principal  
 1980

OCUPAÇÕES	EM PORCENTAGEM	
	HOMENS	MULHERES
Grupo de Titulares	61,4	38,6
Químicos	82,8	17,2
Médicos	80,3	19,7
Veterinários	80,3	19,7
Dentistas	70,6	27,4
Psicólogos	11,5	88,5
Enfermeiros diplomados	5,3	94,7
Grupos de Auxiliares	25,8	74,2
Protéticos	91,2	8,8
Práticos de Farmácia	86,2	13,8
Ortóticos e Óticos	63,9	36,1
Operadores de Equipamentos Médicos	52,2	47,8
Enfermeiros não diplomados	16,6	83,4
Parteiras	4,2	95,8
TOTAL	39,5	60,5

Fonte: Censo Demográfico do Estado de São Paulo, 1983.

Extraído de Prado, Niobe, in: Cadernos FUNDAP (10):54.

te nas ocupações auxiliares que constituem a categoria de Enfermagem. Enquanto isso, nas ocupações de nível superior, como por exemplo: Medicina, Odontologia, Química e Veterinária, encontra-se a maior parcela de trabalhadores do sexo masculino (28).

(28) *Ibid.*, p. 54.

O exame da dinâmica do mercado de trabalho e da composição da força de trabalho em saúde no Brasil e no Estado de São Paulo, no período compreendido entre 1970 e 1980, mostra que o emprego de indivíduos sem qualificação formal específica e com nível de escolaridade elementar nos serviços de saúde não constituía, naquele período, uma peculiaridade do "Programa de Atenção Primária" da Secretaria Municipal de Campinas (29), mas uma situação freqüentemente encontrada em todos os estabelecimentos de saúde do país.

Ao discutir a dinâmica do mercado de trabalho em saúde nos anos 70, *Médici et alii* explicam que o incremento ao emprego de atendentes de enfermagem deve-se, sobretudo, aos seguintes fatos:

"Quanto ao atendente, sua disponibilidade era imediata desde meados dos anos 70. O rápido processo de urbanização jogou nas cidades um excedente de força de trabalho superior à capacidade de absorção dos chamados setores modernos. Apesar do forte crescimento do emprego industrial e das atividades modernas do terciário, muitas pessoas tiveram que se empregar em atividades de menor remuneração, como os postos de trabalho ofertados pelo setor saúde. O aumento do número de atendentes responde, portanto, à lógica do emprego de um conjunto de mais de 300.000 pessoas com salários em torno do mínimo" (30).

---

(29) Conforme se viu no Capítulo II, os dirigentes da Secretaria da Saúde de Campinas declaravam que o emprego de "auxiliares de saúde" provenientes das "comunidades" assistidas pelo programa era um dos aspectos que garantiam ao mesmo um caráter "inovador".

(30) *Médici, André C. et alii. A Força de Trabalho em Saúde nos anos 70: Características Sociais e Dinâmica do Emprego. p. 4.*

No entanto, o que faz com que os "auxiliares de saúde" sejam encarados como uma categoria específica dentre as demais categorias de trabalhadores sem capacitação específica em saúde, no Brasil, é o fato de seu surgimento e crescimento numérico estarem vinculados a uma determinada proposta de organização de serviços de saúde - a "Medicina Comunitária" ou "Atenção Primária de Saúde".

Com a finalidade de apreender as relações existentes entre a composição das categorias profissionais auxiliares em saúde no país e no Estado de São Paulo e a composição da categoria "auxiliares de saúde" na Secretaria Municipal de Campinas, passa-se à exposição do estudo empreendido por Carmen Lavras.

Como se verifica através do exame dos dados apresentados por Lavras na pesquisa intitulada "O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas", a composição da categoria "auxiliares de saúde", empregada nos Programas da Secretaria Municipal de Campinas, apresenta algumas características semelhantes às que foram encontradas por Nogueira, Durand e Prado para os profissionais de saúde auxiliares em todo o país e no Estado de São Paulo, no período compreendido entre 1970 e 1980 (31).

Segundo Lavras, em 1984 a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas empregava 198 auxiliares de saúde; contudo, a pesquisa por ela realizada abrangeu somente 128 auxiliares de saúde, o que corresponde a 65 % da totalidade destes profissionais

---

(31) A pesquisa realizada por Carmen Lavras, em 1984, sobre a participação dos auxiliares de saúde na experiência de Campinas tinha como objetivo, segundo a autora: "..., ao apreciar o papel desempenhado pelos auxiliares de saúde no projeto de Campinas, avaliar sua situação profissional nos vários momentos da experiência, examinando ao mesmo tempo as características que foram sendo imprimidas ao projeto. Com base nesta análise, acreditamos poder explicitar em que aspectos ele se constitui como proposta efetivamente alternativa". Cf. Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas. p. 2.

na instituição mencionada (32).

Ao analisar a composição dos auxiliares de saúde segundo o sexo em 1984, Lavras encontrou os seguintes dados, reproduzidas na Tabela XVII.

TABELA XVII

Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo o SEXO

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	8	6
Feminino	120	94
Total	128	100

Fonte: Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas.

Como se vê na Tabela XVII, também em Campinas a ocupação "auxiliar de saúde" caracteriza-se por ser exercida principalmente por mulheres. Segundo Lavras, se se considerar que o processo de seleção de auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas não incluía o critério sexo na escolha do candidato, poder-se-ia atribuir a predominância de indivíduos do sexo feminino na categoria auxiliares de saúde a fatores tanto de ordem cultural (em que o trabalho em saúde é concebido como uma atividade tipicamente feminina) quanto de ordem social e econômica (pois, devido aos baixos salários, tal atividade torna-se pouco atrativa para os homens que têm sido "responsáveis, histórica

(32) Conforme explica a autora, em 1984, foram enviados questionários a todos os 198 auxiliares de saúde da Secretaria Municipal de Campinas, porém somente 128 questionários foram respondidos e devolvidos à pesquisadora. Cf. Lavras, Carmem. op. cit., p. 20.

mente, em nossa sociedade, pela manutenção financeira da família") (33).

Em relação à composição da categoria "auxiliares de saúde" da Secretaria Municipal de Campinas, conforme a faixa etária, em 1984, a mesma autora encontrou os seguintes dados, apresentados na Tabela XVIII:

TABELA XVIII

Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo a Faixa Etária

INTERVALO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		MASCULINO	FEMININO	TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
18 - 25	2	(25)	19	(16)	21	(12)	25	16	16
26 - 30	3	(38)	23	(19)	26	(20)	63	35	36
31 - 35	-	-	29	(24)	29	(22)	63	59	58
36 - 40	2	(25)	17	(14)	19	(15)	88	73	73
41 - 45	1	(12)	18	(15)	19	(15)	100	88	88
46 - 50	-	-	8	(6)	8	(6)	100	94	94
51 - 55	-	-	2	(2)	2	(2)	100	96	96
56 - 60	-	-	3	(3)	3	(3)	100	99	99
61 - 65	-	-	1	(1)	1	(1)	100	100	100
TOTAL	8	(100)	120	(100)	128	(100)			

Fonte: Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas.

A partir dos dados expostos na tabela acima, Lavras concluiu que havia uma grande concentração de auxiliares de saúde nas faixas etárias mais jovens, pois 58 % do total de 128 auxiliares de saúde possuíam idade inferior ou igual a 35 anos. Se

(33) Lavras, Carmem. *op. cit.*, p. 21.

gundo a autora, tal fato expressa uma tendência geral do mercado de trabalho na sociedade brasileira, onde o processo produtivo absorve pessoas muito jovens e apresenta maiores dificuldades para a inserção de pessoas com idade superior a 45 anos (34).

Pode-se verificar que as conclusões de Lavras a respeito da composição da categoria "auxiliares de saúde" por faixa etária, em Campinas, assemelham-se aos resultados obtidos por Médici e outros para o período compreendido entre 1970 e 1980. Neste período, tais autores constataram que os profissionais em saúde de nível médio e elementar no Brasil apresentaram um incremento bruto de 112,87 % para os trabalhadores com idade entre 20 a 29 anos e de 80,61 % para os trabalhadores com idade entre 30 a 39 anos (35). Médici e outros afirmam que este "rejuvenescimento" da força de trabalho em saúde tem dois motivos: o primeiro é o crescimento acelerado da participação feminina no trabalho em saúde (que também pode ser verificado na Tabela XVIII) e o segundo é a maior taxa de ingresso da mulher no mercado de trabalho em saúde (36).

Com relação ao grau de escolaridade dos auxiliares de saúde empregados pela Secretaria Municipal de Campinas em 1984, Carmem Lavras encontrou dados extremamente semelhantes aos apresentados na pesquisa realizada por Nogueira, na qual se demonstrou que uma parcela majoritária da força de trabalho em saúde no Brasil possuía escolaridade de nível elementar, no período de 1970 a 1980. Na Tabela XIX expõe-se os dados encontrados por Carmem Lavras.

A partir dos dados fornecidos na Tabela XIX, pode-se verificar que uma parcela majoritária dos auxiliares de saúde da

---

(34) Cf. Lavras, Carmem. *op. cit.*, p. 22.

(35) Médici, André C. *et alii. op. cit.*, p. 21.

(36) *Ibid.*, p. 21.

TABELA XIX

Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo  
o Grau de Escolaridade

Grau de Esco- laridade*	HOMEM		MULHER		TOTAL		% ACUMULADA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	MULHER	HOMEM	
Mobral	-	-	1	(1)	1	(1)	100	100	100
Primário Incompleto	-	-	7	(6)	7	(5)	99	100	99
Primário Completo	2	(25)	29	(24)	31	(24)	93	100	94
Ginásial Incompleto	1	(12,5)	37	(31)	38	(30)	69	75	70
Ginásial Completo	2	(25)	24	(20)	26	(20)	38	62,5	40
Colegial Incompleto	-	-	10	(8)	10	(8)	18	37,5	20
Colegial Completo	2	(25)	11	(9)	13	(10)	10	37,5	12
Técnico Incompleto	1	(12,5)	-	-	1	(1)	1	12,5	2
Superior Incompleto	-	-	1	(1)	1	(1)	1	-	1
TOTAL	8		120		128				

Fonte: Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas.

\* A autora adotou nos questionários a denominação dos graus de escolaridade utilizados na época em que os auxiliares de saúde frequentavam a escola. As sinala, entretanto, que tanto a formação primária, quanto a formação profissional correspondem ao que, atualmente, denomina-se 1º grau.

Secretaria Municipal de Campinas não possuíam sequer o 1º grau. Nesse sentido, eles constituíam, em sua maioria, uma força de trabalho com nível de escolaridade elementar e sem qualificação formal específica em saúde. Portanto, os dados apresentados por Carmem Lavras mostram que se reproduziu, em Campinas, a tendência já observada pelos autores anteriormente citados de se concentrar nas ocupações auxiliares um contingente composto majoritariamente por pessoas do sexo feminino com um grau de escolaridade elementar.

O último aspecto que se deseja salientar são os dados obtidos por Lavras sobre a composição dos auxiliares de saúde por profissões anteriores ao ingresso na Secretaria de Saúde de Campinas, que são apresentados na Tabela XX.

TABELA XX

Distribuição dos Auxiliares de Saúde segundo  
Profissões Anteriores

PROFISSÕES ANTERIORES	HOMEM		MULHER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Relaciona- dos à área	1	(12,5)	30	(25)	31	(24)
Não rela- cionadas	6	(75,0)	76	(63)	82	(64)
São auxiliar	1	(12,5)	14	(12)	15	(12)

Fonte: Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas.

Segundo a autora, os dados apresentados na Tabela acima evidenciam que, na experiência de Campinas, "ao contrário do que aconteceu em outras experiências, o treinamento anterior em

outras atividades na área (hospitais, ambulatorios, enfermarias) não foi valorizado no processo de seleção de auxiliares de saúde" (37).

Entretanto, ao que parece, o emprego de indivíduos sem experiência anterior em ocupações de saúde está relacionado a uma tendência determinada pela forma de expansão do setor terciário no Brasil na década de 70.

Além da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, as chamadas Políticas de Recursos Humanos para o setor saúde (38) adotadas pelo governo brasileiro, de meados dos anos 70 até a segunda metade dos anos 80, contribuíram, de forma decisiva, para o surgimento e para a expansão da categoria "auxiliares de saúde".

Neste período, tais políticas diziam ter por objetivo estimular a qualificação dos trabalhadores em saúde que não tivessem preparação específica em saúde, possuindo apenas escolaridade de nível elementar, para que pudessem ser empregados pelas instituições do setor público em seus programas de extensão de cobertura, cuja criação passara a ser incrementada pelo governo federal desde meados da década de 70, conforme exposto no Capítulo II.

Na primeira metade dos anos 70, os Planos e Programas formulados pelos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura enfatizavam o problema da inadequada forma

(37) Lavras, Carmem. *op. cit.*, p. 24.

(38) Segundo Nogueira, Amâncio e Quadra, o uso generalizado do termo "Recursos Humanos" nos serviços de saúde do Brasil consagrou-se a partir dos anos 60, sendo proveniente da área de administração e planejamento para designar formas de intervenção racional sobre a capacidade de trabalho dos indivíduos. Cf. Nogueira, Roberto P. A Força de Trabalho em Saúde. *Revista de Administração Pública*. 17(3):61., Quadra, Antonio & Amâncio, Aloysio. *O Planejamento e a Formação de Recursos Humanos para a Saúde*. in: Guimarães, Reinaldo (org.) Saúde e Medicina no Brasil. p. 242-243.

ção dos trabalhadores de saúde para atender as "necessidades reais" dos serviços de saúde no país, referindo-se não só aos trabalhadores de saúde de nível elementar de escolaridade como também aos de nível superior.

Embora nos planos formulados após 70 se reconhecesse a necessidade de qualificar melhor os contingentes de trabalhadores em saúde de nível elementar, na prática, tais documentos privilegiavam a discussão de políticas de formação e utilização de recursos humanos de nível superior, em detrimento do pessoal de nível elementar. Em relação à formação destes trabalhadores, poucas medidas foram tomadas no sentido de melhorar-lhes a qualificação, pelo menos até meados dos anos 80.

Como já foi salientado em estudos realizados por Quadra e Amâncio, Luz, Nakamae e Médici, nos anos 70, a prioridade atribuída à formação do pessoal de saúde de nível superior nas políticas formuladas pelos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação esteve relacionada com a orientação imprimeada às chamadas políticas de saúde, com o crescimento do ensino superior no país, desde os anos 60, e com as pressões exercidas por setores da classe média e da categoria médica no sentido de obter um aumento do número de vagas nos estabelecimentos de ensino superior (39). Conforme ressaltam tais autores, na década de 70, a política de saúde esteve voltada para o atendimento de uma assistência médica especializada, que caracterizava-se pelo emprego de tecnologias sofisticadas, com objetivos eminentemente lucrativos. Tal forma de organização da prática médica demandava profissionais especializados (médicos, enfermeiras), capazes de comandar o processo de trabalho, aos quais se subordinassem ou-

(39) Cf. Quadra, Antônio e Amâncio, Aloysio, *op. cit.*, p. 241-251.; Luz Madel. *As Instituições Médicas no Brasil*. p. 120-121; Nakamae, Djair. *Novos Caminhos da Enfermagem*. p. 97-115; Médici, André et alii. *op. cit.*, p. 74-87.

tros trabalhadores menos qualificados, mas responsáveis pela execução de tarefas consideradas mais simples (40). Nesse sentido, a política educacional pós-64, estimulou a expansão do ensino superior, o que se pode verificar através do crescimento do número de escolas médicas, por exemplo, que passaram de 26 em 1960 para 76 em 1979 (41), e de Escolas de enfermagem, que passaram de 24 em 1960 para 69 em 1980 (42). Segundo *Médici et alii*, a expansão da oferta de profissionais médicos, decorrente da política educacional adotada após-64, possibilitou o relativo barateamento desta força de trabalho, atendendo, deste modo, aos interesses da política de saúde governamental (43). Daí a preocupação dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Previdência Social em dar prioridade à formação do pessoal de nível superior em seus Planos e Programas.

Concomitantemente, a partir do início dos anos 70, houve um estímulo à formação do pessoal de nível médio através do ensino regular ou do ensino supletivo profissionalizante, a partir da promulgação da Lei 5692/71 (que tornou obrigatório o ensino profissionalizante de 2º grau no país). No setor saúde, esta legislação acarretou o crescimento da oferta de profissionais com formação específica e com um nível médio de escolaridade. Tal fato, segundo se julgava nos Planos Governamentais, possibilitaria absorver um pessoal com maior grau de qualificação (do que os atendentes, que possuíam apenas escolaridade elementar) nos serviços de saúde do setor público, onde notava-se uma carência de profissionais de nível médio. No "Estudo sobre a Formação e Utilização de Recursos Humanos na Área de Saúde", coordenado pelo

(40) Cf. Nogueira, Roberto. *A Força de Trabalho em Saúde*. Revista de Administração Pública. 17(3):63.

(41) Nogueira apud Médici, André et alii. *op. cit.*, p. 67.

(42) Nakamae, Djair. *op. cit.*, p. 101.

(43) Cf. Médici et alii. *op. cit.*, p. 107-108. Segundo o autor o rebaixamento do preço da força de trabalho médica foi possibilitado por uma sobre-oferta de profissionais médicos muito jovens no mercado de trabalho nas regiões metropolitanas a partir dos anos 70.

Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, em 1976, dizia-se:

"A pirâmide ocupacional do setor apresenta graves distorções; a sua base é constituída de pessoal sem qualificação profissional e a proporção entre profissionais é inadequada, (...). Desta forma, torna-se urgente o preenchimento do vazio ocupacional entre o nível universitário e o pessoal sem qualificação, através da preparação de pessoal de nível de 2º grau, utilizando, a curto prazo, a via supletiva para qualificar o contingente de pessoal atuando no setor, bem como incrementando a profissionalização regular." (44)

Ao contrário do que se dizia na passagem acima citada, a Política de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação incentivou, na prática, a absorção do pessoal de nível elementar, cuja expansão numérica no período de 1970 a 1980, já foi apresentada no início deste capítulo.

O exame de um Programa de planejamento de recursos humanos formulado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, naquele período, é um bom exemplo da situação descrita até aqui.

Formulado em 1976, por uma equipe composta por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura, o "Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde" (PPREPS) tinha por objetivo "promover a adequação da formação de pessoal de saúde (quantitativa e qualitativa) às necessidades e possibilidades dos serviços através de uma progressiva integração das atividades de formação na realidade do "Sistema de Saú-

---

(44) Cf. *Médici et alii. op. cit., p. 77.*

de" (45).

Segundo Cordoni Jr., o programa reconhecia a existência de uma inadequação na formação de pessoal técnico e auxiliar, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. Por isso, o Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde propunha que se implementasse a preparação de 170.000 profissionais de nível médio e elementar, entre 1976 e 1979, para cobrir o "deficit" de pessoal e ampliar a cobertura dos serviços. O "Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde" dispunha-se a auxiliar as Secretarias Estaduais no desenvolvimento de projetos de treinamento de pessoal, bem como apoiar iniciativas isoladas, cujos princípios coincidissem com a filosofia do programa (46).

Mas o que parece mais relevante, no "Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde" é sua proposta de priorizar a preparação de pessoal para o setor público e, sobretudo, a formação de "agentes comunitários de saúde" sem vínculo empregatício com as instituições, a fim de estender os serviços de saúde à toda a população, contando com sua "participação ativa" e aproveitando-a como recursos humanos (47).

Esta proposição retrata exatamente a visão utilitarista que a burocracia dos Ministérios da Saúde e da Educação possuía a respeito da população e da "natureza" dos serviços que pretendiam oferecer. Ao mesmo tempo em que constata a inadequação e a insuficiência numérica de pessoal técnico e auxiliar, o Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde recomenda a utilização de trabalhadores sem qualificação específica.

---

(45) Esse programa foi desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Educação e pela Organização Panamericana de Saúde, a partir de 1979. Cf. Cordoni Jr., *Luiz. op. cit.*, p. 74.

(46) *Ibid.*, p. 74.

(47) *Ibid.*, p. 74-77.

ca como solução para sanar a insuficiência da oferta de serviços. É desnecessário dizer que não havia concretamente um compromisso com a qualificação efetiva desses indivíduos, mas é óbvia a intenção de aumentar a oferta de serviços a qualquer custo, independente de uma preocupação maior com a qualidade dos mesmos.

O fato de os recursos orçamentários terem sido destinados para projetos de treinamento nas Regiões Nordeste e Norte do país, ou para projetos de Integração Docente-Assistencial e Sistemas Estaduais de Recursos Humanos, também no Nordeste, ilustra, devidamente, as contradições entre o discurso e a prática da política de formação e utilização de recursos humanos para o setor saúde nos anos 70. Por tratar-se de regiões muito pobres, onde a oferta de empregos era escassa e o Estado constituía o maior empregador, tais políticas abriam possibilidades de utilizar uma força de trabalho pouco qualificada, preparada rapidamente e com poucos gastos. Assim, pretendia-se garantir a expansão de uma rede de serviços básicos, em regiões inegavelmente desassistidas e sem emprego (48).

Além disso, a pressão exercida pelos organismos internacionais (Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde), nos anos 70, no sentido de implementar as proposições do "IIº Plano Decenal de Saúde para as Américas", favorecia o desenvolvimento de "Programas de Medicina Comunitária" e, so-

---

(48) Conforme os dados estatísticos apresentados por André Médici et alii, em 1970, a Região Nordeste, onde se concentrava 11,7 % da Renda Nacional e 30,2 % da totalidade da população brasileira, possuía apenas 18,3 % do total de profissionais de saúde do país. No mesmo ano (1970), a Região Sudeste, onde se concentrava 65,5 % da Renda Nacional e 42,8 % da totalidade da população brasileira, possuía 59,4 % do total de profissionais de saúde do país. Cf. Médici, André et alii. op. cit., p.54. Tais dados, portanto, mostram uma disparidade em termos de concentração de renda e de número de profissionais de saúde entre as duas regiões; esta disparidade era o argumento mais utilizado pelo governo federal para justificar o estímulo a Programas de Formação de Recursos Humanos e para Programas de Extensão de Cobertura na Região Nordeste, dos quais o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, já examinado no Capítulo II, foi um exemplo.

bretudo, a implantação de "Áreas Docente-Assistenciais". Conforme relatam Eleutério Rodrigues Neto e Luiz Cordoni Jr., os projetos de Integração Docente-Assistencial, nos anos 70, diziam ter como objetivo propiciar experiências de estágio prático aos estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia, dentre outros cursos, a fim de proporcionar-lhes oportunidades de entrar em contato com a "realidade de saúde" existente no país (49). Nesse sentido, a dotação orçamentária do Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde foi destinada, em sua maior parte, para a implementação de projetos de "Integração Docente Assistencial", o que, se por um lado expressava uma certa coerência com a orientação imprimida à "política educacional" adotada nos anos 70, dirigida no sentido de aprimorar a formação do pessoal de nível superior, por outro lado contradizia as declarações oficiais, onde se anunciava um compromisso com a formação do pessoal de saúde de nível elementar. Tanto foi assim que, dos 178.400 auxiliares de enfermagem que o Ministério da Educação pretendia formar até 1980, não se conseguiu formar sequer 60.000 auxiliares de enfermagem (50).

As considerações apresentadas até aqui, mostram que, até meados dos anos 70, as propostas dos Ministérios da Saúde e da Educação referentes à formação do pessoal de nível médio e elementar estiveram marcadas por um profundo idealismo e por inúmeras contradições. Além das críticas já formuladas, é preciso ressaltar que, embora o discurso do Programa de Preparação Estratégica de Profissionais de Saúde manifestasse preocupações em relação à qualidade da formação do pessoal de nível elementar, não se verificou, naquele programa, uma referência sequer à questão

---

(49) Cf. Rodrigues Neto, Eleutério. *Integração Docente-Assistencial em Saúde: Origens, Implicações e Perspectivas*. p. 36-40; Cordoni Jr., Luiz. *op. cit.*, p. 76.

(50) Cf. Quadra, Antonio e Amâncio, Aloysio. *op. cit.*, p. 249-251.

da profissionalização daqueles segmentos através da escolarização regular, o que, em certa medida, possibilitaria elevar a qualificação do pessoal de nível elementar empregado nos serviços de saúde de setor público, voltados para a realização dos "cuidados primários de saúde". De qualquer forma, a orientação imprimida às "políticas de formação de recursos humanos para a saúde", até meados dos anos 70, reforçou ainda mais a polarização já existente no mercado de trabalho em saúde, entre as profissões de escolaridade de grau superior e as ocupações de nível elementar.

Ainda em relação às estratégias adotadas até 1980, pode-se verificar que o estímulo dado pelos Ministérios da Educação e da Saúde para a chamada "Educação em Serviço" significou, de fato, a transferência da responsabilidade pela formação do pessoal de nível elementar do sistema educacional para os serviços de saúde, mantendo, sob o comando do primeiro, apenas a formação dos profissionais de nível médio e superior. Tal situação, ao que parece, reforça a idéia de que a prática profissional do pessoal de nível elementar prescinde de conhecimentos teóricos mais "complexos", dependendo, apenas, de destreza manual e habilidades técnicas para executar ações de saúde simplificadas, o que é, no mínimo, questionável. Neste caso, a opção pelo treinamento em serviço e as considerações teóricas que o defendem, encobrem, de fato, a intenção de oferecer uma preparação mínima ao pessoal de nível elementar, que seria responsável pela execução das ações de saúde que, teoricamente, dispensam tecnologias mais sofisticadas. Na perspectiva adotada pelo Ministério da Saúde, até os anos 80, a implementação dos "Programas de Atenção Primária" (destinados a grupos sociais, excluídos do acesso a formas "mais complexas" de assistência médica) requeria a utilização de um pessoal de nível elementar cuja formação atendessem aos requisitos que julgavam necessários para que se pudesse esta

belecer um determinado tipo de "interação" entre a população e os serviços de saúde, do que um pessoal mais qualificado do ponto de vista técnico.

As concepções defendidas por alguns expositores na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, são um exemplo ilustrativo do que se declarou acima:

"Não é o nível de capacitação técnica que garantirá maior êxito para os serviços, mas sim, o grau de inserção desses no contexto social das comunidades. Trata-se antes de preparar recursos humanos aptos a participarem do processo como agentes articuladores entre os serviços e a comunidade, pois que não se mostram tão incontornáveis as dificuldades técnicas identificadas para a prestação dessas ações fundamentais que compõem o essencial deste programa" (51).

Além disso, em 1980, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, a discussão sobre o Planejamento de Recursos Humanos para a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) teve grande destaque. Em tal evento, os participantes defendiam o ponto de vista de que a extensão de cobertura dos serviços de saúde, através da Atenção Primária, implicava na formação de agentes ou "auxiliares de saúde", que deveriam ser selecionados entre leigos, moradores das "comunidades" rurais ou dos bairros de periferia. A abundância de pessoal com nível elementar de escolaridade, que poderia ser treinado em um curto espaço de tempo, e a carência de pessoal de nível médio, nas diferentes

---

(51) Cf. Fanuck, Lia. Ação Integrada Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde de na Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços Básicos. In. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980, p. 123.

regiões do país, eram usadas como justificativa para estimular a utilização de auxiliares de saúde, na 7ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse sentido, o uso de auxiliares de saúde era recomendado principalmente àquelas regiões em que não se contava com profissionais universitários. Sua utilização trazia à baila o problema da delegação de funções. Recomendava-se que esse procedimento não fosse restringido a uma mera transferência de tarefas, mas que implicasse na "desmonopolização do saber", na "transferência de conhecimentos", e na "descentralização do poder" tradicionalmente concentrados nas mãos dos médicos. A consecução desses objetivos projetaria uma credibilidade ao pessoal elementar e a maneira de obtê-los era a adoção da "Educação Continuada" (52).

Através do exame dos documentos da VII Conferência Nacional de Saúde pôde-se notar um movimento de retomada de alguns princípios que orientaram a prática de saúde pública antes de 64, bem como a total adesão do Ministério da Saúde às proposições da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Mas, até aqui, persiste o distanciamento entre os planos discursivo e prático. Em primeiro lugar, a opção pela utilização de pessoal de nível elementar, como já foi discutido, esteve ligada a uma atitude pragmática. A política educacional dos anos 70, como se viu, jamais privilegiou, na prática, a preparação de pessoal de nível elementar, delegando-a ao ensino supletivo, na maioria das vezes. É contraditório que, ao mesmo tempo, se fale tanto no preparo do pessoal de nível elementar e se descuide tanto de sua formação no âmbito do sistema educacional público regular, valendo o mesmo raciocínio para a situação dos cursos de nível médio. É indiscutível que a orientação dessas políticas dava-se no sentido de encaminhar os indivíduos capacitados pelo sistema educacional, a

---

(52) Cf. Fanuck, *Lia . op. cit.*, p. 125.

nível do 2º grau, para o ingresso no nível superior, especialmente para aquele voltado ao preparo de técnicas especializadas. Aos indivíduos impedidos de ingressar nos cursos superiores, cabiam as ocupações menos prestigiadas e pior remuneradas, que não demandavam, no serviço público, uma qualificação específica. Além disso, as considerações eminentemente ideológicas de "descentralização do poder", "desmonopolização do saber" não correspondiam à organização e divisão do trabalho efetivamente existentes nos serviços de saúde. Implicavam, na realidade, numa modificação radical das relações sociais de produção e distribuição do conhecimento. Portanto, dependiam de transformações mais profundas a nível da formação social e econômica, não podendo ocorrer simplesmente nos limites dos serviços de saúde através de processos educacionais. Finalmente, notou-se, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, uma retomada da preocupação com a formação generalista dos profissionais de saúde. Isto sim, provocou algumas tentativas de reorientação curricular nas escolas superiores, provavelmente por adesão à proposta ministerial de estimular a expansão dos serviços básicos nos anos 70.

É preciso salientar que a realização das discussões sobre recursos humanos de nível elementar, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, projetaram, a um lugar de destaque, as experiências que já vinham sendo desenvolvidas em vários locais, como em Campinas, por exemplo. É inegável que a experiência acumulada em projetos dessa natureza reforçava a possibilidade de generalizá-los a nível nacional, pois seus sucessos eram citados como exemplo e seus aspectos negativos, como problemas para reflexão. É preciso considerar, inclusive, que tal utilização e preparação de auxiliares de saúde tomavam características diferentes, dependendo das forças políticas que assumiam a direção dos programas e das especificidades locais.

Após a 7ª Conferência Nacional de Saúde, certos projetos experimentais foram implantados em alguns estados do Nordeste visando a qualificação do pessoal de nível elementar, e ganhando, posteriormente, expressão nacional.

Em 1981, a partir de um acordo entre o Ministério da Educação e Cultura e os Ministérios da Saúde, Previdência Social e a Organização Panamericana de Saúde, teve início o desenvolvimento do "Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para os Serviços de Saúde", mais conhecido como "Projeto Larga Escala". Tinha por finalidade oferecer e sistematizar a qualificação da força de trabalho já atuante no setor público de saúde, através de sua profissionalização (53). No entanto, a implantação do "Projeto Larga Escala" ganhou maior impulso a partir de 1986, ano em que foram realizadas a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Recursos Humanos, nas quais a proposta de profissionalização do pessoal de saúde de nível elementar foi incorporada como uma das recomendações apresentadas no Relatório Final daqueles eventos (54). É importante ressaltar que, em Campinas, o "Projeto Larga Escala" só foi implantado no 2º semestre de 1988, quando já se havia encerrado a coleta de dados para o presente estudo; por isso, os resultados de sua implantação, em Campinas, não serão discutidos aqui.

Na proposta original do "Projeto Larga Escala" declarava-se que as instituições envolvidas com a sua implantação pretendiam promover uma articulação mais efetiva entre a "formação

---

(53) Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Organização Panamericana de Saúde. Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde. (1), p. 1.

(54) Cf. Vieira, Thereza e Sucato, Rosângela. Formação de Pessoal Auxiliar para Enfermagem nos Serviços de Saúde: Brasil. Educación Médica y Salud. 22(1):35.

em serviço" e o sistema educacional, através da adoção de medidas que garantissem a profissionalização do pessoal de saúde de nível elementar (55). Com esta finalidade, o "Projeto Larga Escala" propôs que se estabelecessem mecanismos de formação sistemáticos, organizados do ponto de vista administrativo e financeiro, e que se estruturassem currículos para serem desenvolvidos no âmbito dos próprios serviços de saúde, articulando teoria e prática a partir do domínio de conhecimentos e aquisição de habilidades. Conforme se lê no "Projeto Larga Escala", em sua elaboração optou-se pela adoção de uma metodologia de ensino voltada à Educação de Adultos, baseada em um Quadro Teórico que procurava sintetizar aspectos das abordagens de psicologia genética, de Piaget; estudos de sociologia e antropologia, desenvolvidos por Bourdieu, Boltanski Carlos Brandão e Leite Lopes; e da metodologia de formação de adultos de Joffrê Dumazedier (56). O ponto central da proposta pedagógica do "Projeto Larga Escala" era:

"... a integração ensino-trabalho, que o separa radicalmente das formas acadêmicas que dicotomizam a teoria da prática, o ensino e o desempenho profissional efetivo. (...)" (57)

---

(55) A condução do Larga Escala era responsabilidade da Secretaria de Ensino de 1ª e 2ª graus e da Sub-Secretaria de Ensino Supletivo do MEC, embora a consecução ficasse a cargo das Secretarias Estaduais de Educação e dos Conselhos Estaduais de Educação. O fim do Larga Escala era: "qualificar profissionalmente e habilitar por meio de certificado, (...), o pessoal já empregado na força de trabalho ou em fase de admissão". Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Organização Panamericana de Saúde, Projeto Larga Escala (2), p. 2.

(56) *Ibid.*, p. 6-11.

(57) *Ibid.*, p. 4.

A matriz de tal processo educacional seria o "processo de trabalho", sobre o qual seria definido o "perfil técnico" requerido, a "seleção e organização dos conteúdos", "a seqüência temporal das atividades pedagógicas" e o processo de "avaliação" (58). Conforme argumentava-se no "Projeto Larga Escala", a utilização de tais metodologias de ensino possibilitaria desenvolver um processo pedagógico que propiciasse tanto o "desenvolvimento intelectual" quanto a "autonomia de ação do adulto" para que ele se transformasse "de consumidor passivo em produtor de conhecimentos, interferindo de modo desejável em seu meio" (59). O "Projeto Larga Escala" previa, ainda, que tal formação deveria se realizar, a curto prazo, através de ensino supletivo profissionalizante, sem que se descuidasse, ao mesmo tempo, da educação geral dos trabalhadores de nível elementar (60). Finalmente, como alternativa para que se pudesse operacionalizar estas concepções a respeito de formação de pessoal de nível médio e elementar, o "Projeto Larga Escala" previa a criação de "Centros Formadores de Recursos Humanos", cujo funcionamento ficaria sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Educação e de Saúde. Em sua fase inicial (a partir de 1981), o "Projeto Larga Escala" foi implantado nos Estados de Alagoas e Piauí, mas previa-se que nos anos seguintes fossem atingidos outros Estados (61).

---

(58) *Ibid.*, p. 4.

(59) *Ibid.*, p. 5.

(60) "... a legitimação do processo através de articulações com o sistema formal de ensino, por meio da via supletiva (Lei 5692/71 e Pareceres 853/71 e 540/77 do Conselho Federal de Educação, possibilitando a concessão de certificados oficialmente reconhecidos para aqueles que alcançarem um desempenho profissional adequado e complementado com os requisitos da educação básica" era uma das propostas defendidas pelo "Projeto Larga Escala". *Ibid.*, p. 5.

(61) *Ibid.*, p. 11. Não se encontrou referências, em documentos ou artigos de revistas especializadas, sobre a continuidade do processo de implantação do "Larga Escala" no país. Entretanto, informalmente, obteve-se a informação de que houve tentativas de implantar o "Projeto Larga Escala" no Rio Grande do Sul, a partir de 1986, e no Estado de São Paulo, mais especificamente em Campinas, em 1988.

Deseja-se ressaltar, aqui, algumas críticas em relação à visão de "educação em serviço" expressa na formulação original do "Projeto Larga Escala". Ao que parece, em tal projeto, a recorrência ao sistema educacional oficial tem por objetivo simplesmente a legitimação do processo educacional, desenvolvido em serviço, através da concessão de certificados. Nesse sentido, fica explícita a concepção de que o sistema escolar regular é incapaz de oferecer uma formação adequada às necessidades dos serviços de saúde e, daí, a opção por tomar a si a tarefa de preparar seus próprios profissionais. Tomada esta atitude, corre-se o risco de desobrigar definitivamente o sistema escolar de assumir sua responsabilidade com a educação para o trabalho, num sentido amplo, e de reduzi-la ao próprio treinamento.

A mesma situação pode se repetir, quando se emprestam novas roupagens às tradicionais formas de treinamento em serviço (que pretendem preparar o indivíduo para assumir exclusivamente o "perfil" compatível à sua função), em vez de se modificar efetivamente sua concepção de formação para o trabalho, o que não pode ser garantido simplesmente pela utilização de metodologias de ensino baseadas em abordagens críticas.

Portanto, embora a nível discursivo o "Projeto Larga Escala" pretenda questionar as condições de trabalho e de formação que enfrentam os profissionais aos quais ele se destina, não se verificou, na leitura da proposta, nem um questionamento dos motivos que geram o que os seus formuladores chamam de "distorções" do sistema educacional, nem um questionamento das "distorções" existentes no próprio sistema de saúde, que, ao contrário do que pretende o "Larga Escala", continua absorvendo pessoal de nível elementar sem qualificação formal específica em vez de absorver os técnicos e auxiliares de enfermagem disponíveis no

mercado de trabalho (62).

Em 1986, algumas propostas do "Projeto Larga Escala" foram incorporadas às recomendações da "Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde", realizada em Brasília, no mês de outubro de 1986, após a conclusão da "8ª Conferência Nacional de Saúde". No Relatório Final da "Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde", diante do objetivo de garantir a melhoria das condições de trabalho e da preparação do pessoal de saúde, recomendava-se a adoção das seguintes medidas: realização de concursos públicos para seleção dos funcionários, sob o controle de suas entidades representativas; a realização de treinamento de ingresso e estágio probatório; estabelecimento de isonomia e pisos salariais condignos; a adoção da dedicação exclusiva ao serviço; a formulação de Planos de Cargos e Salários, que correspondam a profissões regulamentadas e de titulação reconhecida; a realização da "avaliação de desempenho" dos profissionais, baseada em indicadores como a resposta dos usuários em relação à qualidade do serviço prestado; a eleição direta para cargos de direção, chefia e coordenação de serviços (63).

Na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, especificamente em relação à formação e aprimoramento de pessoal de níveis médio e elementar, foi analisado o problema da articulação entre as instituições prestadoras de serviço e o setor educacional, a formação e a educação continuada, e a inserção desses profissionais no mercado de trabalho. Foram identificados como entraves à articulação entre os serviços de saúde e o sistema educacional: a ausência de objetivos comuns entre as instituições formadoras e os serviços; a falta de compromisso do sistema

---

(62) Sobre estas "distorções", Cf. Almeida, Maria C. A Formação do Enfermeiro Frente à Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*. 2(4): 506.

(63) Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Relatório Final, p. 13-22.

educacional com a profissionalização desse pessoal, que se expressa pela pequena oferta de vagas e inadequação curricular; resistência oferecida à criação de centros formadores de recursos humanos do setor público, por parte do sistema educacional privado; a ausência de participação efetiva dos serviços de saúde junto ao sistema educacional que acentua as distorções entre o "perfil" do profissional formado e as necessidades dos serviços de saúde públicos, além da importância meramente retórica que os Planos Nacionais têm dado à questão (64). Previa-se, como solução, a criação de comissões ou grupos de trabalho, formados por representantes de órgãos dos setores de saúde, educação e trabalho, junto às Comissões Interinstitucionais de Saúde, que eram responsáveis pelo desenvolvimento das chamadas Ações Integradas de Saúde, bem como pelo fato de o setor saúde assumir a orientação dos conteúdos curriculares, que deveriam ser implementados pelo sistema educacional (65).

Em relação à formação e à "Educação Continuada", detectaram-se alguns problemas decorrentes da situação educacional existente no país. Observou-se que o problema da má qualidade da força de trabalho de nível elementar e médio, absorvida pelos serviços de saúde, decorria da inadequação entre a sua formação e as necessidades do serviço. Este processo agravava-se porque a maioria destes indivíduos obtinha formação através de exame de suplência que, principalmente na área de enfermagem, habilitava-os apenas formalmente para o trabalho, sem avaliar efetivamente a capacidade técnica desse profissional. Por outro lado, o processo de educação continuada, desenvolvido geralmente nas instituições de saúde vinha sendo implantado a partir de pacotes que não respondiam às especificidades de cada local, prejudicando a

---

(64) *Ibid.*, p. 23

(65) *Ibid.*, p. 23.

formação do pessoal de nível elementar (66)

Conforme o que se verificou até aqui, pode-se concluir que os diversos Programas referentes à "Formação e Utilização de Recursos Humanos de Nível Médio e Elementar para a Saúde", adotados pelo Governo brasileiro, no período compreendido entre 1976 e 1987, em cada década, corresponderam a um tipo de visão a respeito dos objetivos que se pretendia alcançar e dos meios que se deveria dispor para pôr em prática uma "política de recursos humanos" mais coerente com as orientações imprimidas à política de saúde. Nesse sentido, observou-se que, a partir de meados dos anos 70, a orientação da "política de recursos humanos" para o pessoal de nível elementar esteve voltada para a implantação dos "Programas de Atenção Primária" ou dos "Serviços Básicos de Saúde", o que correspondeu a um estímulo bastante significativo do emprego de trabalhadores sem qualificação específica em saúde, provenientes das próprias localidades que se pretendia atender. No afã de estender a cobertura dos serviços de saúde a grupos sociais excluídos de qualquer forma de atenção médica, a "política de recursos humanos" investiu mais na formação em quantidade do pessoal de nível elementar, do que no preparo qualitativo dos mesmos, havendo também uma supervalorização de aspectos estritamente ideológicos (no sentido de que o auxiliar de saúde era concebido como um indivíduo mais sensível aos problemas e à cultura do grupo social ao qual pertencia), em detrimento da valorização de uma competência profissional específica para atuar em serviços de saúde.

Por outro lado, a partir de 1981, o discurso dos Programas Nacionais, voltados para a formação de Recursos Humanos

---

(66) *Ibid.*, p. 24.

em saúde, revela uma acentuada preocupação com a melhoria da qualificação dos trabalhadores de nível elementar empregados nas instituições de saúde do setor público. Tal fato está associado ao objetivo de aumentar a eficiência e a produtividade das ações de saúde desenvolvidas naquele setor, o que, segundo a perspectiva assumida pelas instituições estatais (Ministérios da Saúde e da Previdência Social), implicaria numa elevação da qualificação média dos trabalhadores em saúde.

No entanto, esta abordagem continua se debatendo entre a posição de tomar a si a tarefa de qualificar os profissionais de nível médio e elementar nos próprios serviços de saúde ou de delegar este papel ao sistema educacional. Viu-se que, no Projeto Larga Escala, a intenção inicial era recorrer ao Sistema Educacional apenas para legitimar a formação oferecida pelos Serviços de Saúde. Apenas a partir da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Recursos Humanos, a questão da profissionalização do pessoal de nível elementar e de nível médio mereceu um novo tratamento, na medida em que se identificaram as dificuldades de fato existentes para realizar uma articulação entre o sistema educacional e os serviços de saúde. Disto decorreu a recomendação de que se criassem Escolas Técnicas Públicas, de caráter multiprofissional e específicas para o setor saúde, e de que se extinguisse o exame de suplência como mecanismo de habilitação para o pessoal de nível médio. Ao que parece, se a partir de 1986 tais recomendações fossem levadas a efeito, assistir-se-ia a uma importante melhoria do nível de escolaridade e de formação específica dos trabalhadores de saúde de nível elementar, que constituíam, até aquele ano, o segmento majoritário da força de trabalho empregada nas instituições de saúde do setor público.

### 3.2. As Políticas de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Campinas - Seleção e Treinamento para Auxiliares de Saúde.

Assim como as "políticas de saúde municipal", "as políticas de formação de recursos humanos" adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no período de 1977 até 1986, apresentaram algumas semelhanças com a política de recursos humanos, a nível nacional, examinada até aqui. No entanto, é preciso chamar a atenção para a especificidade que marcou a proposta de formação de auxiliares de saúde em Campinas, desde 1977, é que fez com que esta experiência se tornasse reconhecida nacionalmente como uma proposta exemplar de formação de pessoal de nível elementar sem qualificação formal específica em saúde para atuar em Programas de Atenção Primária. Tal especificidade é atribuída ao fato de tratar-se de uma das primeiras experiências em Atenção Primária de Saúde desenvolvidas no país, nos anos 70, que contou com a participação de indivíduos provenientes dos próprios locais onde seriam implantados os diversos postos de saúde. Estes indivíduos geralmente possuíam algum tipo de participação política nos movimentos populares existentes naquela época, ou estavam ligados a atividades promovidas por Igrejas e por Centros Comunitários.

No presente estudo, deseja-se examinar as práticas educativas para auxiliares de saúde desenvolvidas no interior da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no período compreendido entre 1977 e 1986, com o intuito de preparar uma força de trabalho sem qualificação específica em saúde e com nível de escolaridade elementar para implementar as "políticas de saúde" adotadas por aquela instituição no período mencionado. Para efeitos de análise, optou-se por dividir tal período em dois momentos: o pri-

meiro, de 1977 a 1981, quando foi implantado o Programa de Medicina Comunitária, após o que, se iniciou a implantação dos 22 primeiros postos de saúde e a contratação de 120 auxiliares de saúde até o final de 1979. Além disso, neste primeiro momento, assiste-se à criação da Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, e à elaboração de uma série de normas que visavam à organização do processo de trabalho nos postos de saúde ligados ao Serviço de Saúde Comunitária. O segundo momento, compreendido entre 1982 e 1986, caracteriza-se por algumas mudanças político-institucionais na Secretaria Municipal de Saúde, ligadas à incorporação da instituição ao Prô-Assistência e ao Programa de Ações Integradas de Saúde, que foram acompanhadas pela ampliação do número de postos de saúde, que passaram a ser 33 em 1984 e pela elevação do número de auxiliares de saúde, que passaram a 198 em 1984 e 214 em 1985. Além disso, em 1984 tem início a reciclagem dos auxiliares de saúde, criam-se as Comissões de Programação, Avaliação e Supervisão e a Assessoria de Estudos e Programas. Estas passam a responsabilizar-se pelo processo de seleção, agora transformado em concurso público, e pelo processo de treinamento nos postos de saúde para os auxiliares de saúde recém-ingressantes na Secretaria.

Para examinar o significado e a evolução que as práticas educativas para auxiliares de saúde assumiram em cada um destes dois momentos, optou-se por realizar uma reconstituição histórica dos processos de seleção, treinamento e reciclagem desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Tal reconstituição foi feita através da análise dos documentos produzidos por aquela instituição, referentes às práticas educativas para auxiliares de saúde, e de entrevistas realizadas com os auxiliares de saúde e com os médicos que participaram do desenvolvimento dos

processos de seleção, treinamento e reciclagem nos dois diferentes momentos históricos. Em relação a esta fonte de pesquisa, o critério utilizado para selecionar os 10 auxiliares de saúde que foram entrevistados foi o de terem sido contratados na época em que fora implantado o Programa de Medicina Comunitária e inaugurado o posto de saúde no qual o auxiliar trabalhava até 1986. A escolha de tal critério decorreu da intenção de reconstituir a história das práticas educativas, a partir do relato de indivíduos que tivessem participado das mesmas durante todo o período em exame. Foi por este mesmo motivo que este critério foi utilizado para selecionar os médicos que seriam entrevistados, os quais foram os principais responsáveis pela realização das seleções e treinamentos para auxiliares de saúde, desde a implantação do Programa de Medicina Comunitária em 1977.

A exposição dos dados obtidos através desta investigação dar-se-á da seguinte forma: inicialmente, examina-se o processo de trabalho realizado nos postos de saúde da Secretaria Municipal para o qual dirigiam-se as práticas educativas para auxiliares de saúde, tendo-se em vista que este tipo de educação processava-se no próprio serviço. Em seguida, discute-se as características da seleção e do treinamento dos auxiliares de saúde em cada um dos momentos mencionados acima, bem como a criação e o funcionamento das Comissões que os regulamentavam e desenvolviam, de modo a garantir a implementação daquelas "políticas de saúde". Com isso, procura-se apreender o significado da utilização dos auxiliares de saúde e o sentido do "treinamento em serviço e da "Educação Continuada" para o desenvolvimento dos Programas adotados pela Secretaria Municipal de Saúde, no período de 1977 a 1986.

### 3.2.1. As Práticas Educativas para Auxiliares de Saúde no Programa de Atenção Primária, no Período de 1977 a 1981.

Desde a implantação do Programa de Medicina Comunitária da Secretaria Municipal de Campinas, em 1977, o processo de trabalho realizado nos postos de saúde foi organizado a partir de uma divisão técnica do trabalho, onde as tarefas consideradas de maior complexidade eram realizadas pelos profissionais com nível de escolaridade superior e as tarefas consideradas mais simples eram executadas pelos auxiliares de saúde. Como as tarefas consideradas mais simples eram também as mais numerosas, obtinha-se uma poupança de trabalho qualificado, o que possibilitava oferecer uma maior quantidade de serviços a custos mais baixos. Além disso, o cuidado médico nos postos de saúde resolvia-se através da decomposição do processo de trabalho em operações parciais, posteriormente integradas através de uma hierarquia de profissionais (67), lembrando muito a descrição realizada por Marx sobre o processo de trabalho desenvolvido nas manufaturas, citado no capítulo I deste estudo. Através da delegação de funções mais simples ao pessoal menos qualificado (no caso, os auxiliares de saúde), as quais são também as mais numerosas, obtêm-se uma maior racionalização do processo de trabalho, paralelamente a uma poupança de trabalho qualificado. Conforme ressalta Roberto Nogueira, nesta forma de organização do trabalho em saúde, correspondente à Medicina Comunitária e à Atenção Primária, ocorre uma tendência a ocupar o pessoal de nível superior nas atividades de gerência técnico-administrativa, que consiste em controlar o trabalho dos profissionais subalternos, prescrever normas

---

[67] Cf. Nogueira, Roberto P. *A Força de Trabalho em Saúde*. Revista de Administração Pública. 17(3):63.

e supervisionar sua execução, ao passo que as funções mais simples são destinadas ao pessoal auxiliar, que "as executam em cumprimento a normas de trabalho mais ou menos rígidas" (68).

A partir da leitura do Relatório Anual referente a 1977, pôde-se verificar que, inicialmente, a organização do trabalho nos postos de saúde não apresentava uma uniformidade. As atividades desenvolvidas em cada um dos postos de saúde - gineco-obstetrícia, saúde mental, atendimento de grupos - dependiam predominantemente do tipo de profissionais disponíveis (alguns especializados em gineco-obstetrícia, psiquiatria, pediatria) e dos recursos materiais existentes (69). Ao longo dos dois primeiros anos, procurou-se "padronizar", "uniformizar" as ações de saúde realizadas nos postos, a fim de definir "um modelo de atenção primária adequado à realidade do município" (70).

A partir da formulação e da discussão do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", em 1978, as ações de saúde executadas em cada posto foram normatizadas, como se viu no capítulo anterior. Tal normatização expressa, por certo, uma determinada forma de organização do trabalho que se desejava implantar nos postos de saúde, definindo o lugar de cada profissional na divisão técnica do trabalho no interior do serviço, e as atribuições que lhes competiam. Além disso, a formulação dos Programas para os diversos grupos populacionais atendidos (Programa de Atenção Materno-Infantil) e algumas doenças específicas (esquistossomose, hipertensão, diabetes) possibilitava articular os diferentes momentos da produção de serviços, ou seja, da assistência médica. É necessário salientar que tal forma de organização do trabalho nos postos de saúde manteve-se inalterada até

---

(68) *Ibid.*, p. 65.

(69) *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual - 1977*, p. 12.

(70) *Secretaria Municipal de Saúde, Política Municipal de Saúde Comunitária*, p. 1.

que houvesse qualquer mudança na orientação da "política de saúde" da Secretaria Municipal de Campinas, o que, de certa forma, ocorreu com a introdução das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Prô-Assistência, a partir de 1983.

Conforme consta nos Relatórios da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o trabalho nos postos desenvolvia-se de modo associado, sendo realizado por diferentes tipos de profissionais (médicos, enfermeiras, auxiliares de saúde), responsáveis pela execução de tarefas isoladas, mas integradas num mesmo processo de produção de serviços. Conforme estes mesmos documentos davam a entender, a cooperação técnica entre os profissionais realizava-se a partir da delegação de funções dos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros) aos auxiliares de saúde que, devidamente treinados, se ocupavam da execução de tarefas simples sob supervisão dos médicos do serviço. Segundo explicavam nos documentos, a delegação de funções aos auxiliares dependia da identificação de critérios de risco de morbidade para cada grupo ou cliente e, geralmente, tal medida era estabelecida pela avaliação médica, a partir de uma escala de riscos (71). Como os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde explicavam no documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", a execução das tarefas atribuídas aos atendentes pressupunha seu treinamento prévio para realizá-las e mecanismos permanentes de supervisão de seu trabalho. Neste mesmo documento, a supervisão era concebida como um momento de educação do auxiliar de saúde e de controle da qualidade do serviço.

Conforme queriam os formuladores da "política municipal de saúde", o trabalho no posto de saúde deveria ser organiza

---

(71) Secretaria Municipal de Saúde. *Política Municipal de Saúde Comunitária*, p. 24.

do a partir de Programas e Sub-Programas destinados aos diferentes grupos etários ou morbidades, por exemplo: crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, (72), de modo que se obtivesse uma racionalização da produção de serviços. Assim, de acordo com cada Programa, a "política municipal de saúde" definia a organização do processo de trabalho nos postos de saúde e as atribuições e competências de cada profissional.

No documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" ficou estabelecido que aos médicos competia: a realização das consultas médicas, precedidas pelo atendimento de enfermagem; a participação nas atividades administrativas, técnicas e programáticas de seu posto e da rede de postos de saúde; a responsabilidade pelo treinamento e pela reciclagem dos atendentes, bem como pela transferência de práticas e conhecimentos próprios da enfermagem àqueles e à "comunidade". Além disso, tal documento prescrevia que os médicos deveriam participar da formação e orientação de grupos de clientes e do planejamento da visita domiciliar (73).

Concomitantemente, dizia-se no mesmo documento que os enfermeiros eram incumbidos de participar da capacitação e reciclagem dos atendentes; dar atenção direta aos indivíduos e grupos, no diagnóstico e tratamento de doenças mais frequentes e contribuir para a solução de problemas de saúde. Note-se que as funções de administração e de supervisão de pessoal de enfermagem (no caso, os auxiliares de saúde) não eram atividades exercidas

---

[72] *Ibid.*, p. 20-45. A criação dos Programas era justificada como uma tentativa de racionalizar o atendimento e a utilização de recursos humanos e materiais, pois sua implantação permitiria estabelecer normas operacionais, a fim de definir o fluxo da demanda, priorizando o atendimento a determinados grupos. A opção por essa forma de organização do serviço traduz a adesão ao modelo tecnológico, descrito por Ricardo B.M. Gonçalves, como típico da Atenção Primária de Saúde.

[73] *Ibid.*, p. 19.

exclusivamente por enfermeiros, sendo compartilhadas com os médicos, até 1981. Na "política municipal", o reduzido número desses profissionais na Secretaria de Saúde era justificado como um dos fatores responsáveis por tal situação [74].

Nessa divisão do trabalho cabiam, aos auxiliares de saúde, as tarefas simples, tanto assistenciais quanto administrativas. Conforme se lê no documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", o auxiliar de saúde era responsável por realizar as matrículas de usuários do posto e sua inscrição nos respectivos programas (gestantes, crianças, hipertensos). Era encarregado da abertura de fichas (prontuário) e de registrar os dados de identificação dos pacientes. A Prê-Consulta era uma atividade específica do auxiliar e consistia na tomada de dados antropométricos, em exame físico simplificado e identificação de queixas do paciente, posteriormente registrados em seu prontuário. Se fosse a primeira consulta ou, em casos de retorno, um problema que não coubesse ao auxiliar resolver, o cliente era encaminhado à consulta médica. Às vezes, o auxiliar participava também da realização da consulta médica e, então, dizia-se ter havido uma consulta conjunta. Era sua atribuição a Pós-Consulta, em que o auxiliar de saúde deveria esclarecer as possíveis dúvidas do cliente em relação a seu estado de saúde e à terapêutica prescrita na consulta médica, além de realizar o encaminhamento do cliente a outros serviços e fazer o agendamento da sua próxima visita ao posto. Nesta etapa, seu papel de educador sanitário era evidente. A aplicação de vacinas era outra tarefa específica atribuída ao auxiliar, bem como atribuíam-lhe a realização de visita domiciliar aos faltosos dos programas. O auxiliar de saúde deveria ser responsável pela condução do atendimento a grupos (mães, gestan-

---

[74] *Ibid.*, p. 18.

tes, hipertensos), orientando-os sobre técnicas de alimentação, estimulação psicomotora de bebês, prevenção de doenças, anatomia e fisiologia da gestante, parto, etc. Os procedimentos de enfermagem - curativos, aplicação de medicação injetável, verificação de pressão arterial e temperatura, etc. -, bem como o tratamento de dermatites, verminoses, e o acompanhamento de clientes hipertensos, diabéticos também eram tarefas desenvolvidas pelos auxiliares [75].

No documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", previa-se, ainda, que das atividades administrativas realizadas pelos auxiliares constavam a participação em reuniões da equipe e de outras instâncias da Secretaria [76]; o preenchimento do Relatório de Produção do Posto, de material de consumo e de medicamentos.

No documento acima citado, dizia-se que a participação do auxiliar de saúde no processo de trabalho em atenção primária não se restringia à execução de técnicas, ou seja, à manipulação de instrumentos materiais. Nos documentos da instituição, atribuíam-se ao auxiliar de saúde um papel "orientador e educativo, canalizando para o posto informações sobre as condições de vida e saúde da população a ser coberta e, (...) atuando como agente de difusão de conhecimentos técnicos preventivos e curativos para a comunidade" [77]. Portanto, ele constituiria o "elo" entre a "comunidade" e o serviço de saúde [78].

Através dos entrevistas realizadas com os auxiliares de

[75] Todas as informações acerca do trabalho do auxiliar, nessa fase, foram retiradas do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária", p. 18.

[76] A Comissão de Representantes dos Postos contava com a participação de um auxiliar de cada posto, e na Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, metade dos membros eram auxiliares de saúde.

[77] Secretaria Municipal de Saúde. Política Municipal de Saúde Comunitária. p. 13.

[78] *Ibid.*, p. 13.

saúde, observou-se que todos eles percebiam o processo de trabalho no qual estavam inseridos, no período de 1977 a 1981, da mesma forma como este fora proposto no documento "Política Municipal de Saúde". Diziam eles:

"Ah, no posto, no posto o trabalho da gente ia desde (desde a) recepção até a pós-consulta. Fazia a abertura da ficha, tirava os dados. Aí encaminhava pro doutor. Depois voltava (para o auxiliar) e a gente fazia as orientações que precisava". (M., Auxiliar de Saúde).

"O trabalho era muito. A gente ficava até 9 horas da noite aqui (...). Tinha os residentes que vinha, trabalhavam à noite e tinha os trabalhadores que vinham às 6 horas. Eles vinham, né? Então tinha que trabalhar... Por exemplo, quando tava assim, aquele sufoco, todo mundo trabalhava, repartia um pouquinho, repartia um pouco e fazia (...). Depois, entrou o C., também ajudava. Nessa época, tinha eu, a D. e a E. Daí ficava duas fazendo vacina, uma fazendo cartão e os médicos ficavam sozinhos. Mas dava conta, era gostoso, o pessoal adorava, era ótimo". (C., Auxiliar de Saúde).

"A entrada no posto se faz sempre pelo auxiliar. Tirava a história do paciente e resolvia alguma coisa, se não (resolvia) encaminhava parte é o médico (sic), que era a consulta conjunta; se resolve tudo, é consulta do auxiliar; se não resolve é só consulta médica (...)" (L., Auxiliar de Saúde).

"Fazia visitas nas casas prã saber porque os inscritos nos programas tinham faltado ao agendamento, para sa-ber as condições em que viviam. (...). A gente fazia reuniões no bairro, para discutir os problemas do bair-ro, coisas que aconteciam na escola, o foco de xisto-ma que tem aqui atrás (do posto de saúde). Fizemos vã-rias reuniões para discutir com a população". (N., Au-xiliar de Saúde).

Através da leitura do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" e das entrevistas realizadas com os primeiros auxiliares de saúde empregados pela Secretaria Municipal de Cam-pinas, constata-se que, no período compreendido entre 1977 e 1981, a maior parte das atividades realizadas nos postos de saúde eram atribuídas aos auxiliares de saúde. Como se pode apreender des-tas descrições, o trabalho nos postos apresentava alguma seme-lhança com o que foi descrito no capítulo I em relação à organi-zação do trabalho na Atenção Primária de Saúde. Ou seja, embora cada profissional fosse responsável pela realização de tarefas parciais, havia uma conexão entre os diferentes processos de pro-dução, sendo as atividades de maior complexidade atribuídas aos profissionais com maior qualificação (os médicos, por exemplo) en-quanto as operações parciais mais simples eram atribuídas aos profissionais sem qualificação (os auxiliares de saúde).

Além disso, a definição das atribuições conferidas ao auxiliar de saúde na "Política Municipal de Saúde Comunitária" e a percepção que eles próprios possuíam de seu trabalho nos pos-tos de saúde reforçam a idéia de que a opção feita pela Secreta-ria de Saúde, no sentido de utilizá-los no "Programa de Atenção Primária", tinha, também, um significado ideológico. Não se tra-tava, simplesmente, de empregar trabalhadores sem qualificação,

mas de utilizá-los como agentes que se colocassem a serviço de uma determinada proposta de organização da assistência à saúde, a Medicina Comunitária ou Atenção Primária de Saúde. Nesse sentido, os depoimentos dos médicos que participaram da elaboração dos processos de seleção e treinamento, desde 1977, são bem ilustrativos:

"A gente iniciou uma busca de auxiliares de saúde pelos bairros, onde, na época (1977 e 1978), o que a gente valorizava era ser uma pessoa que conhecia o bairro, que tivesse uma certa liderança lá dentro. E, uma outra coisa que a gente valorizou foi a experiência com um trabalho de saúde". (C.L., Médico).

"Os primeiros auxiliares eram pessoas que conheciam bem os problemas do bairro, tinham uma certa participação política nos movimentos populares e, às vezes, alguma experiência anterior em saúde". (D., Médico).

Uma justificativa utilizada para explicar o emprego de auxiliares de saúde era explicitada no documento "Política Municipal de Saúde Comunitária:

"A necessidade de estabelecer uma vinculação direta com a comunidade de modo a intensificar a eficácia da Atenção Primária de Saúde, define a política do programa no sentido de uma seleção (sic) dentro da própria área de cobertura, do auxiliar ou atendente" [79].

---

[79] *Secretaria Municipal de Saúde. Política Municipal de Saúde Comunitária, p.13.*

Outra questão muito importante que permeava tanto o discurso do Programa de Atenção Primária quanto a fala dos auxiliares de saúde ao recordarem-se de seu processo de trabalho, no período compreendido entre 1977 e 1981, era a delegação de funções médicas aos auxiliares de saúde. Alguns deles descreveram da seguinte forma o modo como se dava a delegação de funções durante o Programa de Atenção Primária:

"Olha ... desde ... olha ... a gente tinha ... a delegação de função era assim: uma escabiose, uma coisa simples, você podia tratar. Uma diarréia simples, uma diarréia que começou hoje: a criança tá com diarréia, não tá com vômitos, então você orientava a mãe: soro, alimentação, como se devia dar, nê? Então isso a gente podia fazer: (por exemplo) um resfriado, sô coriza, uma tosse leve (...) você dava uma orientação: vapor, um A.A.S., sedar ... qualquer coisa cê retorna, isso você podia fazer (...). Eu acho que um auxiliar é capacitado (...) ele vê o risco que ele tá, o risco da pessoa, se tem necessidade de médico (...) (Auxiliar de Saúde - 2).

"Mesmo assim, tem casos que, por exemplo, conhecidos daqui da vila, que vinham atê, que não tinha médico, num horário que não tinha médico, se viesse a pê, com febre, a gente visse uma amigdalite, a gente conhecia, sabe quem é, sabe que já tomou ..., a gente aplicava Benzetacil ... eu mesma já apliquei ... tem necessidade, não tem condição de ir em outro lugar ..., e depois eu comunicava pro médico: olha, fulano veio on

tem, passando mal, tava com tanto de febre. Fez muito bem, sabe?

De fato, o discurso dos auxiliares revela as concepções que a própria Secretaria possuía a respeito da delegação de funções médicas aos auxiliares de saúde. Ou seja, a delegação de funções era vista como um meio para desmonopolizar o saber médico, torná-lo mais acessível à população e o auxiliar de saúde, como representante da chamada comunidade, deveria ser o agente por excelência desta proposta. Em uma pesquisa produzida por um dos médicos (ou médica) que participara da implantação do "Programa de Medicina Comunitária", a delegação de funções dos auxiliares de saúde era definida como uma forma de "desmistificar" um saber exclusivo dos profissionais médicos. Segundo Carmem Lavras:

"Entendemos que a delegação de função requer uma desmistificação do saber médico, favorecendo a difusão de técnicas e conhecimentos simples muitos dos quais provenientes do saber popular. Quando efetivamente exercida, ela permite que tais conhecimentos possam chegar à população fundamentados cientificamente e de forma mais sistematizada. Como existe uma grande variação do comportamento e do entendimento de cada profissional médico no que diz respeito a este conceito, cabe aqui apontar para a necessidade de maior aprofundamento teórico desta questão" [80].

Embora discorde-se da autora quanto à concepção que ela possui a respeito das possibilidades oferecidas pela delegação de função, no sentido de que através dela se possa desmistificar o

---

[80] Lavras, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas, p. 28.

saber médico, não se pode deixar de ressaltar a pertinência de seu comentário em relação ao comportamento dos médicos acerca da delegação de funções.

Conforme declarou um dos auxiliares de saúde da Secretaria, entrevistado neste estudo, o processo de delegação de funções apresentava muitas dificuldades e até mesmo distorções, não chegando a desmonopolizar o saber médico de modo algum, mas significando, simplesmente, uma transferência de tarefas, que deveriam ser realizadas pelo médico, para o auxiliar de saúde. Quando lhe foi perguntado se havia delegação de funções ao auxiliar, no posto em que ele trabalhava, respondeu o seguinte:

"Tinha. Quando a gente brigava! Olha, primeiro, para discutir a delegação de função tem que dizer o que o auxiliar fazia no posto, como fazia e, aliás, como é que ele se porta no posto. Primeiro, o auxiliar era responsável pela recepção, pelo arquivo, agendamento, abastecimento. Além disso, ele tava, assim, na enfermagem. Na enfermagem ... quando passava no posto, a gente acompanhava, fazia essas coisas todas, nem sempre, assim, com supervisão; mas tava ali, trabalhando (o auxiliar). Aí, a gente sempre dava a pré-consulta; aí entrava toda uma discussão sobre delegação de função. E aí, entrava também o auxiliar que gostava de fazer tudo mais rapidinho (...) e passava pro médico, aí também tinha suas exceções (referindo-se ao auxiliar que fazia a pré-consulta com mais rapidez para poder fazer outras coisas). (...) Mas a gente fazia até tratamento de verminoses, identificação de viroses, problema respiratório, resfriados. Havía até, alguns casos mais específicos, de auxiliares de saúde

que chegavam a tratar, mesmo, de problemas que tava tendo (com o paciente). Já conhecia a pessoa ... Mas, isto, dependia dos médicos do posto que tavam trabalhando. Geralmente, isto daí (a prestação do cuidado), era supervisionado pelo médico. (...) E sempre tinha médico no posto. Mas havia médico, por exemplo, no Programa de Gestante, de Hipertenso, que quem tocava era o auxiliar, que o médico tinha sua rotina. Mas houve médicos, no posto em que eu trabalhava, para quem o auxiliar era quem pegava a ficha, a pasta (prontuário), tirava os dados vitais e passava para ele (médico). Havia casos, também, de médico questionar todas as coisas que você fazia. Mesmo que estivesse delegando passava por cima de tudo aquilo que já foi ... Então, delegação de função, houve épocas em que deu grande pauleira (sic). Nunca houve uma delegação! Aí, tinha auxiliar que acabava se acomodando e só fazia a pré-consulta". (D., Auxiliar de Saúde).

Optou-se por reproduzir uma passagem extensa desta entrevista, porque ela revela, de forma muito rica e bastante crítica, as relações sociais existentes entre os diferentes profissionais que atuavam em um mesmo posto de saúde e, portanto, os conflitos sociais que ali apareciam em torno da delegação de funções. Como se vê, uma série de atividades consideradas como de competência médica eram transferidas aos auxiliares de saúde, como por exemplo: tratamento de verminoses, doenças respiratórias, acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão e de pacientes em fase de gestação. Quando a delegação não ocorria da forma esperada pelos auxiliares de saúde, eles sentiam-se prejudicados, de tal modo que, alguns deles, passavam a questionar os limites do discurs

so formulado pela Secretaria Municipal de Saúde e por alguns profissionais de nível superior, a respeito da delegação de função, como se pode verificar neste último depoimento aqui reproduzido.

Ao que parece, se na prática a delegação de função correspondeu a um mecanismo de racionalização do processo de trabalho - na medida em que possibilitava transferir a execução de certas tarefas até então privativas do médico a trabalhadores menos qualificados, acarretando, com isto, uma poupança de trabalho qualificado -, a nível do discurso institucional, encobria-se seu verdadeiro caráter, sob a concepção de que ela era um meio de desmistificar ou de desmonopolizar um saber detido pelos médicos.

A compreensão da forma de organização do trabalho nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Campinas, na qual estavam inseridos os auxiliares de saúde, durante o período em questão (1977-1981), é de fundamental importância para que se prossiga ao exame das práticas educativas para auxiliares de saúde desenvolvidas naquela instituição, uma vez que tais práticas tinham por finalidade preparar o auxiliar de saúde para atuar naquele processo de trabalho.

Passa-se, agora, a analisar os processos de seleção de pessoal de nível elementar para o "Programa de Atenção Primária", promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no período compreendido entre 1977 e 1981.

Nos Relatórios produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde, nos anos 77 e 78, constata-se que foi muito enfatizada a necessidade de estabelecer certas definições a respeito do processo de seleção de auxiliares de saúde para o "Programa de Atenção Primária". Nestes documentos, os profissionais de saúde argumentavam ser fundamental definir, inicialmente, qual seria o

papel do auxiliar de saúde naquele Programa e qual o "perfil" desejado para esta função. Acreditavam que, uma vez definidos estes aspectos, poder-se-ia discutir os critérios que orientariam o processo de seleção dos auxiliares de saúde.

A partir do exame de tais documentos e das informações obtidas através de entrevistas com alguns profissionais que estiveram envolvidos com a implantação do "Programa de Atenção Primária", mesmo antes de 1977, verificou-se que tanto o chamado perfil desejado para o auxiliar de saúde quanto os critérios utilizados para selecioná-los variavam de ano a ano, dependendo das concepções que se adotavam em relação às características que o Programa de Atenção Primária, deveria assumir.

No entanto, é preciso ressaltar que os primeiros auxiliares de saúde, em Campinas, foram selecionados antes da implantação do Programa de Medicina Comunitária e dos primeiros postos de saúde, como revela o depoimento abaixo:

"Esse grupo se manteve por vontade própria. Com a vitória do candidato Francisco Amaral (...), a gente conseguiu elaborar o projeto Conceição, no Jardim Conceição. (...). A gente levou alguns auxiliares, que eram pessoas do bairro, que eram do Conselho de Moradores; eram pessoas que já trabalhavam no ambulatório da gente. Duas delas passaram, foram selecionadas para trabalhar no posto do Jardim Conceição. Uma coisa que, na época, a gente valorizou foi ter experiência na área (de enfermagem). (...). A gente ia dando treinamento e muita gente do bairro ia aparecendo, ia participando deste trabalho e uma das coisas que eu critico muito, mesmo na época, não que aceitasse, mas debatia muito, era o voluntário. Porque, de repente, você

teve um círculo de pessoas que passaram a assumir o posto como moradores que estavam ali o tempo todo, muitos até com perspectiva de emprego (...)" (C.J., médica).

Esta mesma situação foi relatada por uma das mais antigas auxiliares de saúde da Secretaria Municipal de Campinas da seguinte forma:

"Eu já tinha trabalhado em enfermagem na Maternidade e já conhecia, de lá, a Dra. M.A. e o Dr. J.E. Aí, um dia, um netinho meu estava doente e eu trouxe ele aqui no posto pra doutora vê. Aí, ela disse assim: M., a gente tá precisando de uma pessoa com a sua experiência pra ajudar a gente. E daí, eu comecei a trabalhar no posto, primeiro como voluntária e, uns seis meses depois, fui contratada". (N., Auxiliar de Saúde).

Como se pôde observar, através do exame dos Relatórios de 1977 a 1978, e a partir das entrevistas com alguns auxiliares de saúde contratados até 1978 e com médicos que participaram dos primeiros processos de seleção para auxiliares de saúde, durante os dois primeiros anos de implantação do programa, os critérios utilizados para selecionar os auxiliares de saúde eram definidos pelas próprias equipes de cada posto de saúde. Conforme se lê no Relatório Anual de 1977, na seleção dos auxiliares de saúde, privilegiava-se, sobretudo como condição para ingresso na Secretaria de Saúde, ser residente no bairro e possuir algum tipo de experiência profissional anterior na área de saúde. Diga-se de passagem que com a intensificação dos treinamentos no próprio local de serviço, a exigência relativa à experiência prévia em ocupações de saúde foi abandonada em favor de outros critérios, considerados mais pertinentes a partir de 1979, como por exemplo o

grau de participação do auxiliar de saúde nas entidades do movimento popular.

O exame dos Relatórios de 1977 e de 1978 e do documento "Política Municipal de Saúde Comunitária" da Secretaria Municipal de Campinas fornecem algumas informações importantes a respeito do processo de seleção de auxiliares de saúde para os postos de atenção primária naqueles anos. Conforme indicam tais textos, a partir de 1978, as discussões realizadas pelas equipes dos postos da Secretaria Municipal de Saúde tiveram por objetivo definir as características que necessariamente deveriam possuir os profissionais para serem utilizados no "Programa de Atenção Primária".

Segundo diziam os técnicos daquela Secretaria, no texto "Política Municipal de Saúde Comunitária", o "perfil" dos profissionais de saúde disponíveis no mercado de trabalho não correspondia às necessidades de um serviço de Atenção Primária. Eles julgavam que a formação dos profissionais de nível superior, extremamente voltada para a especificação e para a sofisticação dos meios de trabalho, e a do pessoal de nível elementar, que possuía uma baixa qualificação, constituíam os principais entraves para que se pudesse absorvê-los no Programa de Campinas [81]. Por isso, os profissionais da Secretaria optaram pela realização de processos de seleção e educação em serviço, prioritariamente dirigidos aos auxiliares de saúde, pois acreditavam que tais medidas garantiriam a utilização de um pessoal auxiliar mais adequado aos objetivos do serviço [82].

---

[81] Cf. *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Política Municipal de Saúde Comunitária*, p. 13, onde declarava-se: "... e os atendentes permanecem sem treinamento adequado e aproveitamento de sua capacidade de aprendizado, tendo a supervisão com o significado de fiscalização e baixa salarial aviltante".

[82] *Ibid.*, p. 13.

Nesse sentido, conforme se expôs em tal documento, havia necessidade de estabelecer uma definição prévia do "perfil" que deveria orientar a escolha e a preparação dos auxiliares de saúde de acordo com as características que se desejava imprimir ao "Programa de Atenção Primária" [83].

A partir da leitura do "Política Municipal de Saúde Comunitária", viu-se que a preocupação com a atitude e o comportamento do pessoal de saúde, tanto de nível superior, quanto de nível elementar - não ser autoritário, comprometer-se com os interesses da população, delegar funções ou solicitar a cooperação dos supervisores, quando fosse necessário - eram características frequentemente enfatizadas na definição dos "perfis" profissionais.

A seleção dos auxiliares de saúde, proposta em tal documento, baseava-se em determinados critérios: residir na área geográfica em que o posto seria implantado, dominar leitura e escrita, possuir experiências anteriores na área de saúde [84]. Conforme os autores do "Política Municipal de Saúde" afirmavam, o preenchimento desses requisitos possibilitaria aos auxiliares um melhor aproveitamento dos treinamentos [85].

A partir de 1978, de acordo com o que se declarava no Relatório Anual, o recrutamento e a seleção passaram a ser realizados de maneira sistemática, sob a responsabilidade das próprias equipes de cada posto de saúde. O processo de seleção do auxiliar de saúde era precedido por uma etapa denominada recrutamento, que consistia na realização de contatos com indivíduos

[83] *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Política Municipal de Saúde Comunitária*, p. 13. Ressalte-se que, em tal documento, não se explicitava o que entendiam por "perfil". A este respeito, consulte-se o item 1.2. deste trabalho, onde se expõe a discussão sobre perfil profissional realizada por Jorge Roux.

[84] *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Relatório Anual-1979*, p. 15.

[85] *Ibid.*, p. 15.

que demonstrassem interesse pelo trabalho e possuíssem domínio de leitura e escrita, assim como um padrão sócio-cultural semelhante ao da "comunidade" à qual pertenciam. Outra forma de recrutamento, também utilizada, implicava em contatos com as Associações Comunitárias, que se encarregavam de divulgar a seleção, através de encontros promovidos diretamente com a população do bairro ou da região onde o posto seria instalado. Com isso conforme diz o Relatório Anual 1978, procurava-se garantir que, em cada região em que um posto fosse instalado, houvesse pelo menos um auxiliar proveniente dos bairros atendidos pelo serviço. Nessa fase, procedia-se à inscrição dos candidatos e à marcação da data de início para o processo de seleção (86).

No Relatório Anual-1978, verifica-se que, para os auxiliares de saúde, a seleção não limitava a realização de provas e de exames para ingresso no serviço, pois esses procedimentos eram precedidos por um "curso de seleção" que constava de "Temas Teóricos e Básicos". Os objetivos desse processo eram definidos assim:

"Selecionar elementos da própria comunidade para desempenho das atividades do posto periférico, tanto no caso de abertura de postos, como de substituição e ampliação dos auxiliares nos postos existentes" (87).

Conforme consta no Relatório acima citado, o curso tinha uma duração mínima de 20 horas e era desenvolvido por uma equipe de profissionais da Secretaria de Saúde com a participação obrigatória da equipe dos postos. Essa condição (participação da equipe) era vista como uma forma de garantir que fosse

---

(86) *Ibid.*, p. 47.

(87) *Ibid.*, p. 47.

aprovado o candidato que possuísse as características mais adequadas ("perfil") às especificidades de cada posto. O conteúdo incluía temas básicos de saúde [88] e sua relação com os problemas "reais" da comunidade, e era desenvolvido através de trabalho de grupo. A escolha dos candidatos, que correspondia ao momento final da seleção, baseava-se nos seguintes critérios: "participação do curso; interesse demonstrado; experiência anterior na área; relacionamento e interesse do indivíduo pelos problemas do bairro; capacidade de aprendizagem; indicação do sociograma, aprovação na avaliação teórica (prova objetiva e redação); entrevista individual" [89].

Note-se que, dos nove critérios listados, sete estavam relacionados sobretudo a aspectos subjetivos. Apenas os itens "experiência anterior na área" e "aprovação na avaliação teórica" tinham algo a dizer sobre a preparação específica dos candidatos para realizar atividades técnicas que, por sinal, constituíam grande parte das atividades realizadas por auxiliares, nos postos de saúde, em 1978, de acordo com o que se viu na Tabela VI. Os demais critérios expressam uma nítida preocupação em valorizar a "atitude" dos indivíduos, o que condiz naturalmente com as expectativas que o programa possuía em relação ao trabalho do auxiliar - ser o elo entre os serviços e a comunidade, facilitar a desmonopolização do saber médico, promover a participação da comunidade, etc. Nesse sentido, em 1978, a definição do "perfil" desejado para a função "auxiliar de saúde" privilegiava, sobretudo, o que Jorge Roux chama de "perfil de personalidade", em detrimento do "perfil cognitivo", uma vez que os profissionais res

[88] No Relatório-1978, não são mencionados os tópicos que faziam parte do conteúdo programático. A partir de entrevistas com os organizadores do Treinamento, pode-se verificar que tratava-se de Política de Saúde e Condições de Saúde.

[89] *Ibid.*, p. 48-50.

ponsáveis pela seleção entendiam que o último poderia ser construído mediante treinamento em serviço, o que é altamente questionável.

Tendo em vista o que foi exposto até aqui, pode-se concluir que, em 1978, o processo de seleção para auxiliares de saúde apresentava coerência com os objetivos propostos para o "Programa de Atenção Primária" da Secretaria Municipal de Campinas.

Depois de serem aprovados na seleção, os auxiliares ingressavam nos respectivos postos de saúde, onde tinha início o "Treinamento Específico Inicial", desenvolvido em módulos teórico-prático e estágio supervisionado. No Relatório-1978, declara-se que as finalidades do treinamento eram: "preparar auxiliares de saúde de acordo com as características próprias da prestação de serviços em postos de Atenção Primária e proporcionar a sistematização da aprendizagem e execução de normas, rotinas, técnicas" (90).

Os objetivos gerais e específicos do treinamento revelam a existência de uma estreita relação entre a formação profissional oferecida e o processo de trabalho que passou a ser implementado na rede de postos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, desde 1978. O conteúdo programático desenvolvido nos treinamentos limitava-se exclusivamente à discussão de temas e ao desenvolvimento de habilidades e atitudes estritamente necessárias à execução do trabalho nos postos. São eles:

"I - Objetivos gerais:

Oferecer ao treinando condições para:

1. conhecer como as condições sócio-econômicas e sanitárias da comunidade influenciam na saúde

---

(90) *Ibid.*, p. 48.

- do indivíduo, a fim de utilizar adequadamente as medidas preventivas;
2. adquirir as habilidades requeridas pela assistência de enfermagem na área materno-infantil e demais atividades, no âmbito de sua competência, que a nível da comunidade de domicílio ou do posto de saúde;
  3. adquirir as principais características e necessidades do ser humano nas diferentes fases do seu desenvolvimento, a fim de compreender o seu papel, na promoção e proteção à saúde do indivíduo, em cada uma dessas fases" (91).

Os objetivos específicos compreendiam o desenvolvimento de habilidades para a execução de técnicas específicas de enfermagem e a aquisição de conteúdos, atitudes e valores éticos necessários a seu desempenho no programa.

A partir do exame do material produzido pela Secretaria a respeito da seleção e treinamento dos auxiliares (92), observa-se que, tanto os planos de curso quanto os respectivos relatórios, encontravam-se impregnados pela visão que a equipe responsável pelos mesmos possuía sobre o profissional que desejava formar. Assim, quando o treinamento era desenvolvido por profissionais da área médica, que estiveram comprometidos com a proposta do Programa de Atenção Primária desde a sua implantação, o comportamento, a participação do auxiliar nas atividades, o conhecimento abrangente dos problemas da comunidade eram aspectos muito valorizados na avaliação do desempenho dos auxiliares de saú-

(91) *Ibid.*, p. 48.

(92) Cf. *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual 1978*, p. 90-97.

de no processo de seleção e de treinamento. Por outro lado, quando essas atividades eram coordenadas pelas enfermeiras, os aspectos técnicos, como por exemplo: habilidades para execução de técnicas de enfermagem, domínio de conhecimentos científicos, "atender o indivíduo como um todo", eram mais enfatizados nas avaliações.

Geralmente, a avaliação realizada pela enfermagem, a respeito da eficácia do treinamento buscava identificar as repercussões que ele trazia à atuação do auxiliar no trabalho desenvolvido no posto:

"Os resultados positivos foram medidos pelo comportamento dos profissionais em seus postos de trabalho, uma vez que se pôde observar melhoria do funcionamento das unidades de saúde, melhor atendimento à comunidade, mudança de atitudes e comportamento profissional, maior aperfeiçoamento técnico na execução de tarefas de enfermagem e conhecimentos científicos"(93).

É muito importante observar a forma como os auxiliares expressam suas opiniões a respeito do treinamento ao qual haviam sido submetidos. De fato, os próprios auxiliares atribuíam um valor maior ao treinamento em serviço realizado pelos médicos do que ao curso teórico-prático desenvolvido pelas enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde em convênio com o SENAC, em 1978, na medida em que o primeiro, segundo entendiam os auxiliares, oferecia-lhes um preparo maior para atuar nos postos de saúde. Nesse sentido, o depoimento reproduzido a seguir é bastante revelador:

---

(93) "Treinamento de Enfermagem". In: *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório Anual-1978*, p. 92-97.

"Olha, os médicos, eles ... eles eram ... graças a Deus nós temos médicos ótimo (sic). Até hoje a gente continua aprendendo, sabe? Que é o tal ditado, a gente nunca termina de aprender tudo, né? Até hoje, a gente continua aprendendo coisas, mas os médicos ensinavam assim, diretamente, por exemplo: uma otoscopia. Eles olhavam e ensinavam a gente a divulgar (sic) o que era uma coisa da outra: uma otite, uma otite média, sabe? Uma otite aguda ... Era diretamente. Vinha uma amigdalite (um paciente com amigdalite), eles (os médicos) vinham, via o que tinham (os pacientes) e depois ensinavam a gente: olha, tã vendo? É assim; ensinavam (...). Ensinavam a gente a auscultã (auscultar), explicava o que tava se ouvindo, qual o ruído que tava se ouvindo e assim a gente foi aprendendo. Fora disso, a Prefeitura também deu cursos, né? Nós tivemos cursos no SENAC, fizemos cursos ... Já tivemos várias reciclagens na Prefeitura. (...). Teve enfermeira sim, (mas) ela ficava mais com a parte, assim, a parte burocrática, de vacinação, boletim, sabe? (Auxiliar de Saúde - 8).

Como se pode ver no depoimento acima, a participação dos enfermeiros no treinamento não era percebida pelos auxiliares de saúde como uma atribuição daqueles profissionais, o que contradiz as afirmações realizadas no Relatório de 1978, onde se declarava que os enfermeiros contratados naquele ano "passaram a coordenar e assumir as atividades de recrutamento, seleção, treinamento e educação em serviço do pessoal auxiliar, assim como participar gradativamente das previsões e distribuição de material

de consumo, fluxos de mapas de produção, ..." (94). De fato, com exceção de um depoimento, os auxiliares de saúde sempre apontavam os médicos que trabalhavam nos postos de saúde como os principais responsáveis pela sua formação. Tal fato também é confirmado no próximo depoimento:

"Os médicos atendiam junto com a gente. Ensinavam a usar otoscópio, esteto (estetoscópio) para ver pneumonia, P.A. (pressão arterial). Explicavam qual era a diferença de uma patologia para a outra, quais os níveis da doença ... Quando aparecia alguma doença que a gente não conhecia chamava o doutor.(...). A enfermeira, quando teve, ficava mais na burocracia do posto". (Auxiliar de Saúde, 10).

Todavia, os resultados obtidos até 1978 com a seleção e o treinamento de auxiliares não foram considerados suficientes para que se pudessem concretizar os objetivos da política municipal de saúde comunitária. No Relatório de 1979 explica-se que a necessidade de padronizar ações e de colocar em prática as normas previstas nos Programas exigia um quadro de profissionais efetivamente comprometidos com o projeto político em implementação, ou seja, a Atenção Primária. As atividades de seleção e de treinamento eram apontadas como uma condição fundamental para se obter o "perfil" profissional desejado para a função de auxiliar de saúde.

Por isso, em 1979, a Comissão de Representantes de postos, juntamente com o Secretário de Saúde, Sebastião de Moraes, decidiu criar a Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, à qual atribuía competência única e exclusiva para realizar ativi-

---

[94]

dades desta natureza. Sua criação foi justificada pela necessidade de uniformizar tais procedimentos, buscando garantir a absorção pela rede de profissionais que apresentassem características compatíveis ao modelo de prestação de serviços adotado.

"Essa decisão de constituição de uma Comissão específica para estas atividades surgiu da necessidade de garantir o padrão de qualidade em níveis compatíveis com a proposta de Atenção Primária desenvolvida por toda a rede" (95).

É necessário lembrar que, durante 1979, a Secretaria Municipal de Campinas vinha enfrentando dificuldades financeiras para dar continuidade ao Programa de Atenção Primária, devido aos sucessivos cortes de verbas do orçamento destinado àquela Secretaria. Tal fato, por certo, acarretou inúmeros problemas em relação à preservação da qualidade da assistência oferecida nos postos de saúde municipais, o que era explicitamente admitido no Relatório Anual-1979. Para resolver o problema da qualidade da atenção à saúde dispensada em seus postos, a Secretaria de Saúde passou a investir seus esforços na definição de uma política de seleção e treinamento de recursos humanos, atribuindo às atividades da Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem e à atuação dos profissionais dos postos de saúde uma responsabilidade excessiva pela qualidade do atendimento prestado.

Por outro lado, verifica-se que no texto produzido pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, justificava-se a precária qualidade do atendimento por uma falta de compromisso

---

[95] Documento de Apresentação do Trabalho realizado até o presente momento pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, p. 1. In: Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual-1979.

dos profissionais de saúde com os interesses da população, o que os levou a propor uma alteração nos critérios de seleção:

"O estabelecimento de critérios claros e objetivos na seleção de pessoal médico e auxiliar, que passariam a ser avaliados tanto do ponto de vista técnico quanto principalmente no que diz respeito ao compromisso com a população, evitaria o ingresso na rede de pessoas despreparadas e distantes da perspectiva de um trabalho contínuo e a longo prazo junto à periferia, respeitando desta forma a programação da Prefeitura de máximo benefício social, conforme orientação do Exmo. Sr. Prefeito" (96).

Nesse sentido, parece que a Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem tinha por objetivo subjacente absorver profissionais mais aptos a estabelecer um certo tipo de relacionamento com a população. Tratava-se de utilizar o auxiliar como um canal de expressão dos movimentos populares no interior da Secretaria Municipal de Saúde. Por isso, os critérios como participação nos movimentos sociais e conhecimento dos problemas do bairro, eram preponderantes em relação à requisitos como, por exemplo, experiência anterior em atividades de saúde, como se vê no depoimento abaixo:

"O posto procurou as lideranças da CEBs pra conversar. A gente ficou sabendo que tinha um problema de saúde no bairro. Era um foco de xistosa (sic) que tinha no córrego da Santa Genebra. Aí criou a Comissão de Saúde do bairro junto ao posto. Essa Comissão era formada por moradores mais elementos do posto. Em seguida,

[96] *Ibid.*, p. 1.

abriu uma vaga (para auxiliares no posto de saúde) e me candidatei. Teve seleção e passei. (...). A seleção tinha critérios eram: idade, escolaridade, participação no bairro. Depois se fazia uma discussão em grupo sobre os problemas de saúde que haviam no bairro. No meu caso acho que foi o que mais pesou, porque eu conhecia bem os problemas. Eu junto com meu marido fazíamos a "catequese" no bairro, aí a gente conhecia muita gente e muita gente nos conhecia." (L.R. Auxiliar de Saúde).

Sendo assim, a partir de 1979, a seleção de auxiliares de saúde apresentou certas modificações em relação aos anos anteriores. Em primeiro lugar, tem-se a centralização do processo seletivo nas mãos de uma Comissão, e não mais nos próprios postos de saúde, o que, em tese, evitaria contratação de pessoal a partir de mecanismos clientelistas ou interesses pessoais. Em segundo lugar, identifica-se a valorização da atuação política do candidato em seu bairro.

O exame do Relatório Anual, referente a 1979 indica que as características do processo de seleção anterior foram preservadas pela Comissão. O mecanismo de recrutamento nos bairros ou na região, através de contatos com Associações de Moradores ou outras entidades do movimento social foi mantido. O curso de seleção continuou sendo realizado, com algumas inovações em termos de conteúdo programático. Com uma duração de 20 horas, distribuídas ao longo de cinco encontros, a equipe de seleção procurava avaliar a capacidade dos candidatos em termos de raciocínio matemático, leitura e escrita, bem como seus conhecimentos sobre o bairro em que residiam e a influência das condições de vida sobre a saúde da população. Esse curso de seleção incluía a apre-

sentação do Programa de Atenção Primária da Secretaria, dos Programas desenvolvidos nos postos e do trabalho executado pelos auxiliares. Nas reuniões seguintes, realizavam-se discussões em grupo e dramatizações com o objetivo de avaliar a participação dos candidatos nas atividades. A cada pessoa era solicitada a elaboração de uma redação, cujo tema era "O bairro onde moro", a fim de verificar sua capacidade de organizar idéias no texto. Concluía-se a seleção com a aplicação de testes e de entrevistas individuais, nas quais o candidato era questionado sobre suas atividades profissionais anteriores, sua participação em movimentos sociais e suas expectativas em relação à sua atuação na rede como auxiliar de saúde.

No final dos cinco encontros que compunham o processo de seleção, os integrantes da Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, que haviam acompanhado os candidatos em todas aquelas etapas, reuniam-se para decidir quais seriam as pessoas escolhidas. Os candidatos que mais se aproximassem dos critérios estabelecidos em 1979, tais como: participação nos movimentos sociais do bairro, conhecimento dos problemas de saúde existentes no bairro e em Campinas, possuir um certo grau de liderança entre os moradores, domínio de escrita, leitura e aritmética, eram aprovados e encaminhados para os treinamentos.

Conforme se observou no Relatório Anual de 1979, ao término de cada processo de seleção a Comissão elaborava um Relatório, onde eram narrados resumidamente, o resultado das atividades por ela desenvolvidas. Constava, deste Relatório, uma auto-avaliação realizada pela equipe de seleção a respeito do seu desempenho e das principais falhas que havia detectado durante seu trabalho. Na "Apresentação do Trabalho realizado pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem" apontava-se como problemas

surgidos durante o trabalho, a dificuldade de entrosamento entre seus integrantes (dos quais 50 % eram auxiliares de saúde e, os outros 50 %, estavam distribuídos entre médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos do setor administrativo) e a pouca aceitação do trabalho desta Comissão tanto nas diferentes instâncias da Prefeitura, quanto no interior da própria Secretaria.

Como se apreende em um comentário realizado por um dos entrevistados que, em 1979, integrou algumas Comissões de Seleção, os problemas enfrentados pelas equipes decorriam, de fato, da resistência oferecida pelos mais diferentes grupos à proposta de uma Comissão que centralizasse em si a responsabilidade pela seleção. Além disso, verificou-se nos Relatórios da Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, reproduzidos no Relatório Anual da Secretaria Municipal de Saúde, que seus integrantes não haviam participado da fase de recrutamento dos candidatos nos bairros, pois os primeiros contatos com estes indivíduos já haviam sido realizados anteriormente ou pelo Secretário de Saúde, ou pelas Associações de Moradores [97]. Embora não sejam explicitadas nos Relatórios da Comissão de Seleção as razões da sua não aceitação nas diversas instâncias da Secretaria, a não participação da Comissão no processo de recrutamento revelava que esta não participava efetivamente de todas as etapas que faziam parte do processo de seleção.

Em 1979, portanto, a seleção para auxiliares de saúde, apesar das dificuldades apontadas no Relatório Anual, expressou de forma muito clara a preocupação do Programa de Atenção Primária em absorver indivíduos capazes de estabelecer determinadas formas de relação social com a população assistida pelo serviço,

---

[97] Cf. *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Relatório Anual-1979*, p. 67-71.

ou seja, indivíduos mais aptos a implementar uma proposta de caráter nitidamente político-ideológico, voltada para a manipulação do comportamento dos grupos sociais que constituíam o objeto daquele Programa.

A exclusão da exigência de qualificação profissional nos processos de seleção para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Saúde, no período de 1977 a 1979, fez com que, ainda neste ano, o treinamento para auxiliares fosse voltado para a "capacitação" técnica destes indivíduos.

Assim como a seleção, o treinamento passou a ser coordenado e executado exclusivamente pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem que poderia contar com a colaboração de outros profissionais da Secretaria. Conforme se dizia no Relatório Anual-1979, os treinamentos obedeciam às seguintes normas:

- "1. Será aberto um curso de Treinamento à medida das necessidades da rede, ou seja, abertura de um novo posto ou então contratação de no mínimo dez novos auxiliares (entre todos os postos existentes)."
- "2. O treinamento de um determinado grupo só terá início após a contratação de todos os seus elementos."
- "3. A equipe responsável pelo treinamento deverá ser multiprofissional, respeitando no entanto uma maior participação de auxiliares de saúde que serão indicados por suas próprias equipes."
- "4. O treinamento deverá ser fundamentado no esquema de funcionamento de um posto, bem como nos programas desenvolvidos pela rede."
- "5. O treinamento constará de partes teóricas e teórico-práticas dadas para todo o grupo na Secretaria

de Saúde e de estágio prático nos postos que se consideram em condições para tanto." (98).

As normas estabelecidas pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem tinham por objetivo, como se percebe pela passagem citada acima, estabelecer algumas condições para a realização dos treinamentos. Tal preocupação com a normatização deste processo explica-se pelo fato de ter sido o ano de 1979 marcado por uma acelerada expansão do número de postos de saúde da Secretaria Municipal de Campinas, já descrita no capítulo II, o que por certo criava a necessidade de garantir, através do treinamento, um mínimo de uniformidade e padronização nas atividades realizadas nos postos de saúde. Um exemplo disto é a decisão de estruturar o treinamento a partir do processo de trabalho desenvolvido nos postos de saúde, o que caracteriza bem a formação extremamente limitada que era destinada ao pessoal de nível elementar na Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, o fato de os próprios auxiliares de saúde serem responsáveis pelo preparo dos treinandos revela o caráter precário da formação recebida por esses trabalhadores, ao mesmo tempo que sugere que a aprendizagem ocorresse a partir de mecanismos informais, estabelecidos no próprio processo de trabalho. Aliás, os depoimentos de alguns auxiliares de saúde confirmam esta hipótese:

"... E a gente (...) aprende com as outras também, sabe? Quando tem, assim, uma reciclagem, a gente entra em contato com as outras, de outros postos, né? E assim a gente vai aprendendo mais e mais as coisas que a gente não sabia ainda e passa a aprender diretamente." (L. Auxiliar de Saúde).

[98] "Treinamento para Auxiliares de Saúde, In: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Relatório Anual-1979, p. 53.

Quando lhe foi perguntado novamente se ela havia participado do treinamento de alguma colega, respondeu:

"Eu creio que sim, né? É, injeções (endo) venosas eu que ensinei ... e creio que eu devo ter aprendido com elas, né? Mas também ensinei, sabe? (...) É, eu já tinha uma experiência ... Principalmente a C., ela nunca tinha trabalhado neste serviço ... (...) Mas eu já vim com alguma experiência ...". (L. Auxiliar de Saúde).

O Curso de Treinamento, conforme foi proposto pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, em 1979, deveria ter um período de duração de um mês e meio, perfazendo um total de 256 horas aulas, o que de fato era um tempo muito reduzido para se preparar adequadamente um "profissional" de saúde, ainda mais se forem consideradas as inúmeras funções que eram atribuídas ao auxiliar de saúde nos postos da Secretaria Municipal de Campinas.

Segundo o que a Comissão de Treinamento previa no Relatório Anual de 1979 [99], o módulo teórico e teórico-prático, que totalizava 88 horas/aula, divididos em 22 períodos, cada um com 4 horas, deveria incluir os seguintes tópicos:

1º período - Situação de Saúde e Assistência Médica no Brasil e em Campinas. Conceitos de Saúde Comunitária, Atenção Primária e Programa da Secretaria Municipal de Saúde. Apresentação sucinta sobre o funcionamento de um Posto Médico Comunitário.

2º, 3º, 4º, 5º períodos - Programa de criança.

6º, 7º, 8º, 9º períodos - Programa de Gestante.

[99] *Ibid.*, p. 55-56.

10º e 11º períodos - Programa de mulher em idade fértil.

12º e 13º períodos - Avaliação Mensal da unidade.

14º, 15º, 16º, 17º, 18º períodos - Noções Básicas de Enfermagem.

19º e 20º períodos - Vacinação.

21º período - Administração de Pessoal e de Material.

22º período - O Auxiliar de Saúde [100].

Como se vê, o chamado módulo teórico consistia, na verdade, em um exame do conjunto das normas e padronizações relativas ao desenvolvimento do processo de trabalho nos postos de saúde e, portanto, servia apenas para transmitir ao auxiliar somente aquelas informações necessárias à execução de suas funções. A parte maior da carga horária do Curso de Treinamento era destinada ao estágio supervisionado, realizado nos postos de saúde, e distribuída da seguinte forma:

10 períodos - Programa da Criança.

6 períodos - Programa da Gestante.

6 períodos - Programa da Mulher em Idade Fértil.

10 períodos - Noções Básicas de Enfermagem.

10 períodos - Vacinação [101].

Note-se que, no estágio supervisionado, as atividades às quais se atribuíam maior tempo de estágio eram as mesmas que ocupavam o maior número de atividades realizadas pelo auxiliar de saúde nos postos, conforme se mostrou na Tabela VI. Tal fato reforça a afirmação de que as práticas educativas para auxiliares de saúde eram dirigidas exclusivamente ao aproveitamento do treinando no processo de trabalho.

[100] *Ibid.*, p. 55.

[101] *Ibid.*, p. 55.

Ao final do treinamento, o desempenho e a capacidade de aprendizagem do auxiliar de saúde eram avaliados pela equipe que o treinara. O instrumento de avaliação consistia em um questionário, reproduzido abaixo, que era preenchido pela equipe do posto, no qual a atitude do profissional junto à equipe e, à população eram aspectos muito valorizados.

#### Questionário para a Avaliação do Estágio

- "1. A capacidade de aprendizagem para as tarefas nas quais estagiou o auxiliar.
2. Quais as tarefas em que demonstrou mais facilidade e mais dificuldade?
3. Como foi o entrosamento do auxiliar com o tipo de trabalho que é levado na Secretaria de Saúde e, em particular, neste posto? Que dificuldades apresentou com relação à filosofia de trabalho proposta?
4. Como foi o entrosamento do auxiliar com a equipe do posto?
5. Como foi o relacionamento do auxiliar com a população que frequenta o posto?
6. Quais as críticas que a equipe do posto tem quanto ao processo de seleção e de treinamento e quais as sugestões que dá à Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem" [102].

Aliás, a valorização das atitudes do auxiliar, tanto em relação à equipe do posto, quanto em relação à população, eram aspectos muito valorizados não só pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem como também pelos próprios auxiliares de saúde, de acordo com o que se pode verificar nas declarações, a seguir:

[102] *Ibíd.*, p. 71.

"Depois de 2 ou 3 meses, a equipe, numa reunião, faz a avaliação do trabalho do auxiliar. A pessoa (para ser auxiliar de saúde) tem que saber receber crítica, tem que aceitar o que se diz. Isso é pra ajudar a pessoa, não é destrutiva! Nunca aconteceu de avaliar quem não tinha condições de ser auxiliar durante o treinamento ..." (M.J., Auxiliar de saúde).

"A gente, aqui neste posto e no outro também, sempre teve muita amizade, muito companheirismo na equipe ... Quem quer fazer um trabalho assim (como era feito nos postos) tem que ser amigo, compreender a comunidade ..." (N. Auxiliar de Saúde).

"A comunidade adorou, né? Logo no começo, assim, acho que aceitaram bem; eles, no começo era difícil (sic) eles encarar a gente como auxiliar, como a gente já tava capacitada pra resolver certos problemas, né? Mas, depois que eles viram que a gente tava capacitado, então eles (os clientes do posto) adoraram, preferiam a gente, iam em casa, até a gente, tinha hora que chegava até a encher, sabe?" (C., Auxiliar de Saúde).

Como se observou através dos relatos de pessoas que tomaram parte no desenvolvimento da experiência de Campinas, as práticas educativas para auxiliares de saúde, assim como a Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem apresentaram as características mencionadas até o final de 1980, quando foram desativadas pelo Secretário da Saúde, que substituiu o Dr. Sebastião de Moraes, titular deste cargo e responsável pela implantação do Programa de Medicina Comunitária, de 1977 até 1980.

A análise do período compreendido entre a implantação

do Programa de Medicina Comunitária até a implantação do Prô-Assistência, em 1982 (ano seguinte, portanto, ao período que está sendo examinado aqui), mostra o tratamento dispensado pela Secretaria Municipal de Campinas à formação de seus auxiliares de saúde. Verifica-se, ao longo deste período, uma grande preocupação em definir o "perfil profissional" do auxiliar de saúde, perfil este que, conforme se expôs, variou ano após ano, de acordo com o tipo de expectativas que a Secretaria possuía em relação ao papel daquele profissional. Desse modo, até 1978, imaginava-se um auxiliar de saúde cujo perfil profissional deveria ser um indivíduo alfabetizado, residente no bairro que se pretendia assistir e possuidor de alguma experiência anterior só na área de saúde. A partir de 1979, quando o discurso da participação comunitária e do compromisso político com a população torna-se totalmente explícito nos documentos da Secretaria, passa-se a exigir dos auxiliares de saúde um novo "perfil", mais adequado aos objetivos daquela organização. No processo seletivo, os dirigentes da Secretaria introduzem um novo critério: a participação do candidatos nos movimentos sociais urbanos, em substituição a um dos critérios anteriores que era a experiência profissional.

A idéia de desmistificar o saber médico através da utilização de auxiliares de saúde nos postos da Secretaria Municipal de Campinas gerou um novo mito; o de que pessoas sem qualificação específica em saúde pudessem substituir profissionais tecnicamente qualificados - os médicos - no tratamento de doenças consideradas mais simples; o de que o auxiliar de saúde seria o porta-voz dos interesses da população e o agente de uma transformação social, dado o "compromisso político" que ele possuiria em relação a esta mesma população, ou comunidade, como preferiam chamá-la.

A prova maior dos limites que se colocava à atuação de um auxiliar de saúde com tais características é dada pela fala destes próprios trabalhadores. Durante uma das entrevistas, ao comentar os "problemas" que enfrentava em seu cotidiano profissional uma auxiliar de saúde comentou o seguinte:

"O médico vem prá cá e vê, eu não tenho certeza se é aquilo que eu pensei que era (pneumonia); se é, então fazendo a consulta conjunta, aí eu tenho mais certeza se o meu diagnóstico também tava certo (...). Porque eu não ponho o diagnóstico, fico com o diagnóstico para mim, sabe? Às vezes eu ponho escrito pneumonia, mas eu ponho, assim, interrogativo (...), porque quem sou eu, né? Se eu ponho pneumonia já tô dando o diagnóstico do médico, então eu ponho interrogativo que é pro médico confirmar. Há pouco tempo teve um caso assim que prá mim era uma rubéola, assim: todo o sintoma era de rubéola, e no fim não era: era uma escarlatina. Mas como eu tive dúvida, eu pus lá: rubéola ou sarampo? Ele (o médico) pegou e disse assim: olha, é escarlatina. Quer dizer, é mais uma que eu aprendi porque não sabia que a escarlatina tinha os mesmos sintomas, né?" (L. Auxiliar de Saúde).

Muito provavelmente, esta auxiliar de saúde não tinha recebido treinamento para diferenciar rubéola ou sarampo (doenças ditas mais simples) de escarlatina, doença que tem uma incidência menor do que as outras entre a população infantil. Com isto não se quer "endeusar" o médico, nem dizer que a formação oferecida nas Escolas de Medicina é a mais adequada. No entanto, é certo que um treinamento com duração de no máximo dois meses acompanhado de reciclagens ocasionais não substituiu totalmente a edu

cação formal.

No segundo depoimento, outro auxiliar de saúde faz um comentário bastante lúcido sobre os limites apresentados por um processo de seleção que busca um indivíduo atuante no movimento social:

"Esses critérios (de seleção) era: a inserção social, a percepção da pessoa, a visão de mundo, (estas) seriam as pessoas aptas para trabalhar. Agora, nem sempre isso é verdade! Isso eu <sup>constatei</sup> constatei. O fato da pessoa ter toda essa visão, necessariamente não significa que ela, essa pessoa depois que estiver lá no trabalho profissional, ali dentro do posto de saúde, ela vai manter este pique, vai manter esta visão de mundo. Ou ela vai contribuir para boicotar o seu trabalho. A experiência demonstrou isto. O trabalho na favela é típico. Aliás (o auxiliar) acaba reprimindo a própria população que procurou atendimento no posto. Claro, aí fala que o médico saiu mais cedo, tá? Não questiona, não discute porque o médico tem que sair mais cedo. Mesmo porque a pessoa era, né? Então, acaba existindo esses problemas, né? E isso cresceu à medida que a própria política da Secretaria vai mudando. Eu diria que não há uma direção clara para o próprio desenvolvimento do trabalho. E, acaba acontecendo estes deslizes ... E, por outro lado, as pessoas que ficaram, que continuaram mantendo aquele pique, discutindo com a população; então quando tinha problema no posto procuravam discutir com as entidades do bairro, (...) Aí a gente passava a ser olhado com maus olhos, pela Administração, pelo poder, pelo prefeito. Isso gerava um

conflito muito grande. A participação do auxiliar no discurso era uma e na prática era outra." (D., Auxiliar de Saúde).

E, finalmente, tem-se o depoimento de um auxiliar de saúde que, em 79, participou da Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem:

"Acho que tem coisa que nós fazemos que, realmente hoje [1986], discutindo, lendo e aprendendo, conhecendo mais as coisas, eu acho que tem coisa que o auxiliar não deve ... eu acho que é o médico mesmo que tem que fazer ... Acho que é uma questão de instrução mesmo!" (I., Auxiliar de Saúde).

### 3.2.2. As Práticas Educativas para Auxiliares de Saúde na Secretaria Municipal de Campinas, no período de 1982 a 1986.

1982 significou um ano de transição entre o "Programa de Atenção Primária" e o "Pró-Assistência". Por isso, poucas inovações foram introduzidas na política de recursos humanos neste ano [103].

A partir de 1983, assiste-se a pelo menos duas importantes mudanças políticas na Secretaria Municipal de Campinas: a posse de um novo secretário, cargo assumido pelo Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, e a implementação do Pró-Assistência, fatos estes que tiveram uma certa repercussão nas "políticas de recur-

[103] Segundo informou um dos médicos entrevistados, embora não tenha sido formulado nenhum documento relativo à política de recursos humanos no período de 1981 a 1982, as pessoas que exerceram o cargo de Secretário de Saúde contrataram alguns auxiliares de saúde por indicação de políticos locais.

sos humanos" adotadas naquela instituição.

Os efeitos mais visíveis da implantação do Prô-Assistência para o trabalho e a formação dos auxiliares de saúde de Campinas foram observados a partir do final de 1984, quando tem início a reciclagem de todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de atualizá-los em relação às mudanças que se pretendia introduzir no setor saúde, conforme foi apresentado no capítulo II. Ainda em 1984, foi realizado o 1º Seminário de Auxiliares de Saúde na Secretaria Municipal de Campinas, com a finalidade de avaliar o trabalho destes profissionais e o papel que deveriam assumir nas atividades desenvolvidas naquela instituição [104].

No ano seguinte, 1985, foi formulado o projeto "Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde", onde, além de uma avaliação das necessidades da rede em relação a recursos humanos de nível superior e de nível elementar de escolaridade, apresentavam-se propostas para seleção e formação dos profissionais.

Faz-se, a seguir, um exame das alterações acaso introduzidas no processo de trabalho nos postos de saúde e na "política de recursos humanos" da Secretaria Municipal de Campinas, no período de 1982 a 1983.

Conforme se verificou a partir do exame dos documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde e dos relatos obtidos através de entrevistas com os auxiliares de saúde, a organização do trabalho nos postos de saúde apresentou algumas pequenas modificações em relação ao momento anterior (1977-1981).

Diante da proposta de integrar as atividades da Secretaria Municipal de Saúde com as atividades desenvolvidas por ou-

---

[104] Secretaria Municipal de Saúde. 1º Seminário de Auxiliares de Saúde, p. 1.

tras instituições, como era a proposta do Prô-Assistência, iniciou-se um processo de redefinição das normas que orientariam o funcionamento dos postos. Neste sentido, foi rediscutido o caráter dos Programas de Atendimento dirigido a diferentes faixas etárias: Crianças, Gestantes, Adultos, que, a partir de 1985, foram implementados com a finalidade de racionalizar as atividades desenvolvidas na "rede básica" da Prefeitura [105].

Segundo dizia-se no documento "Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde-Campinas-1985":

"Os programas têm se pautado por uma visão tradicional, onde a rotina é definida pelo agendamento e não pelas ações desenvolvidas. (...) A democratização do saber médico, premissa fundamental da atenção primária, foi reduzida na maioria dos postos à transferência para o auxiliar de saúde de atos médicos de baixa complexidade." [107].

E, portanto, havia necessidade de reorganizar os serviços de saúde e, conseqüentemente, padronizar as atividades desenvolvidas nos postos de saúde, segundo se propunha naquele documento [108].

Com certeza, a avaliação que a Secretaria Municipal de Saúde fazia a respeito da situação em que se encontrava o trabalho nos postos de saúde, em 1985, revelava uma crítica às posições defendidas no período de 1977 a 1980 no discurso institucional da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que anunciava mudanças na orientação até então imprimida na organização

[105] Secretaria Municipal de Saúde, Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde, Campinas-1985, p. 30.

[106] Ibid., p. 30.

[107] Ibid., p. 33.

[108] Ibid., p. 33.

do trabalho nos postos de saúde.

Tais mudanças, que acompanharam a implantação do Prô-Assistência e das Ações Integradas de Saúde em Campinas, foram percebidas pelos auxiliares de saúde da seguinte forma:

"Prã socorrer, o pessoal procura mesmo é a gente, chegam de madrugada, batem na porta: o que eu faço? Sabe ... Mas agora, é ... tã mais assim: a gente sabe resolver os problemas, sô que se resolve tem que chamar o médico, quer dizer, sim ou não, mas tem que chamar ...". (C. Auxiliar de Saúde).

"Então, agora (1986), tudo que passa cê (você) chama o médico, mesmo que cê (você) tem certeza, que cê (você) sabe é uma coisa, por exemplo, que eu tô fazendo há 8 ou 9 anos atrás, e eu tenho que chamar o médico (...). Eu acho que eu sinto a mesma capacidade de resolver qualquer um problema que eu resolvía antes e qualquer dúvida que eu tenha, de jeito nenhum que eu vou passar na frente do médico (...), nê? Que o médico tã ali prã ajudar a gente. Sô que as coisas simples não têm mesmo necessidade do médico." (C.N., Auxiliar de Saúde).

"Prã começo de conversa, quando se falava em Prô-Assistência ... tanto é que a gente sugeriu prô Secretário que fizesse um seminário sobre Prô-Assistência prã que todos nós pudessemos ter uma idéia do que é o Prô-Assistência. Nos, os auxiliares de saúde, sempre achamos que o Prô-Assistência ia se fazer com maior demanda dos pacientes de postos de saúde, e, na verdade, isto não ocorreu. A gente não tinha uma discussão muí

to clara. O seminário parece que deu algumas pinceladas, mas, não sei ... eu acho que não muda nada em relação ao pessoal que tá no fim da vida, sabe? Eu acho que estas mudanças vão ocorrendo e a gente vai tocando o serviço; eu acho que o auxiliar de saúde, ele solta o serviço, ela não tem mais, assim, aquela preocupação de antes, ele simplesmente vai soltar aquele serviço." (I. Auxiliar de Saúde).

Os depoimentos acima mostram que nem todos os auxiliares de saúde compreendiam da mesma forma o significado do Prô-Assistência. Além disso, as mudanças decorrentes de uma maior padronização das atividades nos postos eram muitas vezes identificadas pelo auxiliar de saúde como uma perda de espaço em termos de exercício profissional, uma vez que a delegação de funções médicas ao auxiliar deixou de ser uma prática tão freqüente. De fato, esta visão diferente da "delegação de funções" por parte do médico, não pode ser atribuída exclusivamente ao Prô-Assistência, uma vez que, conforme argumentou um dos entrevistados, a expansão da "rede básica", a partir de 1983, acarretou a absorção de médicos que não se identificavam com aquelas propostas defendidas pelo Secretário da Saúde e por um grupo de médicos da Secretaria Municipal de Campinas até 1980.

No entanto, a partir de 1985, a implantação do Prô-Assistência significou, de fato, uma modificação na dinâmica de trabalho nos postos de saúde, na medida em que a preocupação com a eficiência, com a produtividade e com a racionalidade acarretou uma maior definição das atribuições de cada profissional, o que tornou explícita a divisão social e técnica do trabalho existente na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, assim como nas demais instituições de saúde no país, de acordo com o que se pro

curou demonstrar no início deste capítulo.

Além disso, desde a formulação das chamadas propostas racionalizadoras [109], os discursos das instituições de saúde brasileiras passaram a falar em competência técnica, como condição necessária à melhoria da qualidade dos serviços, deixando de lado o discurso "democratista" e mistificador que marcou alguns projetos de Atenção Primária, no país, nos anos 70 [110].

"É patente o papel que uma política de pessoal inadequada vem cumprindo como elemento coadjuvante na desqualificação dos serviços públicos em geral. Historicamente, a formação de quadros de pessoal nas instituições públicas e, particularmente nas Prefeituras Municipais, sempre esteve determinada muito mais por uma 'política clientelista' do que pela questão da competência. "Diante das Ações Integradas de Saúde" um dos desafios que se coloca como prioritário é a busca de um perfil profissional que seja mais compatível com a realidade de saúde da população a ser atendida, que, além da capacitação técnico-científica em saúde, incorpore a competência no planejamento, supervisão e avaliação dos serviços prestados" [111].

Embora não se possa discordar da pertinência das duas primeiras assertivas, há que se ressaltar que o perfil profissio

[109] O termo *propostas racionalizadoras* é utilizado no documento "Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde" para designar as propostas de integração inter-institucionais.

[110] Diga-se de passagem que esta competência técnica, ainda que compreendida como uma expressão do compromisso político do serviço com a população, por si só não é capaz de garantir a melhoria da qualidade do serviço oferecido à população se não for efetivamente acompanhada por uma política salarial e por um aumento das parcelas do orçamento das Prefeituras e da Previdência Social destinadas às Secretarias Municipais de Saúde.

[111] Secretaria Municipal de Campinas. Projeto II. Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. p. 34-35.

nal proposto é muito mais compatível com os interesses das instituições de saúde do que com a "realidade de saúde das populações assistidas. Senão, como se explica o fato de tais Secretarias Municipais continuarem absorvendo profissionais com baixa ou nenhuma qualificação para tratar de uma realidade de saúde tão complexa como a que se apresenta no Brasil?

O exame das propostas de seleção e de capacitação para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Saúde são ilustrativos da distância que caracteriza o discurso e a prática das instituições de saúde no Brasil, no tocante à questão dos recursos humanos devidamente qualificados para implementar as "políticas racionalizadoras", nos anos 80.

Em 1985, segundo se propõe na "Política de Recursos Humanos", o concurso público passaria a ser o mecanismo, por excelência, de seleção de pessoal na Secretaria Municipal de Campinas, inclusive de auxiliares de saúde. O concurso público para auxiliares de saúde seria realizado sob a responsabilidade do Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Assessoria de Estudos e Programas e pelos serviços [112]. No entanto, recomendava-se que a equipe dos postos não tomasse parte no processo de seleção (ao contrário do que ocorrera nos anos anteriores) a fim de evitar "tendenciosidades" [113].

Para inscrever-se no concurso, o candidato deveria preencher os seguintes pré-requisitos: residir em um dos bairros da área de cobertura do posto; ter idade mínima de 18 anos; ter escolaridade mínima, ou seja, "primário, 1º grau ou equivalente (supletivo) completo", prova de identidade e disponibilidade de 40 horas semanais [114]. Portanto, em relação às exigências que a

[112] *Ibid.*, p. 31.

[113] *Ibid.*, p. 31.

[114] *Ibid.*, p. 31.

Secretaria Municipal de Saúde fazia até 1980, apenas o pré-requisito de residir no bairro assistido pelo posto foi mantido e houve, também, uma modificação em relação ao grau de escolaridade do candidato, uma vez que até 80 a exigência era saber ler, escrever e contar, o que não implicava em possuir primário ou 1º grau completo.

Prevvia-se que o concurso fosse realizado em duas fases: a primeira fase consistiria em uma prova escrita de cunho eliminatório e a segunda fase consistiria em entrevista de cunho classificatório, sendo o resultado, a soma aritmética das duas fases [115]. Os critérios propostos para o desempate entre os candidatos dão uma idéia dos aspectos que passaram a ser valorizados nos processos de seleção, a partir de 1985:

- 1º - Melhor Nota na Prova Escrita.
- 2º - Escolaridade.
- 3º - Experiência Anterior
- 4º - Mais Idade
- 5º - Estado Civil.
- 6º - Número de Filhos.
- 7º - Tempo de Residência no Bairro" [116]

Note-se que houve uma mudança significativa entre o tipo de exigências que se fazia em 1980 e o que se passou a fazer em 1985. No entanto, a exigência de qualificação específica em saúde não é sequer mencionada, o que reforça a idéia de que a Secretaria Municipal de Saúde continuava absorvendo trabalhadores desqualificados, apesar do discurso preocupado com a competência técnica.

[115] *Ibid.*, p. 31.

[116] *Ibid.*, p. 31.

Outro dado que demonstra a pouca preocupação da Secretaria Municipal de Saúde em absorver uma força de trabalho mais qualificada é a previsão das necessidades de expansão de seu quadro de funcionários: previa-se que, a longo prazo, deveriam ser contratados mais 10 técnicos de enfermagem (em 1984, havia um total de 3 técnicos de enfermagem naquela instituição) e mais 67 auxiliares de saúde (cujo total perfazia 197 auxiliares de saúde em 1984) [117].

A política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde propôs, também em 1985, a criação de um Plano de Cargos e Salários, no qual o auxiliar de saúde poderia progredir em sentido horizontal, ou por mérito ou por tempo de serviço. Propunha-se que um Auxiliar de Saúde ingressante na rede e com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais recebesse, em 1985, um salário no valor de Cr\$ 1.100.000 [118]. Ressalta-se, até o período em que foi concluída a pesquisa de campo (março/1987), este Plano de Cargos e Salários ainda não havia sido aprovado.

Enfim, examina-se agora as propostas da "Política de Recursos Humanos" em relação à formação de seus profissionais. Segundo se pôde constatar, neste documento [119], a Secretaria Municipal de Campinas propôs a adoção de uma "Política de Educação Continuada", que era definida da seguinte forma:

"O aperfeiçoamento contínuo dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde é uma das medidas que visa a valorização de seus recursos humanos. Esta política deve englobar outras medidas como: concurso público para todos os níveis, plano de cargos e salários, ava

[117] *Ibid.*, p. 18.

[118] *Ibid.*, p. 18.

[119] *Ibid.*, p. 19.

liação e supervisão em serviço, criação de canais efetivos de participação no planejamento, execução e avaliação das políticas de saúde desta Secretaria. Este processo deve obedecer os princípios comuns da integração, hierarquização e regionalização dos serviços e instituições de saúde no município de Campinas" [120].

No mesmo documento, dizia-se que a busca de um "perfil profissional" mais compatível com a realidade de saúde da população e com a estrutura dos serviços de saúde em processo de implantação (cujas principais características eram a regionalização, a hierarquização e a integração das diferentes instituições de saúde do setor público) constituía um desafio a ser enfrentado pela Secretaria Municipal de Saúde através da "Política de Educação Continuada", pois, os profissionais disponíveis no mercado de trabalho não possuíam uma formação adequada às necessidades do modelo de assistência médica que se pretendia implementar [121]. Segundo entendiam os formuladores da Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, a busca deste "perfil profissional" deveria orientar-se pelas seguintes diretrizes:

- a competência técnica na área de saúde deve incorporar (sic) conteúdos políticos, de planejamento, avaliação e supervisão dos serviços prestados;
- deve estar em função da integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde;
- deve estar em função da complexidade e da resolatividade que se pretende dar a cada unidade de saúde [...].

[120] *Ibid.*, p. 33.

[121] *Ibid.*, p. 36.

- deve priorizar a formação nos cuidados básicos de saúde em todas as áreas profissionais;
- este perfil deve ser buscado, uma vez que ele não é dado, pelo aparelho formador [sic], através de um processo contínuo de treinamento e reciclagem em serviço;
- as Ações Integradas de Saúde (AIS), estratégia fundamental para a reorganização dos serviços de saúde, devem ser também a estratégia fundamental para a redefinição do perfil do profissional de saúde" [122].

Observa-se que a "Política de Educação Continuada" proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas era, de fato, uma síntese de diferentes posições a respeito de "Educação Continuada", concebidas pela Organização Mundial de Saúde, nos anos 70 e por técnicos da UNICEF, nos anos 60, que foram apresentados no capítulo I. Tais posições, conforme foi discutido, concebiam a "Educação Permanente" como um processo que se prolonga por toda a vida do indivíduo e, principalmente, por todo o período em que ele se encontra ocupado na organização [123]. Neste sentido, a reciclagem é vista pelos idealizadores da "Educação Continuada", como uma estratégia que permite ao trabalhador colocar-se a par das inovações tecnológicas e das alterações introduzidas no trabalho. Além disso, a proposta de que a instituição de saúde assumisse a formação de seus próprios profissionais aproxima-se, (em grande parte), da ideia de criação de "parassistemas" de educação (expressão utilizada por Furter), a partir da alegação de que o sistema educacional não tem capacidade para fazê-lo de forma adequada às necessidades dos serviços de saúde.

[122] *Ibid.*, p. 27.

[123] Cf. Roux, Jorge, Recursos Humanos e Treinamento, p. 39.

De fato, segundo se entende tal "Política de Educação Continuada", estava preocupada com o aperfeiçoamento da força de trabalho, mas somente no sentido de adaptá-la melhor e mais rapidamente às exigências do processo de trabalho em saúde que se queria aprofundar. Tratava-se, portanto, de uma visão de educação cuja perspectiva era atender às exigências de um processo de produção de serviços médicos na qual a forma de organização do trabalho assumia características capitalistas (divisão técnica do trabalho, hierarquização dos trabalhadores, atribuindo-se aos menos qualificados as operações consideradas mais simples e aos mais qualificados as tarefas mais complexas), apesar das críticas formuladas naquele documento [124] à forma de organização da assistência médica que se tornara dominante no país, a partir de 1964.

Além disso, tanto a definição de "Política de Educação Continuada" elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde, quanto as diretrizes que deveriam orientar a busca de um "perfil profissional" mais compatível não são com a "realidade de saúde da população", mas também com a "estrutura dos serviços de saúde", revelam de que modo pretendiam articular a "política de recursos humanos" da Secretaria Municipal de Saúde com a "política de saúde" que procuravam implementar. O que se vê, a partir do exame de tal documento [125], é a firme intenção de modelar indivíduos para a consecução de uma proposta de organização dos serviços de saúde. Como se constatou também na "Política de Recursos Humanos" proposta pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no início dos anos 80, o discurso das instituições de saúde sempre criticou o distanciamento existente entre a formação oferecida pelo siste-

[124] Secretaria Municipal de Saúde. Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. p. 38.

[125] Ibíd., p. 37.

ma educacional e as chamadas necessidades reais da população (leia-se: necessidade dos serviços de saúde). De fato, o que se entrevê, geralmente, por detrás das críticas formuladas pelas instituições de saúde à inadequação da formação oferecida pelo sistema educacional aos profissionais de saúde, é a idéia de que a formação deles deva estar estritamente dirigida ao processo de trabalho existente nas instituições de saúde, variando de acordo com a proposta de política de saúde que ganha hegemonia nos discursos institucionais em cada período histórico. Essa preocupação em restringir a formação dos profissionais às necessidades do processo de trabalho em saúde fica mais evidente ainda pelo fato de que, em vez de exigir reformas ou alterações curriculares nas Escolas para profissionais de saúde, as instituições de saúde optem por assumir sozinhas ou a formação ou a reciclagem dos profissionais, sejam eles qualificados ou não.

Nesta perspectiva, há que se entender também a busca de um "perfil" profissional" como uma estratégia para aumentar a eficiência dos trabalhadores na realização das tarefas parciais que lhes eram atribuídas no processo de trabalho, pois, como explica Roux, quanto mais próximo do "perfil profissional" proposto pela organização estiver o trabalhador, maior será sua especialização na execução daquela tarefa e, portanto, maior será sua produtividade [126].

Esta preocupação com a "competência técnica" dos profissionais também esteve presente nas propostas da "Política de Educação Continuada" voltadas para os auxiliares de saúde. Propunham, naquele documento [127], a realização de reciclagens e cur

---

[126] Veja o primeiro capítulo deste estudo sobre a discussão realizada por Jorge Roux a respeito de treinamentos.

[127] Secretaria Municipal de Saúde. Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Campinas, p. 37-40.

ços de capacitação, que deveriam ficar a cargo da Comissão de Programação, Avaliação e Supervisão e da Assessoria de Estudos e Programas em conjunto com as equipes de postos, respectivamente.

O Curso de Capacitação para Atendente de Saúde Pública (denominação que também era utilizada para designar os auxiliares de saúde) constituía uma das atividades previstas no "Programa de Aperfeiçoamento Contínuo" da Secretaria Municipal de Campinas, implementado a partir de 1986. A partir de uma crítica à concepção que se tinha do auxiliar de saúde no período 1977 a 1980, pois achavam que a prática do "atendente de saúde" sofrera muitas distorções [128], os planejadores do Curso de Capacitação de Atendentes de Saúde Pública pretendiam recolocar os princípios que norteavam a prática do agente de saúde "dentro de uma nova conjuntura porque passa toda a sociedade brasileira e as políticas de saúde no Brasil, buscando com isso um perfil profissional que seja mais compatível com a nossa realidade e as necessidades de saúde da nossa população, fator determinante no sucesso ou fracasso das propostas de integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde; este é um dos objetivos deste curso" [129].

Previam-se para tais cursos, uma carga horária de 470 horas, das quais 200 horas destinavam-se a estágios práticos realizados não apenas em postos de saúde da Prefeitura Municipal de Campinas, mas, também em serviços pertencentes às outras insti-

[128] Os formuladores do Curso de Capacitação para Atendentes de Saúde Pública entendiam que nas experiências de Atenção Primária as distorções da "prática" dos auxiliares de saúde decorreram da simples transposição do perfil dos auxiliares de saúde das regiões rurais para as regiões urbanas, da cooptação destes indivíduos que teriam se tornado agentes institucionais de fortalecimento do poder e da transformação da delegação de função num instrumento para intensificar o processo de medicalização ao invés de desmistificar o saber médico. Cf. Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Aperfeiçoamento Contínuo, Curso de Capacitação para Atendentes de Saúde Pública, p. 2.

[129] *Ibid.*, p. 2.

tuições envolvidas com a implementação do Prô-Assistência e das Ações Integradas de Saúde [130].

O conteúdo programático desenvolvido em tais cursos abrangia os seguintes tópicos: Trabalho com a Comunidade, Saneamento Ambiental, Cuidado a Pessoas, Organização, Planejamento e Avaliação dos Serviços de Saúde [131]. Durante o módulo teórico do curso, a unidade relativa a Cuidado a Pessoas, onde se discutia a execução dos diferentes Programas de Atendimento, concentrava maior carga horária (136 horas) ao passo que a unidade sobre Organização, Planejamento e Avaliação dos Serviços de Saúde possuía apenas 48 horas do total da carga horária [132]. Neste sentido, a capacitação estava mais voltada para a preparação dos auxiliares de saúde para a execução das tarefas parciais previstas nos Programas de Atendimento. Pelo que se pôde observar, a partir do exame dos "Manuais para Auxiliares de Saúde" que acompanhavam os Programas de Atendimento [133], eram transmitidos aos auxiliares apenas os conhecimentos estritamente necessários à execução do seu trabalho e, por isso, diz-se aqui que eles eram preparados somente para a execução de tarefas parciais. Além disso, o número reduzido de horas-aula para Organização, Planejamento e Avaliação de Serviços de Saúde, muito provavelmente, não oferecia condições para que os auxiliares de saúde se tornassem aptos a formular políticas de saúde, avaliá-las e gerí-las conforme se queria no documento "Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde". No entanto, muito provavelmente, os capacitaria para tornarem-se profissionais eficazes e ideólogos da instituição, como dizia Jorge Roux. Note-se que os conteúdos

[130] *Ibid.*, p. 4.

[131] *Ibid.*, p. 4.

[132] *Ibid.*, p. 4.

[133] Os manuais para Auxiliares de Saúde faziam parte dos textos do "Prô-Assistência".

transmitidos ao treinamento durante o Curso de Capacitação tinham como preocupação principal, além da capacitação técnica, uniformizar as condutas e os comportamentos dos auxiliares de saúde para executarem de forma considerada a mais adequada às atividades prescritas no Programa. Não há dúvidas de que através desta padronização das ações conseguia-se controlar o trabalhador e reduzir a sua criatividade, sua iniciativa, transformando todas as possibilidades humanas em estereótipos, ainda que mais compatíveis com a realidade e com as necessidades dos serviços. Por outro lado, é preciso ressaltar ainda que, mesmo com o aparente abandono dos princípios que orientavam a "política de recursos humanos" no período anterior (de 1977 a 1980), o treinamento ou a capacitação e a reciclagem continuavam correspondendo a uma forma de eliminar os custos da aprendizagem para os trabalhadores não qualificados na Secretaria Municipal de Campinas, o que, por sua vez, garantia a diminuição dos custos do serviço.

Um fato muito interessante que se teve oportunidade de observar ao longo da pesquisa foi o modo como as práticas educativas desenvolvidas na Secretaria Municipal de Campinas, quer através de cursos, quer através do treinamento em serviço, contribuíram para obter o apoio dos auxiliares de saúde para a "política de saúde" que os dirigentes da instituição pretendiam implantar.

Em novembro de 1984, na Secretaria Municipal de Campinas, foi realizado o 1º Seminário de Auxiliares de Saúde Pública (134), cuja finalidade, anunciada pelos organizadores, foi a seguinte:

---

(134) O 1º Seminário dos Auxiliares de Saúde Pública teve uma segunda etapa, que se realizou em março de 1985, na Secretaria Municipal de Saúde.

"Servirá de base para a atuação dos Auxiliares de Saúde no desenvolvimento do seu trabalho e no encaminhamento de suas reivindicações por melhores condições de vida e da qualidade do serviço de atenção à saúde da população. (...). Servirá de instrumento básico para debater e definir o plano de cargo e salário (sic) e a carreira do Auxiliar de Saúde, orientar as reciclagens e cursos de aprimoramento, como também encaminhar a luta pelo reconhecimento da profissão" [135].

Além disso, como se dizia no Relatório do Seminário, tais discussões tinham em vista "o aprimoramento da prestação de serviço de atenção à saúde da população e a consolidação do Auxiliar de Saúde como categoria profissional" [136].

De fato, muitas das propostas formuladas pelos auxiliares de saúde neste mesmo evento foram, em 1985, incorporadas à "Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Campinas" conforme se pode verificar pela exposição que se fez até aqui sobre este documento.

Segundo se constatou através de gravações realizadas durante o Iº Seminário de Auxiliares de Saúde e da leitura do Relatório do mesmo evento, grande parte das discussões giravam em torno da necessidade de definir uma "identidade" para a categoria, tanto a nível da própria Prefeitura de Campinas, quanto no mercado de trabalho em saúde.

Entende-se que tal preocupação decorra da indefinição que os próprios auxiliares identificavam em seu trabalho, à medida que o idealismo que caracterizava os primeiros "Programas de

[135] *Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Aperfeiçoamento Contínuo. Curso de Capacitação para Auxiliares de Saúde Pública, p. 1.*

[136] *Ibid., p. 1.*

Atenção Primária", no país, até o início dos anos 70, foi sendo substituído por propostas mais preocupadas com a "racionalidade" e a "eficiência" da assistência médica oferecida. Deste modo, o papel que fora atribuído ao auxiliar de saúde, de atuar como porta-voz da população no interior dos serviços e, principalmente, de representar um elo entre estes e a população, perderia o seu sentido. Tais transformações são percebidas por um auxiliar de saúde da seguinte forma:

"Na prática (o Prô-Assistência) não alterou muito. Eu acho que não, porque a maneira de ser do auxiliar, ela vem mudando há muito tempo. Desde 82. É desde 82 que o pessoal vai fazendo mudanças por si só. Eu acho que o Prô-Assistência não muda muita coisa, muda a proposta de trabalho na Secretaria de Saúde. O que eu acho que é importante é a questão da regionalização, que eu acho que é um avanço, né? (...) Eu acho que o auxiliar de saúde, que já não tinha um certo compromisso com o movimento popular, com a militância... Ele passou a não ser nada, entende? Então eu acho que é aquilo que eu disse anteriormente, né? Ele fica só no posto, fazendo seu serviço, de resto ele ... rotineiro." (I., Auxiliar de Saúde).

Outra entrevistada atribuiu a perda de "identidade" do auxiliar de saúde ao "fim" da delegação de funções:

"Eu acho que mudou à medida que ... os médicos atuais eles não delegam mais funções pro auxiliar, sabe? Então, o auxiliar já não tem mais aquele papel, não lhe é mais entregado algumas coisas que já foram anteriormente, então depende muito de com quem você trabalha,

que posto! Então a gente toca o serviço, mas não da maneira como se fazia antes. Eu acho que antes o auxiliar tinha capacidade de resolver mais coisas agora ele não resolve, né?" (A., Auxiliar de Saúde).

Tendo em vista esta percepção de que seu papel não possuía mais uma especificidade que o diferenciasse dos demais trabalhadores em saúde, especialmente das demais categorias auxiliares em enfermagem:

"Os Auxiliares de Saúde desempenham papéis fundamentais desse serviço à população, dentro e fora do posto de saúde. Articula as informações técnicas para orientar a população no que se refere às causas e as verdadeiras necessidades no trato dos problemas comuns de saúde da comunidade. Informa e incentiva a organização popular no sentido de solucionarem os seus problemas de saúde. Esta postura, em consonância com as atividades técnicas da atenção à saúde da população define o perfil profissional dos auxiliares de saúde, o que os diferencia dos demais atendentes de ambulatórios centrais e hospitais especializados. Portanto, devem ser respeitadas, garantidas, e sobretudo respaldadas as atividades desenvolvidas pelos auxiliares de saúde" [137].

Para garantir sua especificidade enquanto categoria profissional, os auxiliares de saúde deliberaram no 1º Seminário de Auxiliares de Saúde que deveriam lutar pelo seu reconhecimento a nível dos órgãos competentes na Prefeitura:

[137] Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do 1º Seminário dos Auxiliares de Saúde Pública. p. 4.

"Primeiro ponto: que seja reconhecida a categoria, estamos pedindo piso salarial e uma série de outras reivindicações aqui. Eu estou defendendo que, de consciência, se a gente quer o reconhecimento da categoria, da profissão, a gente tem que ter uma associação da categoria (...). Foi levantado nos grupos (do seminário) (...): plano de carreira, nome em carteira e delegação de função. Agora, quem, o que efetivamente determina o reconhecimento da nossa categoria como Auxiliar de Saúde é a delegação de função" (T., Auxiliar de Saúde).

Saliente-se que o reconhecimento do exercício profissional dos auxiliares de saúde enfrentava impedimentos legais, os quais agravaram-se ainda mais a partir de 1987, quando foi promulgada a Lei 7498/87, que regulamentava o exercício da enfermagem. A partir desta lei, o reconhecimento legal dos auxiliares de saúde ficaria prejudicado.

Outra questão que abrangeu boa parte das discussões realizadas naquele Seminário foi a capacitação dos auxiliares de saúde. Eles reivindicavam a reativação da Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem, o estabelecimento de critérios referentes à escolaridade para aprovação nos concursos públicos, a participação dos auxiliares de saúde nas equipes responsáveis pelas reciclagens, uma vez que discordavam da forma como esta vinha sendo encaminhada [138].

Nas discussões que ocorreram a respeito da formação em serviço dos auxiliares de saúde não se verifica uma proposta sequer em relação à sua profissionalização. O que se vê, isto sim,

[138] *Ibid.*, p. 5.

são, reivindicações no sentido de que se padronizassem condutas, normatizassem ações, como se constata a seguir:

"A última questão levantada em relação ao grupo de trabalho é a padronização da conduta ... Quem está de acordo que a gente garanta a padronização de função, levante a mão ..." (Auxiliar de Saúde no 1º Seminário).

Desse modo, não se pode ignorar que o discurso dos auxiliares de saúde reproduzia o discurso da instituição a respeito da "Política de Recursos Humanos" e que até mesmo contribui com sugestões que foram imediatamente incorporadas às propostas da instituição o que, com certeza, revela as possibilidades que as práticas educativas desenvolvidas na Secretaria Municipal de Saúde contribuíram para obter a colaboração de seus profissionais às propostas de organização de serviços de saúde que desejavam implementar.

Sendo assim, pode-se concluir que, no período de 1982 a 1986, a "Política de Recursos Humanos" da Secretaria Municipal de Campinas, especialmente no tocante aos auxiliares de saúde, esteve voltada para a implementação do Prô-Assistência e das Ações Integradas de Saúde. Diante dos diferentes propósitos que estas propostas representavam em relação às que orientaram o período 77-81, no período compreendido entre 1982 e 1986, modificou-se a concepção a respeito das "funções" do auxiliar de saúde, o que correspondeu à valorização da competência técnica em detrimento da concepção que via, no auxiliar de saúde, um elo entre os serviços e a população. As mudanças introduzidas, inclusive no processo de trabalho, acarretaram uma "crise de identidade" entre os auxiliares de saúde, que não conseguiam definir, com precisão, qual seria o seu papel frente às alterações político-insti-

tucionais ocorridas na Secretaria de Saúde. Como se argumentou, a "Política de Recursos Humanos" de fato procurou modelar o auxiliar às funções que lhe destinava no processo de trabalho, procurando reduzi-lo a um estereótipo e transformando-o num profissional eficaz e num ideólogo da instituição.

## CONCLUSÃO

### A TEORIA E A PRÁTICA NO MUNDO DOS RECURSOS HUMANOS

Chegou-se ao fim do exame das práticas educativas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas no período compreendido entre 1977 e 1986. Optou-se pela análise das relações existentes entre tais práticas educativas e as "políticas de saúde" adotadas pela Secretaria Municipal de Campinas com o objetivo de implantar um "Programa de Medicina Comunitária" e, posteriormente, integrar suas atividades com outras instituições de saúde. Tanto a chamada Política de Recursos Humanos, quanto a pretensa política de saúde adotadas naquele período convergiam para uma mesma finalidade: estender serviços de saúde de baixo custo para grupos sociais sem acesso às formas predominantes de assistência médica mediante o emprego de trabalhadores sem qualificação específica, treinados no interior do processo de trabalho.

Interessou, durante o trabalho, identificar a situação dos auxiliares de saúde e das propostas referentes à sua formação, tanto nas proposições da Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, quanto nos Planos e Programas Nacionais e Municipais de Saúde, quanto, principalmente, nas chamadas Políticas de Recursos Humanos adotadas no país e em Campi-

nas, no período de 1970 até meados de 1980. Conseguiu-se, assim, identificar os principais conceitos e proposições a partir dos quais emergiram, em Campinas, os auxiliares de saúde como uma categoria profissional específica e as práticas educativas dirigidas a eles.

Procura-se, agora, reunir as afirmações dos capítulos anteriores numa síntese e, para tanto, percorrer-se-á a trajetória realizada ao longo deste estudo, a fim de tornar a exposição clara e demonstrar os objetivos que orientaram esta dissertação.

O capítulo I mostra a emergência da Medicina Comunitária e de que modo ela se colocou como uma proposta de organização da prática médica alternativa à forma de organização da assistência médica que se tornou dominante nas sociedades capitalistas, a qual foi denominada medicina tecnológica. Fundamentalmente, a Medicina Comunitária situa-se como uma proposta de prestação de cuidados médicos que visa a extensão dos serviços de saúde de baixos custos aos grupos sociais excluídos do acesso a formas dominantes de organização da prática médica, mediante a utilização de força de trabalho auxiliar e a mobilização dos grupos sociais que toma por objeto, utilizando-se, para isto, de técnicas de intervenção social, originadas no campo do serviço social. Graças ao estímulo da Organização Mundial e da Organização Panamericana de Saúde tal proposta foi difundida e implementada em países do chamado Terceiro Mundo, sob a denominação de Atenção Primária de Saúde. Ambas tinham no auxiliar de saúde ou agente comunitário de saúde o sujeito que deveria, por excelência, articular os serviços de saúde com as necessidades da população. Neste sentido, o treinamento foi a prática educativa preferencialmente adotada para preparar uma força de trabalho sem qualificação, que pretendiam empregar em Programas de extensão

de cobertura.

O capítulo II demonstra como o Estado brasileiro interveio no setor saúde de modo a favorecer a privatização da assistência médica no país, principalmente após 1964. Tal orientação, imprimida às chamadas políticas de saúde, acarretou graves problemas para o Governo brasileiro, pois, diante da agressiva deterioração das condições de saúde no país e da necessidade de ampliar o processo de medicalização, viu-se obrigado a buscar alternativas para estender os serviços de saúde a segmentos das classes populares excluídas do acesso às formas predominantes de assistência médica. Tais alternativas, expressas em Planos e Programas Nacionais de Saúde propostos a partir de meados dos anos 70, foram os Programas de Atenção Primária, implantados em caráter experimental ou na região Nordeste ou em alguns municípios brasileiros, dentre eles, Campinas. Neste contexto, surge o "Programa de Medicina Comunitária" da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, considerado um programa inovador tanto por seus formuladores, quanto por diversas instituições de saúde, devido à sua proposta de utilização de auxiliares de saúde e de formação dos mesmos (que eram indivíduos provenientes dos locais que deveriam ser assistidos pelo programa). Até a primeira metade dos anos 80, o Programa de Atenção Primária de Campinas passou por inúmeras indefinições, que iam desde a indefinição em relação ao nome do programa até a possibilidade de ter de interrompê-lo por falta de recursos financeiros, pois nenhuma prioridade lhe era atribuída pela Administração Municipal. Por outro lado, a busca de definições que possibilitassem implementar tal Programa levou seus dirigentes a padronizar e normatizar as atividades desenvolvidas nos postos de saúde com o objetivo de racionalizá-las, a fim de, com uma redução dos custos de produção dos serviços, am-

pliar o número de postos de saúde situados prioritariamente em bairros da periferia do município de Campinas. O Programa de Atenção Primária de Campinas anunciava, como seus principais objetivos, promover a participação comunitária, desmistificar o saber médico, constituir uma rede de postos de saúde integrada e generalizada, bem como articulá-la, através de convênios, com as demais agências de saúde existentes no município. Entretanto, tais objetivos nem sempre foram alcançados e, de fato, tratavam-se de uma estratégia de diminuição dos custos dos serviços médicos para que se pudesse estendê-los a grupos sociais excluídos do processo produtivo. Num momento posterior, marcado pelo "colapso" do sistema previdenciário e pela necessidade de racionalizar ainda mais os gastos da Previdência Social com assistência médica, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas integra-se à demais instituições públicas de saúde a fim de implementar o Prô-Assistência e as Ações Integradas de Saúde. Tal fato acarretou a introdução de mudanças político-institucionais e organizativas no interior daquela Secretaria, que os técnicos justificavam diante da necessidade de pôr em prática aquelas políticas.

No terceiro capítulo, procurou-se demonstrar a relação existente entre o surgimento dos auxiliares de saúde em Campinas e a dinâmica do mercado de trabalho em saúde no país no período de 1970 a 1980 e as "Políticas de Recursos Humanos" adotadas no país (de 1975 a 1986), voltadas para a força de trabalho de nível médio e elementar. Constatou-se que havia uma predominância de pessoal com nível de escolaridade elementar, que perfazia mais da metade dos trabalhadores em saúde empregados em estabelecimentos públicos no país, no Estado de São Paulo e na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o que expressa uma polarização entre o pessoal de nível elementar, atendentes de enfermagem, onde

se incluem os auxiliares de saúde, e a categoria médica. Viu-se, também, que os Planos e Programas Nacionais de Formação de Recursos Humanos para a Saúde privilegiavam, pelo menos nos anos 70, a formação de profissionais de escolaridade de nível superior, apesar do discurso que enfatizava a qualificação de pessoal de nível médio e elementar, o que de fato não ocorreu, conforme se demonstrou. Contudo, nos anos 80 assiste-se à formulação do chamado Projeto Larga Escala que visava a formação de pessoal de nível médio e a consequente profissionalização do pessoal de nível elementar. Embora não se dispusesse de dados sobre os resultados deste Programa, pode-se criticá-lo pela intenção de recorrer ao sistema educacional apenas com o objetivo de legitimar a formação oferecida no próprio serviço. Apenas a partir da Conferência Nacional de Recursos Humanos a questão da profissionalização do pessoal de nível elementar passa a ser atribuída ao Sistema Educacional, mas ainda não há dados que discutam os resultados apresentados pela implantação daquela proposta.

Finalmente, passa-se por exame as práticas educativas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas no período compreendido entre 1977 e 1986. Dividindo-se tal período em dois momentos, cada um dos quais correspondente a uma determinada proposta de organização de serviços de saúde, observa-se que as "Políticas de Recursos Humanos" estiveram voltadas para a implementação das "políticas de saúde" adotadas pela Secretaria Municipal de Campinas, nos períodos de 1977 a 1981 e de 1982 a 1986, respectivamente.

Observa-se que as concepções sobre o papel dos auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas bem como as tarefas que lhes eram atribuídas no processo de trabalho desenvolvido nos postos de saúde variaram em cada um daqueles momentos,

dependendo da "filosofia" e das diretrizes que orientavam as políticas de saúde.

Sendo assim, no período de 1977 a 1981, o auxiliar de saúde era concebido como elo entre os serviços de saúde e a "comunidade", bem como porta-voz dos interesses da população. Neste sentido, o processo de seleção valorizava o "perfil de personalidade" e o "perfil político-ideológico" em detrimento do "perfil cognitivo", uma vez que os dirigentes da Secretaria Municipal de Campinas acreditavam poder construí-lo através de treinamentos em serviço. Por outro lado, a valorização do "perfil de personalidade" e do "perfil político-ideológico" era justificado pela Secretaria Municipal de Saúde pelo fato de se pretender preparar o auxiliar de saúde para estabelecer um determinado relacionamento com a população assistida pelo serviço, o que implicava, necessariamente, em ser o auxiliar de saúde um indivíduo proveniente do bairro, onde fosse implantado o posto de saúde, que conhecesse os principais problemas do local e que tivesse algum tipo de participação ou inserção social nos movimentos populares existentes no bairro.

No período de 1982 a 1986, esperava-se que o auxiliar de saúde fosse um indivíduo com "competência técnica" e com um "perfil" compatível com as necessidades da população e do serviço que a Secretaria Municipal de Campinas desejava implantar. Tal fato acarretou, entre os auxiliares de saúde, uma rediscussão das suas funções nos serviços de saúde. O processo de discussão mostrou de que forma as práticas educativas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas tinham sido eficientes pois verifica-se que o discurso dos auxiliares de saúde coincidia com os princípios da "política de saúde" adotada naquela instituição no período de 1982 a 1986.

Nesse sentido, concluiu-se que auxiliares de saúde e propostas de reorganização de serviços de saúde que se pretendiam alternativas à forma predominante de Atenção Médica representavam lados diferentes de uma mesma moeda. Ao mesmo tempo em que o emprego de trabalhadores sem qualificação constituía uma condição necessária à consecução daquela proposta de organização de serviços médicos, era a existência da proposta de Medicina Comunitária ou da Atenção Primária de Saúde que conferia tal peculiaridade ao auxiliar de saúde, fazendo com que ele surgisse como um trabalhador diferente das demais categorias e ocupações de enfermagem.

ANEXOS

Roteiro de Entrevistas, utilizado para os Auxiliares de Saúde

1. Como você iniciou sua participação no trabalho?
2. O que você fazia antes de trabalhar como auxiliar de saúde?
3. Como se fazia a seleção, especialmente aquela em que você foi selecionado (a)?
4. Como era desenvolvido o treinamento, especialmente aquele em que você foi treinado (a)?
5. Existia alguma proposição teórica (no Programa) com a qual você se identificava?
6. Como você descreve o trabalho do auxiliar de saúde?
7. Você tinha alguma participação em entidades do movimento popular?
8. O que a Secretaria fazia na formação dos profissionais?
9. Como a Política de Saúde interferiu na formação dos profissionais (antes, durante e depois do Prô-Assistência)?
10. Os chamados convênios da Secretaria com outras instituições mudou a seleção e formação dos profissionais?
11. Na atual gestão, o que aconteceu em relação a seleção e treinamento dos auxiliares?
12. Como surgiu a Assessoria de Estudos e Programas? E a Comissão de Supervisão? Quais são suas tarefas?

Obs.: Antes da realização da entrevista, a pesquisadora esclarecia ao entrevistado os objetivos que se pretendia alcançar com o presente estudo e solicitava-lhe autorização para que seu depoimento fosse gravado. Posteriormente tais gravações foram transcritas.

Contudo, é preciso salientar que a transcrição, muitas vezes, não possibilita reproduzir a entonação de voz dos entrevistados, o que, neste caso, revelava com muito mais vigor as percepções que o entrevistado possuía sobre suas condições de trabalho.

## Roteiro de Entrevista, utilizado para os Médicos

1. Ao iniciar o seu trabalho, que propostas você tinha?
2. No início, o que você pensava sobre seleção e formação de profissionais?
3. Com que proposição teórica, se existia, você se identificava?
4. O que a Secretaria fazia na formação dos profissionais?
5. Como o Prô-Assistência interferiu na formação dos funcionários?
6. Os chamados convênios da Secretaria com outras instituições mudou a formação dos profissionais?
7. Como a atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde alterou a seleção e o treinamento dos auxiliares?
8. Como surgiu a Assessoria de Estudos e Programas e a Comissão de Supervisão?
9. Como você descreveria o trabalho atual do auxiliar?

## BIBLIOGRAFIA

### LIVROS E ARTIGOS

1. ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem). A Nova Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Brasília, 1987.
2. ALMEIDA, Maria C.P. e Rocha, Juan S. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo, Cortez, 1986.
3. \_\_\_\_\_ . et alii. A Formação do Enfermeiro frente à Reforma Sanitária. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2(4):505-510, out./dez. 1986.
4. ALVES, Delvaír B. Mercado e Condições de Trabalho da Enfermagem. Salvador, Gráfica Central Ltda., 1987.
5. AMMAN, Safira. Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil, São Paulo, Cortez, 1985.
6. AROUCA, Antônio S. O Dilema Preventista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado. Campinas, UNICAMP, 1975. Mimeografada.
7. \_\_\_\_\_ . e AROUCA, Anamaria T. Medicina de Comunidade. Implicações de uma teoria. Revista Saúde em Debate, CEBES, 1:20-23, out./dez. 1976.
8. BAPTISTA, Miriam V. Desenvolvimento de Comunidade. 2ª Edição. São Paulo, Cortez e Moraes, 1978.

9. BRAGA, José C. e GÖES DE PAULA, Sérgio. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
10. BRAVERMAN, Harry. Trabalho e Capital Monopolista. A Degradação do Trabalho no Século XX. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Zahar, Ed., 1981.
11. CALZADO JR., Hindemburgo. A Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1977-1984, uma leitura. Campinas, 1985. mimeo..
12. CANTILLANO, Eyda. Análise Crítica da Conceituação Predominante sobre a Atenção Médica Primária. In: NUNES, Everardo. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
13. CHABO, Roberto. Movimentos Sociais Urbanos e a Democratização dos Serviços de Saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 17(3):38-60, jul./set. 1983.
14. CORDONI JR., Luiz. A Medicina Comunitária: Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira. São Paulo, USP, 1979. Dissertação de Mestrado (mimeo.).
15. CORDEIRO, Hésio. A Indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1980.
16. DONNANGELO, Maria C. e PEREIRA, Luiz, Saúde e Sociedade. São Paulo. Duas Cidades, 1976.
17. DURAND, José C. Profissões de Saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 10:4-23. jul. 1985.
18. FELICIELLO, Domenico. Atenção Primária e Política de Saúde. Campinas, PUCCAMP/PINEP, 1985.
19. FERNANDES, Florestan. Comunidade e Sociedade no Brasil. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1972.
20.                     . A Revolução Burguesa no Brasil. Ensaio de Interpretação Sociológica. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

21. \_\_\_\_\_, Elementos de Sociologia Teórica, 2ª Ed. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1974.
22. PURTER, Pierre. Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural. 2ª Ed. Petrópolis, Vozes, 1975. 224 p.
23. GIOVANNI, Geraldo. A Questão dos Remédios no Brasil: produção e consumo. São Paulo, Polis, 1980.
24. GONÇALVES, Ricardo B.M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo, USP, 1986. Mimeografado.
25. KOWARICK, Lúcio. Capitalismo e Marginalidade na América Latina. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
26. LAURELL, Asa C. "A Saúde Doença como Processo Social". in: NUNES, Everardo D. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
27. LAVRAS, Carmem. O Auxiliar de Saúde na Experiência de Campinas. Campinas, PUCCAMP/PINEP, 1985. Mimeografado.
28. LEAVELL, Hugh e CLARK, E. Gurney. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro, McGraw Hill, 1976.
29. LIMA, Sandra B. Participação Social no Cotidiano. 5ª Ed. São Paulo, Cortez, 1983.
30. LUZ, Madel T. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
31. MARX, Karl. O Capital: Crítica da Economia Política. 2ª Ed. São Paulo, Nova Cultural, 1985. Vol. 1. Trad. Regis Barbosa, (Os economistas).
32. \_\_\_\_\_ e ENGELS, Friedrich. A Ideologia Alemã. 4ª Ed. São Paulo, HUCITEC, 1984.
33. MEDICI, André C. et alii. Pesquisa sobre Recursos Humanos em Saúde 1976-1984. Rio de Janeiro, ENSP, 1988 (prelo).

34. MELLO, C. Gentile. Saúde e Assistência Médica no Brasil, São Paulo, CEBES/HUCATEC, 1977.
35. \_\_\_\_\_ . PREV-SAÚDE. Vida, paixão e morte. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 12:25-26, 1981.
36. MELO, Cristina. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1986.
37. MOREIRA ALVES, Maria H. Estado e Oposição no Brasil (1964-1984). Petrópolis, Vozes, 1985.
38. MOTTA, Fernando C.P. e BRESSER PEREIRA, Luiz.C. Introdução à Organização Burocrática. 4<sup>a</sup> Ed. São Paulo, Brasiliense, 1984.
39. MOYSES, Neuza M. Cuidados Primários de Saúde: uma estratégia? Dissertação de Mestrado. Niterói, UFF, 1986.
40. NAKAMAE, Djair D. Novos Caminhos da Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1987.
41. NEPP-IE-UNICAMP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP). Brasil 1985-Relatório sobre a situação social do país. Campinas, Ed. da UNICAMP, 1986.
42. NOGUEIRA, Roberto. A Força de Trabalho em Saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 17(3):61-70, jul./set. 1983.
43. \_\_\_\_\_ . Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, 1970-1983. Brasília, OPS, 1986.
44. PAIM, Jairnilson. Medicina Comunitária. Introdução a uma análise crítica. Revista Saúde em Debate, CEBES; 1:9-12, out./dez. 1976.
45. \_\_\_\_\_ . Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. Estudos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 4:11-28, nov. 1986.
46. \_\_\_\_\_ . As Políticas de Saúde e a Conjuntura Social. Revista Saúde em Debate. 12.

47. PAIVA, Yantida e RATTNER, Henrique. Educação Permanente e Capitalismo Tardio. São Paulo, Cortez, 1985.
48. PELEGRINI, Alberto, et alit. A Medicina Comunitária, a questão urbana e a marginalidade. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984.
49. POSSAS, Cristina A. Saúde e Trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1981.
50. PRADO, Niobe. Profissões de Saúde: profissões de mulher? Cadernos FUNDAP, São Paulo, 10:44-56, jul. 1985.
51. QUADRA, Antônio & Amâncio, Aloysio. O Planejamento e a Formação de Recursos Humanos para a Saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984.
52. REZENDE, Ana L. Saúde, Dialética do Pensar e do Fazer. São Paulo, Cortez, 1986.
53. ROCHA, Semíramis M. Puericultura e Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1987.
54. ROUX, Jorge. Recursos Humanos e Treinamento. São Paulo, Brasiliense, 1983.
55. SANTOS, Nelson R. Atenção Primária de Saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Mimeografado.
56. SEGNINI, Líliana. A Liturgia do Poder. São Paulo, EDUC, 1988.
57. SILVA, Joana et alit. Atenção Primária de Saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília, CDMD, 1986.
58. SILVA, Graciette B. Enfermagem Profissional: uma análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986.
59. SINGER, Paul e BRANT, Vinícius C. (org.) São Paulo: o povo em movimento. Petrópolis, Vozes, 1980.

60. SPQSATI, Aldaíza. Vida Urbana e Gestão da Pobreza. São Paulo, Cortez, 1988.
61. TEIXEIRA, Sonia M.F. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 19(1):48-58, jan./mar.1985.
62. TORNERO, Nilton L. O Emprego de Auxiliares de Saúde em Áreas em Desenvolvimento. Dissertação de Mestrado, São Paulo, FSP/USP, 1977.
63. VAN STRALEN, Cornelis J. Movimentos Sociais Urbanos e Democratização dos Serviços de Saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 17(3):38-60, jul./set. 1983.
64. VIEIRA, Evaldo A. Estado e Miséria Social no Brasil: de Getúlio a Geisel. São Paulo, Cortez, 1983.

Documentos produzidos por organismos internacionais e Ministérios da Saúde, Previdência Social e Educação

1. OMS/OPAS. Plan Decenal de Salud para las Americas, 1973;
2. Lei 5229/75. Sistema Nacional de Saúde, 1975;
3. MS/MPAS. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), 1975;
4. MS/MEC. Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde (PPREPS), 1976;
5. OMS/UNICEF. Declaração de Alma Ata, 1978;
6. OMS/OPAS/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978;
7. OMS/OPAS/UNICEF. Atencion Primaria de Salud, Informe, Alma-Ata, 1978;
8. MS, MPAS, SEPLAN. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, 1980;

9. MPAS. Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, CONASP, 1983, 3ª Ed.;
10. MS/MEC. Programa de Aperfeiçoamento de Profissionais de Saúde (PAPPS), 1983;

Documentos referentes à Política Municipal de Saúde:

1. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Introdução ao Relatório Anual, 1977.
2. \_\_\_\_\_ . Filosofia de Trabalho. Relatório Anual, 1977.
3. \_\_\_\_\_ . Introdução ao Relatório Anual, 1978.
4. \_\_\_\_\_ . Política Municipal de Saúde, 1978.
5. \_\_\_\_\_ . Relatório de Produção dos Postos, 1978.
6. \_\_\_\_\_ . Apresentação. Relatório Anual, 1979.
7. \_\_\_\_\_ . Programa de Atenção Primária.
8. \_\_\_\_\_ . Prô-Assistência. Programa de Integração, Hierarquização e Regionalização dos Serviços e Instituições de Saúde na Região de Campinas, SP-Prô-Assistência I. Ante-Projeto, 1983.
9. \_\_\_\_\_ . Programa de Atenção à Saúde da Mulher. Sub-Programa de Atenção à Gestante. Prô-Assistência, 1984.
10. \_\_\_\_\_ . Programa de Atenção à Saúde do Adulto. Prô-Assistência, 1985.
11. \_\_\_\_\_ . Projeto I - Diretrizes Políticas e Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde. Campinas, 1984.
12. \_\_\_\_\_ . Projeto III - Sistema de Informações da Secretaria Municipal de Saúde. Campinas, s/d.
13. \_\_\_\_\_ . Projeto IV - Planejamento, Supervisão e Avaliação dos Serviços e Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 1985.

14. \_\_\_\_\_, Documento Preliminar: Coordenação dos Postos. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 1986.

Documentos referentes a Constituição dos Auxiliares de Saúde na Instituição:

1. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Regulamento para a seleção de auxiliares de saúde da Secretaria Municipal de Campinas, 1978.
2. \_\_\_\_\_. Resolução que cria a Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 1979.
3. \_\_\_\_\_. Documentação de Apresentação do Trabalho realizado até o presente pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 1979.
4. \_\_\_\_\_. Programa de Aperfeiçoamento Contínuo, s/d.
5. \_\_\_\_\_. Projeto II. Política de Recursos Humanos e Política de Educação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde de de Campinas, 1985.

Documentos referentes ao material utilizado no Treinamento, Seleção e Reciclagem de auxiliares de saúde:

1. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Programas de Seleção, 1978, 1979.
2. \_\_\_\_\_. Programas de Treinamento, 1978, 1979.
3. \_\_\_\_\_. Apostilas e Manuais utilizados nos Treinamentos, 1979.
4. \_\_\_\_\_. Avaliações e provas realizadas após os treinamentos, 1979.

5. \_\_\_\_\_, Manual I do Auxiliar de Saúde. Sub-Programa de Atenção à Gestante, 1984.
6. \_\_\_\_\_, Manual II do Auxiliar de Saúde. Sub-Programa de Atenção à Gestante, 1984.
7. \_\_\_\_\_, Manual III do Auxiliar de Saúde. Sub-Programa de Atenção à Gestante, 1984.
8. \_\_\_\_\_, Grupo de Hipertensos - Manual de Treinamento do Auxiliar de Saúde, 1985.
9. \_\_\_\_\_, Programa de Atenção à Saúde da Criança, 1985.

#### Documentos referentes a Encontros de Auxiliares

1. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Iº Encontro Nacional de Auxiliares de Saúde. Londrina, 1978.
2. \_\_\_\_\_. Iº Seminário dos Auxiliares de Saúde. Documento Preliminar sobre as discussões e decisões. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 1984.
3. \_\_\_\_\_. Relatório do Iº Seminário dos Auxiliares de Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 1985.