

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

(RE) SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO EM BUSCA DE  
AUTONOMIA PARA OS SUJEITOS: desconstruindo alienações na  
saúde pública brasileira

ANGÉLICA BRAGA DE OLIVEIRA

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MG

2011

ANGÉLICA BRAGA DE OLIVEIRA

(RE) SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO EM BUSCA DE  
AUTONOMIA PARA OS SUJEITOS: desconstruindo alienações na  
saúde pública brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família da Universidade  
Federal de Minas Gerais para obtenção do  
certificado de especialista.

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de  
Oliveira

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MG  
2011

ANGÉLICA BRAGA DE OLIVEIRA

**(Re) Significação do Trabalho em busca de autonomia para os sujeitos: desconstruindo alienações na saúde pública brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Prof. Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete– Examinador

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Ao amigo Max pela sensibilidade e percepção nos momentos de angústia. Pela disposição em ajudar e por toda orientação e momentos de reflexão. Suas palavras serão sempre fermento.

Aos amigos de trabalho na Estratégia Saúde da Família de Congonhas com quem muito tenho aprendido; especialmente ao Glayson quem me recebeu e inseriu no contexto de saúde da família de Congonhas e tanto me incentivou em fazer este curso de especialização.

À orientadora Fernanda por toda colaboração, paciência em aguardar o meu tempo e pontualidade na devolução dos trabalhos.

*“Vasto demais é o Homem e imponderável demais é sua natureza. Seus talentos são variados em demasia e sua força demasiadamente inexaurível. Cuidado com aqueles que tentam colocar-lhe limites.”*

***Mikhail Naimy***

## RESUMO

Durante três séculos o assistir à saúde foi baseado no saber popular. O Brasil colônia foi alvo da astúcia de homens interessados nos lucros advindos de suas riquezas naturais sem jamais preocuparem-se com cuidados aos povos nativos e aos descendentes da miscigenação. Nos primeiros anos da República, como consequência da regulamentação do ensino e da prática médica, a assistência à saúde começa a ter caráter científico. Entretanto, o acesso permanece restrito à ínfima parcela da população com condições financeiras para pagar pelo serviço. Ações de polícia norteiam a conduta estatal, no início do séc. XX, no trato de questões de saúde pública, culminando em revolta popular. Este estudo, pautado na pesquisa bibliográfica objetivou descrever como a postura Estatal frente às ações de saúde pública ao longo dos anos da história brasileira interferiu no comportamento das pessoas. Os materiais bibliográficos foram levantados nas bases de dados LILACS, BDNF e SciELO além de outros documentos do Ministério da Saúde. Assim, para este estudo, foram utilizados 23 textos publicados entre os anos de 2000 a 2011. A análise de todo material permitiu dizer que o cuidado ao paciente era conceito irreal para o Estado Liberal. Na década de 20, a postura privatista foi adotada pelo Estado, possibilitando a organização privada da assistência à saúde. Apesar dos inúmeros gastos públicos com a privatização dos serviços de saúde, não houve avanço no cuidado integral. Nesse contexto, ganharam destaque os ideais do movimento sanitário brasileiro. O resultado palpável disso foi a conquista de um sistema único de saúde (SUS) influenciado pela lógica do estado de bem estar social. Com o SUS, a participação do Estado nos assuntos de saúde pública assumiu uma postura completamente diferente da adotada nos 500 anos de história pregressa e o Estado passou a garantir a seguridade social. Passados mais de 20 anos de existência, o desafio do SUS hoje é romper com a tendência à reprodução de formas burocratizadas de trabalho. Apostar nessa possibilidade requer reformulação dos ideais das escolas de administração pautados na produção em série, no trabalho sem reflexão e adoção de estratégia de inclusão dos vários sujeitos, simultaneamente gestores, trabalhadores e usuários, bem como permissão para contaminação das relações com poder, afeto e saberes. Instalar alguma forma de co-gestão, portanto, parece ser a maneira mais eficaz de construir coincidências entre os objetivos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores.

**Palavras chave:** Saúde Pública. Seguridade Social. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

For three centuries health assistance was based on popular knowledge. The colonial Brazil was target of men interested in the profits from their natural resources without caring for the native peoples and the descendants of miscegenation. In the early years of the Republic because of the regulation in the education and with medical practice the health care begins to be scientific, however the access remains restricted to a tiny portion of the population that could afford to pay for the service. Insignificant is the state's control among the diseases that had widespread across the nation. In the beginning of the 20<sup>th</sup> century police actions guide the conduct of the State in dealing with public health issues, culminating in rebellions. This study is based on literature search aimed to describe how the position facing the State public health actions over the years of Brazilian history interfered in people's behavior. The bibliographic material was collected in the databases LILACS, BDENF, SCIELO and some other documents of the Ministry of Health. Thus for this study were used 23 texts published between the years 2000 to 2011. The analysis of all material allowed to realize that the concept of patient care was unrealistic for the Liberal State. The sanitation becomes nationalist as a way to spread the states' authority throughout the territory. In the decade of 20<sup>th</sup> of the same century, the privatization is the posture adopted by the state allowing private organization in the health care field. Citizenship has its participation in the labor market – regulated citizenship. Despite the amount of money spent with the privatization of health services there was no advance in the complete care. In this context, the ideal of a Brazilian health movement begins to gain expressiveness. The tangible result of this was the achievement of a unified health system (SUS, portuguese acronym) influenced by the logic of the welfare state. With SUS the state's participation in the public health took a completely different approach from that adopted in the past 500 years of history and the state began to ensure social security. After more than 20 years of existence, the challenge for SUS now is to break with the trend “the reproduction of bureaucratic forms of work, with subjective and social impoverishment of workers and users”. To believe in this possibility requires reformulation of the school ideal lined in series productions, on the work without reflection and the use of a strategy that includes many people, such as managers, workers and users, as well as permission for contaminating the relations of power, affection and knowledge. Installing some form of co-management, therefore, seems to be the most effective way to build coincidences between the institutional objectives and the knowledge and interests of the workers.

**Keywords:** Public Health. Social Welfare. Health Management.

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CSN – Companhia Siderúrgica Nacional

DNER – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNS – Departamento Nacional de Saúde

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MESP – Ministério de Educação e Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

PEC – Programa de Extensão de Cobertura

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

SMS-SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VALE – Companhia Vale do Rio Doce S.A.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>356</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Congonhas situa-se na Macrorregião de Planejamento I de Minas Gerais, denominada Central, segundo a nova regionalização adotada no Estado, a partir de 1995. Conta com uma população total absoluta de 48.519 habitantes, equilibradamente divididos entre homens e mulheres (IBGE, 2010).

Estima-se que essa população dobre em 10 anos devido à imigração de mão de obra destinada a promover a expansão da mineração local. Além disso, o êxodo rural é esperado para o ano de 2020 quando o Estado deve promover a desapropriação de 60% da área rural da cidade (o correspondente a 32 km<sup>2</sup>) para, posteriormente, doar à Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), privatizada em 1993, mas que desde 1961 incorporou a atividade mineradora instalada no município. A economia local gira em torno da extração de minério de ferro de alta qualidade, consumido, em sua maior parte, pela CSN (Usina de Volta Redonda) e pela VALE/ Companhia Vale do Rio Doce S.A. (ferro e manganês). A maior usina da América do Sul, a GERDAU AÇOMINAS tem 83,92% de suas instalações no município de Congonhas. O Setor Primário não recebe qualquer incentivo. A pecuária é de subsistência. A cidade é conhecida como “A Imagem de Minas” por abrigar o maior conjunto arquitetônico reunido da América Latina com obras de Antônio Francisco Lisboa, o Aleijadinho, já conta com uma população itinerante: trabalhadores das empresas terceirizadas prestadoras de serviços à CSN responsáveis pelas obras de infra-estrutura da expansão. Essa população provém de diversas regiões do país e sobrecarrega o Sistema Único de Saúde (SUS), pouco investe no comércio local e assim que termina a obra, retorna à cidade de origem.

Há quase 6 anos, o município iniciou os trabalhos para organização da Atenção Primária à Saúde (APS) com apoio de 4 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Atualmente, conta com 12 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que 11 delas possuem Equipe de Saúde Bucal integrada à ESF. Das 12 ESF, 4 são mistas: atendem população urbana e rural, mas situam-se na zona urbana. Uma delas possui um distrito onde residem 71 famílias cadastradas (267 indivíduos) que estão convivendo com o avanço da mineração CSN “à porta de suas casas”.

A grande maioria da mão de obra economicamente ativa está empregada nas mineradoras e na siderúrgica, perpetuando o trabalho em série. “*The Best way*” é preconizado nas instituições que movimentam a economia da cidade. Assim, no imaginário da população de Congonhas instalam-se os ideais da produção em série, do trabalho organizado por tópicos,

por etapas bem definidas e nunca com socialização do saber, nem reflexão dos trabalhadores acerca do fazer. A perda do envolvimento do trabalhador em todo o processo de trabalho, a desvalorização da criatividade e autonomia desses sujeitos em suas práticas são reiteradas por formas burocratizadas de trabalho. O ideal Taylorista, predominante na organização do trabalho em Congonhas, considera anti-produtiva a inserção do trabalhador nas reflexões e decisões sobre o seu processo de trabalho. Desconsidera-se a necessidade de conscientização do sujeito sobre a sua prática. Com isso, a consequência evidente é a perda de sentido do fazer. O trabalho é encarado como ação mecânica visando unicamente um salário.

As práticas em saúde pública, segundo princípios e diretrizes do SUS, encontram enorme dificuldade no contexto de Congonhas. O trabalho, tal como preconizado pela Política Nacional de Humanização, esbarra na dificuldade que os trabalhadores têm em assumir uma postura diferente da usualmente adotada nas empresas da região. A ideia de controle absoluto sobre o trabalho humano ainda é real e forte nesta cidade. Daí, certamente, deriva a apatia, o desinteresse, o descompromisso e a tristeza dos trabalhadores de saúde da “cidade dos profetas”. Essa postura redutora motivou a investigação deste trabalho de conclusão de curso.

A percepção da infantilização do trabalhador partiu das observações, como membro da equipe de saúde da família, quando era complicado potencializar os talentos de uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar em prol da comunidade. Posteriormente, partindo o olhar da comissão gestora da estratégia saúde da família na cidade de Congonhas/MG ficou evidente a necessidade de investigar as causas do empobrecimento subjetivo e social dos sujeitos bem como da dificuldade desses sujeitos em assumir seu lugar como co-gestor. “Pois a alma do nosso fazer está perdida” com o entristecimento dos trabalhadores. A pesquisa baseou-se, portanto, na investigação histórica da saúde pública no Brasil, do início, quando não havia nada até os dias atuais pós conquista do SUS em que há garantia de seguridade social pelo Estado e não reconhecimento de funcionários e usuários quanto à grandeza dessa conquista e riqueza do momento que estão vivendo.

Acomodar-se na esperança de um SUS que dá certo ainda ofusca a certeza e contribuição para uma prática que o faça, pois, o processo de produção de serviços é concomitante ao de construção de sujeitos. Assim, os fins não podem justificar os meios. Os vários sujeitos da relação de trabalho precisam, equilibradamente, serem inseridos no processo de construção do fazer. O reconhecimento de que essas causas não se restringem ao cenário congonhense, apesar de serem evidentes aqui, realçou o impacto da evolução histórica, social e econômica sobre a conduta das pessoas. A ingenuidade do trabalhador em

supor que a realidade está pronta, o faz cego para o fato de que basta sua mudança de postura frente ao trabalho para dar ao mesmo um significado compatível com o almejado, que o faça feliz.

Diante do exposto, este trabalho de conclusão de curso se justifica uma vez que pretende evidenciar as causas da baixa autonomia dos profissionais inseridos no SUS na cidade de Congonhas/MG. Além disso, relata a influência do processo de trabalho adotado nas grandes empresas da região sobre moradores e trabalhadores os quais têm dificuldade de reconhecer seu lugar, legalmente instituído, de copartícipe na gestão do sistema público de saúde. Com isso, o trabalho conclui que a instalação de uma forma de co-gestão parece ser a maneira mais eficaz de “articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários” (CAMPOS, 2001).

## **2 OBJETIVO**

Descrever como a postura Estatal frente às ações de saúde pública ao longo dos anos da história brasileira interferiu no comportamento das pessoas.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica narrativa. Tendo em vista essa modalidade de pesquisa, é visado o objetivo proposto para este trabalho.

Dessa forma, a busca pelos artigos científicos e outros que contassem a história da saúde pública no Brasil, que tratassem da reforma sanitária brasileira, da seguridade social e cogestão se deu por meio de pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram consultadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), o Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Base de dados de Enfermagem (BDENF).

Para maior aprofundamento da análise da temática em pauta, também foram pesquisados materiais na Coleção Nacional de Fontes de Informação do SUS (Coleção SUS), Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, Acervo da coleção da Biblioteca da Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (WHOLIS).

Foram selecionados 23 textos publicados entre os anos de 2000 a 2011 sendo um documento datado de agosto 1929. Desses textos, seis são focados na História da Saúde Pública Brasileira, três na Reforma Sanitária Brasileira, cinco em Seguridade Social, nove em Cogestão. Além desses, outras três publicações foram inseridas na pesquisa, sendo uma acerca da análise da demanda no SUS, uma em acolhimento e uma enciclopédia sobre a história do Brasil. Também foram consultados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## 4 DESENVOLVIMENTO

Do início da colonização do Brasil até a chegada da família real portuguesa, em 1808, havia um imenso vazio assistencial. Considera-se, quanto à saúde, que “não havia nada além do pajé, com suas ervas e cantos, o trabalho dos padres jesuítas e dos boticários” que viajavam pela colônia catalogando plantas e observando sua efetividade. As Santas Casas de Misericórdia, enfermarias sob cuidados dos jesuítas, representam a única instituição de assistência à saúde de que se tem notícia no Brasil do século XVI (BAPTISTA, 2007).

A primeira organização sanitária oficial que realmente existiu no Brasil, diz Fontenelle, foi a de 1808, estritamente unitária e centralizada, pois o *physicomor* do Reino enfeixava nas mãos todas as autoridades nessa matéria, estendendo-se seu poder pelas capitânias, por intermédio de delegados de saúde (BOLETÍN DA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1929, p. 855).

Na visão de Baptista (2007, p. 31):

Existia o barbeiro ou prático, um conhecedor de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus, tais como as sangrias, que atendia à população capaz de remunerá-lo. Existiam os curandeiros e pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica européia utilizando-se principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes.

Baptista (2007) ainda apresenta que anteriormente à vinda da família real, o cuidar da saúde se baseava em uma prática assistemática realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada grupo populacional. Quando doentes, os recursos financeiros e ou físicos ditavam a viabilidade de atuação e de busca de cuidados.

A demanda da corte portuguesa recém chegada ao Brasil, em 1808, influenciou a criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

O século XIX, período ao qual vamos nos ater, marca, no Brasil, a ocorrência da maior importação de escravos e de mudanças institucionais decisivas que levaram à abolição do tráfico e da escravidão. Foi também o momento da estruturação do ensino médico no Brasil, com a criação das Faculdades de Medicina de Salvador e do Rio de Janeiro, cidades cujos portos receberam, no período, o maior número de escravos (PÓRTO, 2006, p. 1020).

A chegada da família real ao Brasil e a vinda de médicos foi comentada, por Baptista (2007), como oportunidade para aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional. Esta mesma autora cita o trabalho de Costa quando se lembra da inauguração em 1852 do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de

Janeiro – Hospital D. Pedro II – com o objetivo de tratar medicamente os denominados “doentes mentais” (COSTA 1989 *apud* BAPTISTA, 2007).

No período colonial, o Estado mantinha uma postura omissa quanto às questões de saúde pública sendo restrito seu interesse à economia e política. Para assegurar seus objetivos quanto ao crescimento econômico e expansão do império, foi necessário controlar a mão-de-obra e produtos na colônia a fim de garantir sua sustentabilidade e aumento de riquezas. Assim, o Estado se manifesta em ações coletivas para controle das doenças, regulamentação do ensino médico e normatização da prática profissional, no Brasil colônia, com o único intuito de manter funcionando a mão-de-obra e garantir volume de produtos internacionalmente aceitos para obtenção de riquezas. Baptista (2007) comenta que a preocupação maior era a saúde da cidade e dos produtos; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política.

Não obstante o caráter oficial dessas obras, nenhuma delas sugere a criação de um serviço destinado ao tratamento médico de escravos. Assim, observa-se, na literatura coeva à escravidão, a inexistência de uma preocupação com a prática médica voltada para a força de trabalho escrava. (...) os senhores, isolados nas fazendas, lançavam mão freqüentemente dos recursos locais para os casos mais graves de doença. Curandeiros, quimbandeiros, feiticeiros eram chamados na ausência dos médicos itinerantes, que só percorriam de tempos em tempos as fazendas. A ausência dos médicos, no entanto, não parece ser determinante no recurso que se fazia aos curandeiros, feiticeiros ou rezadores (PÔRTO, 2006, p.1021).

Em 1888, um projeto de lei, apresentado no Parlamento Português, apresentava texto claro e conciso, sem ambiguidades das leis que o antecederam e declarava extinta a escravidão no Brasil. Tendo sido aprovado pela grande maioria, em 13 de maio do mesmo ano, foi assinado pela princesa Isabel, regente do trono, e transformado em Lei Áurea. Com a abolição da escravatura, houve o rompimento da classe de proprietários rurais escravistas com a monarquia por eles sustentada. Assim, no ano seguinte, tornou-se inevitável a proclamação da República e ascensão da burguesia cafeeira, consolidando o poder econômico e político dessa elite republicana. A abolição representou mudança nas relações de trabalho, entretanto, a estrutura fundiária vigente permaneceu como grande propriedade agroexportadora (ZIRAVELLO, 1999).

A prática médica no Brasil resulta de trocas e apropriações de experiências entre europeus, índios e africanos. Esse amálgama de saberes enriquece, desde os tempos da Colônia, o receituário de mezinhas domésticas que constitui prática bastante comum no Brasil no século XIX, tanto na zona rural como nas cidades (PÔRTO, 2006, p.1024).



A regulamentação do ensino e da prática médica possibilitou redução das práticas dos leigos e, gradativamente a população com boas condições de renda, teve acesso às consultas médicas fundamentadas em saberes científicos. Nessa época, via-se pelo país a disseminação de várias doenças. Dentre elas, doenças mentais, tuberculose e hanseníase mereceram atenção do Estado. Assim, ainda em decorrência da regulamentação do ensino e da prática médica, tornou-se evidente a necessidade de controle pelo Estado de doenças prejudiciais à população tendo, para isso, constituído hospitais públicos para atender as moléstias referidas. Muitas doenças acometiam a população do país, doenças tropicais e desconhecidas dos médicos europeus, como a febre amarela e a malária, além das doenças trazidas por estes, como a peste bubônica, a cólera e a varíola (BAPTISTA, 2007, p. 33).

Enquanto a República debutava, notava-se no Rio de Janeiro completa precariedade do sistema de saneamento básico. Existia um ambiente propício à proliferação de doenças graves como varíola, malária, febre amarela, peste bubônica, dentre outras (BATISTA, 2007, p. 33).

Com o estabelecimento do regimen federativo creado pela Republica, determinou a constituição caber aos estados e municipios a administração publica local, aliás sem que as palavras “hygiene” ou “saude publica” tenham figurado, urna vez so, na Constituição de 1889. Em consequencia disso, da antiga Inspectoria de Hygiene da capital do paiz originou-se urna forte repartição sanitária federal, que, pouco a pouco, foi absorvendo todas as funções de saude publica da respectiva municipalidade local, emquanto que nos estados e municipios continuou tudo no abandono quasi completo em que ja vinha do tempo do Imperio (BOLETÍN DA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1929, p.855).

A partir de 1902 um conjunto de grandes modificações na condução das políticas de saúde pública carioca ocorreu. Ações de saneamento e urbanização determinavam a conduta do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), seguidas de ações de saúde específicas como a implantação de um código sanitário que previa “a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações, consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária” (BAPTISTA, 2007, p. 33), além da campanha de vacinação obrigatória. Apesar de esta última medida ser protetiva e embasada em evidências do sanitarista Oswaldo Cruz, então chefe do DNSP, a imposição do método de imunização, a uma população que permanecia à margem das discussões sanitárias, culminou na Revolta da Vacina.

A polícia sanitária identificava os doentes e os obrigava à quarentena e ao tratamento. Aqueles com recursos suficientes para financiar o próprio tratamento isolavam-se em propriedades particulares e eram atendidos pelo “médico da família”. Os demais, eram internados nos hospitais gerais – popularmente chamados de matadouros – onde mantinham-

se distantes do convívio social, mas não recebiam tratamento específico para a moléstia. (COSTA 1985 *apud* BAPTISTA, 2007, p.34). Em grande parte dos casos, isso significava a morte. Apesar da “lógica maquiavélica, é fato que, já em 1907, a febre amarela e outras doenças estavam erradicadas da cidade do Rio de Janeiro, assim como em Belém” (BAPTISTA, 2007, p.34).

Já nas décadas de 1910 e 1920, Oswaldo Cruz volta sua atenção para o saneamento rural, organiza expedições pelo Brasil e constata um país doente. Seus estudos evidenciam a necessidade de uma política de Estado para a saúde pública. Esses dados são divulgados e a população passa a considerar a doença como causa do atraso nacional (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Assim, o movimento sanitário da época da República Velha evidencia a saúde como problema social e político – o grande obstáculo à civilização. Enquanto isso, o Estado assume posição liberal e encara o movimento como meio de expandir a “autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública” (BAPTISTA, 2007, p.35).

Mas o fato de as ações de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada grande parcela da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social (BAPTISTA, 2007, p.35).

No que tange à reforma da saúde tem-se que:

Entre os principais resultados do movimento de reforma da saúde durante a Primeira República (1889-1930), destaca-se a consolidação da imagem de uma sociedade marcada pela presença das doenças transmissíveis, o que, de forma satírica, encontraria, mais tarde, expressão em *Macunaíma*, de Mario de Andrade: “Pouca saúde, muita saúde: os males do Brasil são” (FINKELMAN, 2010, p.44).

A formação da primeira massa de operários brasileiros composta por imigrantes europeus, aliada à influência dos movimentos anarquistas e comunistas, favoreceu o cenário de discussões e manifestações populares como greves em favor de um modelo de assistência médica que prestigiasse os pobres.

Esse período corresponde ao da formação de um verdadeiro mercado de trabalho no Brasil, envolvendo uma massa considerável de trabalhadores, com integração produtiva entre os setores urbano e rural. Para a formação desse mercado, houve uma contribuição fundamental dos imigrantes de países estrangeiros, que constituíam uma força de trabalho de nível educacional diferenciado. Entre 1901 e 1920, entraram no país nada menos que 1,5 milhões de estrangeiros, dos quais aproximadamente 60% se fixaram nas áreas urbanas e rurais de São Paulo (FINKELMAN, 2002, p. 119).

Nesse sentido, Eloy Chaves, chefe de polícia, propõe em 1923 lei que regulamenta as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) mantidas pelas empresas as quais ofereceriam serviços de atenção à saúde aos seus funcionários e família. Na época, a atenção à saúde era compreendida como assistência médica e concessão de preços especiais para os medicamentos. Esse benefício ainda era restrito a pequena parcela da população, visto que apenas as grandes empresas possibilitavam a formação de uma CAP. O Estado permite a organização privada da assistência à saúde. Baptista (2007, p. 35) cita o comentário de Oliveira e Teixeira (1985) afirmando que o Estado não oferecia qualquer contribuição financeira e eximia-se da responsabilidade administrativa por essas Caixas – limitava sua atuação à legalização de uma organização bem como controle à distância.

Os benefícios que os segurados recebiam eram: socorros médicos (para o trabalhador e toda a família, inclusive amigos), medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado (BAPTISTA, 2007, p.36).

Após a tomada do poder por Getúlio Vargas em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), bem como as empresas deixam de dirigir as CAPs, sendo estas substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) coordenados pelos sindicatos. O financiamento dos IAPs ocorria pela contribuição sindical, instituída na mesma época.

O processo de industrialização e as tensões políticas do governo provisório criaram um clima de lutas urbanas que levaram a ampliar o leque de categorias profissionais cobertas pelos IAPs e de suas cestas de benefícios e serviços, seja por ter correspondido a uma resposta às demandas dos trabalhadores, ou a uma antecipação paternalista das elites, com um enfraquecimento do poder reivindicatório dos trabalhadores através da segmentação de sua representação e das estruturas previdenciárias por categorias funcionais. Parece mais razoável identificar-se uma ruptura, dado que se tornaram estatais os arranjos previdenciários com uma natureza muito distinta daqueles civis e privados das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões (NORONHA, 2005, p. 33).

As modificações que o governo Vargas trouxe às relações de trabalho garantiu o apoio da classe operária ao projeto de Estado, tendo permanecido a estrutura estatal centralizadora, que visava apenas seus interesses econômicos. Noronha (2005, p. 33) lembra que a política trabalhista de Vargas foi consequência de uma série de reivindicações da população que tendia à negação do sistema e que “ Aquelas políticas correspondiam a um mecanismo de atenuação das tensões sociais e ao mesmo tempo garantia, como contrapartida adequada aos novos rumos da economia, o controle das condições relativas ao trabalho e ao trabalhador.

Entretanto, como destaca Baptista (2007, p. 36), a política de proteção ao trabalhador, iniciada no governo Vargas, marca uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais. Os IAP ofereciam assistência diferenciada entre si, sendo que o benefício correspondia à contribuição dada pela categoria. Assim, via-se grande desigualdade social, mesmo entre os beneficiários. Com os IAPs, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício.

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo MESP em áreas estratégicas (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O MESP promovia também as ações de saúde pública, cuidando do controle e prevenção das doenças transmissíveis (BAPTISTA, 2007, p.38).

Em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, é criado o Ministério da Saúde (MS) com atividades semelhantes às do antigo Departamento Nacional de Saúde (DNS), não caracterizando atribuições de Secretaria de Estado.

O modelo de saúde, médico centrado, ganha ênfase no pós-guerra com o aprimoramento dos conhecimentos da fisiologia e farmacologia. Assim também ganham destaque os convênios com empresas para atender a demanda reprimida do sistema de saúde vigente.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro (BAPTISTA, 2007, p.40).

Mesmo assim, em 1960, continuam excluídos da assistência à saúde, os trabalhadores da zona rural, assim como, funcionários públicos e empregados domésticos. Nessa data, a Lei Orgânica da Previdência Social unifica todos os IAPs em único regime focado nos trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Em 1963, nota-se indício de uma tímida influência da descentralização do sistema de saúde na proposta da III Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A participação do Estado no custeio da saúde pública começa a ser real com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), já em 1967. A unificação representou a padronização de todos os institutos determinando mesma prestação de serviço ainda que fossem diferentes as contribuições dadas pelos beneficiários. Tal fato ocasionou migração de

pacientes de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, que culminou em uma insatisfação geral (BAPTISTA, 2007). Cita-se, ainda, a inclusão de novas categorias profissionais no sistema: trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos.

Nos anos 70, foram instituídos novos tipos de benefícios previdenciários, como o salário-família e o salário maternidade, e incluída no sistema categorias que antes não tinham nenhuma cobertura, como o jogador de futebol profissional, os trabalhadores autônomos e temporários, a empregada doméstica e o trabalhador rural. Quanto a este último, saliente-se que passou a ter direito de receber o benefício do seguro social mesmo sem ter contribuído para o sistema, quebrando-se assim o padrão vigente que garantia a cobertura previdenciária somente para quem fosse contribuinte. Desta forma, a previdência tornou-se um instrumento oficial de redistribuição de renda entre trabalhadores, uma vez que todos os contribuintes urbanos deviam pagar essa nova despesa (BATICH, 2004, p.35).

Complementado,

Mesmo com a inclusão de novas categorias no sistema de proteção, muitos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. Os índices de saúde mostravam a situação alarmante vivida pelo país. A principal razão de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social (BAPTISTA, 2007, p.42).

O Ministério da Saúde foi responsabilizado pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde quando a Reforma Administrativa Federal, também de 1967, foi implantada.

Além disso, a unificação levou à centralização do poder dos IAPs no Estado e ao afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Com isso, fortaleceu-se a tecnocracia e reforçaram-se as relações clientelistas do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder (BAPTISTA, 2007, p.41).

Como a oferta prestada era incompatível com a demanda o governo militar investiu recurso público no setor privado, o que incentivou a criação, em 1978, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Até a inauguração do SUS, a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil vinha ocorrendo sem que se invocasse qualquer forma de socialização da atenção. O Estado, por meio da Previdência Social – institutos por categoria profissional, depois unificados no MS/INAMPS –, servia como um grande seguro estatal, que mais dinamizava o mercado da saúde do que o substituíria. A lógica da compra de serviços a consultórios, hospitais privados e filantrópicos baseava-se na contabilidade de procedimentos realizados, funcionando o Estado como intermediário entre prestadores privados e o consumidor (CAMPOS, 2007, p.1868).

Baptista (2007, p.42) a esse respeito pontua que:

Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social

O General Geisel iniciou o governo admitindo que depois do sucesso da abertura econômica, que teria levado ao “milagre brasileiro” pela “Revolução”, caberia dar início a abertura social e política. Assim, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) (PAIM, 2007). Segundo Baptista (2007), o PND selava o compromisso de conjugação da política econômica e social permitindo a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais.

A ampliação inusitada do sistema de proteção social por parte do Estado ditatorial ocorreu para aliviar tensões presentes na sociedade brasileira, algumas das quais eram provenientes do período anterior ao golpe militar e que este havia contido, como os conflitos no campo, enquanto outras decorriam da política econômica adotada, que privilegiava o crescimento econômico em detrimento do desenvolvimento social, exigindo alguma atenção paliativa por parte do governo militar que impedia qualquer tipo de reivindicação trabalhista ou popular (BATICH, 2004, p. 35).

No cenário da saúde, ganha destaque o movimento sanitário com forte crítica à condução política do Estado brasileiro e reivindicações de efetivas mudanças na assistência à saúde no Brasil (BAPTISTA, 2007, p. 42). O movimento sanitário propunha, em outras palavras, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, integralidade das ações, descentralização da gestão e participação e controle social. Esse movimento se opunha claramente à concessão de privilégios ao setor privado e à mercantilização da medicina sob o comando da previdência social (BAPTISTA, 2007, p. 42).

Em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como resultado da articulação de novos sujeitos sociais empenhados na luta contra a ditadura e na defesa pela democratização da saúde.

A partir dos anos oitenta, no Brasil,(...) o movimento sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, bem como para a constituição de um novo pensamento sobre saúde. Foram seus integrantes, ativistas, intelectuais e as entidades que o compunham, quem elaborou, em traços gerais, a política, diretrizes e, até mesmo, o modelo operacional do SUS (CAMPOS, 2007, p.1868).

Durante a VII CNS foi lançado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE. Preconizava, ainda que empiricamente, a universalidade do acesso, reordenação da oferta de serviços com redução de gastos, medidas sanitárias de controle à esquistossomose e doença de Chagas. Paim (2007) afirma que se tratava de um grande

Programa de Extensão de Cobertura (PEC), mas como política racionalizadora visava o reordenamento do setor saúde para responder aos custos crescentes dos serviços.

A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de saúde no ano seguinte. Nesse evento reafirmou-se o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2007, p. 22).

Paim (2007) acredita que a conquista da democracia permitia uma atenção maior para a opinião pública e a mobilização e organização da população na defesa de seus direitos. Era a irradiação da consciência do direito à saúde. Assim, com a VIII CNS foi legitimado o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira posteriormente formalizado pela Assembléia Constituinte.

Considera-se que no processo de Reforma Sanitária Brasileiro o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) representou grande avanço.

O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava (BAPTISTA, 2007, p.50).

Quando a Constituição de 1988 estava sendo elaborada, o INAMPS divulgou um conjunto de folhetos para sustentar o debate.

Essas iniciativas do INAMPS, além de contribuírem com desenvolvimentos técnico-institucionais para a integralidade da atenção, como era o caso dos distritos sanitários, para o controle social e a descentralização dos serviços, configuram, também, uma estratégia-ponte para a construção do SUS e um movimento tático para a implosão programada do INAMPS (PAIM, 2007, p. 121).

Os sanitaristas trataram de implementar projetos de saúde comunitária na atenção básica, experimentando modelos de participação comunitária. Desta vertente, originou-se uma das diretrizes originais e inovadoras do SUS em relação a outros sistemas nacionais de saúde: a gestão participativa com controle social do governo pela sociedade civil. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1988, podem ser considerados o cadinho que unificou todas estas tendências (CAMPOS, 2007, p. 1869).

Paralelamente a essas mudanças, e com o incentivo da transição democrática, estava sendo criado um sistema de saúde inovador, que reordenou os parâmetros da saúde pública no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme definiu Baptista (2007), o SUS foi peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro.

Nesse sentido, o texto de Marques e Mendes (2005) dialoga com o de Viana e Machado (2008):

Os constituintes, com destaque para os progressistas, ao terem clareza sobre a necessidade de se resgatar a imensa dívida social brasileira herdada do regime militar e de se avançar em termos de proteção social, procuraram introduzir na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social (MARQUES e MENDES, 2005, p. 40).

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição brasileira de 1988, baseado na diretriz de universalidade e inserido em uma lógica abrangente de Seguridade Social, representou uma inflexão importante na trajetória histórica da proteção social em saúde no país (VIANA e MACHADO, 2008, p. 645).

Marques e Mendes (2005) lembram que a Constituição de 1988 foi um daqueles raros momentos em que as políticas sociais colocaram-se como soberanas. Além disso, afirmam que, nos dias atuais, a recuperação do conteúdo primeiro da Seguridade Social constitui um desafio indissociável da luta pela construção de um país mais democrático e menos desigual.

Assim, amparada pela Constituição Federal de 1988, é sancionada a lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Além disso, regulam, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. Fica criado o SUS no Brasil.

Na área da saúde, a mudança em direção à incorporação da cidadania é marcadamente reconhecível: antes o serviço público era voltado apenas para os trabalhadores contribuintes do mercado formal, agora todos têm esse direito (MARQUES e MENDES, 2005, p. 41).

Assim, por um lado, a municipalização permitiu avançar na implantação, em cidades que acumularam condições propícias, experiências ousadas que demonstraram a potência do projeto de reforma, tornando evidente que parte daquelas metas, consideradas utópicas pelo pensamento liberal-privatista, eram factíveis (CAMPOS, 2007, p. 1872).

Vianna (2005, p. 7) compara o SUS com o sistema de saúde dos países onde o estado de bem estar social (*welfare state*) está consolidado. Assim, o autor enfatiza que dificilmente o sistema de saúde brasileiro conseguirá seguir todas as suas diretrizes se os segmentos sociais de maior capacidade de pressão resolverem suas necessidades de atendimento médico fora desse sistema.

Entretanto, observa-se que a criação do SUS foi pautada numa reforma sanitária parcial, do ponto de vista de quem a idealizou.

Em síntese: no Brasil, o concreto real resultante de toda esta história de conflitos é a existência de um SUS esgarçado, de uma reforma sanitária incompleta. A maioria da sociedade vem assistindo a esta peleja com grande distanciamento e indiferença. Talvez pudéssemos repetir que a maioria da sociedade acompanha esta peleja "bestificada" (expressão utilizada de modo irônico para caracterizar a relativa



indiferença com que o povo acompanhou a luta pelo SUS”; originalmente usada por Aristides Lobo para comentar a ausência de participação popular no episódio da Proclamação da República) (CAMPOS, 2007, p. 1869).

Trata-se, enfim, da evidência de que a Reforma Sanitária nos tempos atuais comparece na agenda pública fundamentalmente às custas de uma esterilização desses conceitos anteriormente tão preñes de conteúdo emancipatório. Inquieta, portanto, o fato de que o processo de implantação do SUS, nesse período, induziu - com todos os seus méritos já apontados nos textos que acompanham este - os militantes da área a abdicarem da Reforma Sanitária enquanto um projeto emancipatório, e que tem que ser retomado com urgência (COHN, 2009, p. 1616).

Guizardi e Cavalcanti (2010) e Paim (2007) concordam que o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) e a luta do movimento sanitário vão além da construção de um sistema de saúde fornecedor de serviços à população. Entretanto discordam da tendência que Paim (2007) tem em considerar o SUS unicamente como um sistema de saúde, no qual, são ofertadas ações e serviços para se cuidarem dos problemas de saúde da população.

Campos (2001) refletindo sobre o fazer em saúde e a maneira de coordenar este trabalho, verificou tendência à reprodução de formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários.

Taylor (1960) publicou o livro *Princípios da administração científica*, no qual preconizava o trabalho em série, em que cada pessoa fazia a sua parte sem se dar conta do fazer em si, do todo. Essa corrente trouxe, como definiu Campos (2010), uma tendência a esvaziar a capacidade de imaginação, de criação e de decisão dos trabalhadores durante suas ações. Não havia reflexão sobre o trabalho, nem sentido para o mesmo; apenas visava-se a produção de mais valia. Também, Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 638) justificam a falência do ideal fordista de regulação do trabalho com as infinitesimais e micropolíticas insurgências da atividade.

Em ensaio sobre o Apoio Paidéia, Campos (2001) já alertava que a gestão produz efeitos sobre os usuários das organizações. Declara, ainda, que a maioria dos métodos de gestão, desenvolvidos no século XX, tinham como estratégia explícita ou implícita, a utopia de controlar absolutamente o trabalho humano.

Nesse sentido, Campos (2010, p. 2338) comenta que há todo um esforço histórico para reduzir o sujeito do trabalho a um instrumento funcional, a procedimentos definidos com antecedência.

Este é o núcleo do pensamento tecnocrático: a tentativa de reduzir pessoas à condição de objeto, rejeitando-se com isto a circulação de afetos e a “contaminação” das práticas pelo poder ou pelo saber dos “leigos”, todos atingidos pelas medidas geradas em apenas um dos pólos da relação de poder (CAMPOS, 2001, pág. 3).

Assim, nota-se que Guizardi e Cavalcanti (2010) concordam com Campos (2010) quanto à presunção dos modos de gestão modernos, que entendem – ou pretendem afirmar – a ação dos homens como um dentre os demais recursos de produção.

A apatia dos trabalhadores de saúde, em que pese a história do povo brasileiro, reflete na participação mínima durante as decisões acerca do destino das unidades em que trabalham.

Santos Filho *et al.* (2009) enfatizavam a importância de se atrelar a produção de serviços à produção de sujeitos destacando a precariedade do trabalho em saúde, desde os vínculos trabalhistas até a degradação dos ambientes e processos em sua dimensão cotidiana.

As reações locais mais visíveis em meio a essas condições aparecem como imobilização dos trabalhadores, permeadas por descrença, apatia, raiva, sofrimento patogênico, dor, desprazer, adoecimento (SANTOS FILHO *et al.*, 2009, p. 608).

A causa disso está na dificuldade que os trabalhadores têm em dar sua contribuição tanto por achar isso complexo e burocrático quanto pela pressão de uma “gestão centralizadora e pouco participativa” (Política Nacional de Humanização (PNH), 2009).

Entretanto, é fato a necessidade de uma gestão uma vez que não há consonância entre os objetivos da organização e o desejo dos trabalhadores. O objeto da gestão é o trabalho humano e seu papel é “construir coincidências” enquanto “lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam” (PNH, 2009, p, 14).

Campos (2010, p. 2338-39) caracteriza a racionalidade gerencial hegemônica e aponta a desvalorização da democracia por várias teorias de administração, ainda que se a recomende para o mundo situado fora das empresas e organizações. Assim, no mesmo artigo, ele ainda considera, que o controle pretendido pelas escolas de administração não objetiva ampliar a solidariedade ou formar cidadãos cultos e reflexivos.

Um dos princípios da PNH muito útil ao entendimento da democratização da gestão é a transversalidade entre os sujeitos envolvidos nas linhas de cuidado em saúde que preconiza a ampliação da relação intra e intergrupos. Portanto, a gestão deve ser capaz de lidar com conflitos, de oferecer modos de agir, de compartilhar saber ofertando diretrizes. A gestão pode conseguir transformar seu objeto, trabalho humano, para atingir o resultado que se espera desde que coordene a missão das organizações e o interesse dos trabalhadores. Desse modo, uma nova gestão deve ser capaz de apontar inovações que permitam, segundo a PNH, “ampliar a capacidade de produção de saúde ao mesmo tempo em que ampliar a realização dos trabalhadores” (PNH, 2009, p. 21). Antes disso, Dain (2007) referenciava a autonomia dos sujeitos como uma das tendências de avanço no contexto do SUS:

No marco dos avanços do SUS, é importante ressaltar as tendências de conformação de novos padrões de financiamento da Saúde, caracterizados pela combinação de financiamento público, universalização do acesso e aperfeiçoamento da gestão com uma provisão autônoma, indiferentemente estatal e/ou privada dos serviços (DAIN, 2007, p.1852).

Franco e Merhy (2005, p. 12) sugerem como intervir em coletivos:

Os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos ao mesmo tempo em que constroem um novo sentido para o trabalho em saúde, produzem uma nova forma de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e produção do cuidado. Trata-se no caso de estabelecer fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos.

No mesmo trabalho, Franco e Merhy (2005, p. 12) ainda propõem ferramentas analisadoras, dentre elas a co-gestão, para induzir as equipes de trabalhadores ao efeito de auto-análise: “associadas a um método de intervenção provocador, dialógico, interativo, construtivista, podem levar a isso.”

Gastão também faz suas considerações sobre a evolução da co-gestão nos serviços de saúde pública:

Para compatibilizar a dualidade de efeitos produzidos pela gestão, ao mesmo tempo, sistêmica e descentralizada, é fundamental o papel do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado. A eles caberia a coordenação e integração entre os sistemas locais. Apesar da criação desses espaços de gestão participativa, observou-se, contudo, uma baixa capacidade de articulação sistêmica por parte dos estados e da União. O Ministério da Saúde conservou grande parte do modo de gestão da assistência herdado do INAMPS: compra de serviços, cálculo de recursos com base em procedimentos, auditorias; ainda é muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia de contratos ou pactos de gestão entre os entes federados. A gestão participativa, a co-gestão do SUS, ainda é uma potência pouco explorada, parece que a sociedade civil e os trabalhadores têm dificuldade para ocupar este espaço de co-gestão legalmente constituído (CAMPOS, 2007, p. 1872).

Campos (2007, p. 352) ao estabelecer analogias e diferenças entre o método Paidéia e o interrogativo afirma que a co-gestão é um movimento político, de desconcentração do poder em organizações que somente ocorrerá quando trabalhadores tenham potência para disputá-lo.

A PNH (2009, p.12), de acordo com o que foi dito, completa:

A implementação das diretrizes do SUS deve, ao mesmo tempo, garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social.

Campos (2010, p. 2342) volta a analisar o modelo de gestão dominante e sugere a adoção de um que permita a associação de autonomia profissional e responsabilidade sanitária. Compara o trabalho em saúde com o conceito de práxis definido por Aristóteles, e afirma que, as práticas clínicas não funcionam mecanicamente. Enfatiza, ainda, a necessidade

de um sujeito mediador capaz de refletir e tomar decisões, de apropriar-se do saber estruturado e aplicá-lo no contexto singular:

A práxis seria aquela atividade humana em que o saber prévio, trabalho morto acumulado (diria Marx) não isenta o agente da necessidade de uma reflexão prudente (diria Aristóteles) durante a execução da atividade ou do trabalho em questão. Na práxis, o agente da ação, ademais do planejamento prévio com base no saber acumulado, deverá considerar o contexto singular em que sua ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc. (CAMPOS, 2010, p. 2340).

Campos (2001, p. 1) propõe a teoria do apoio e apresenta o Método Paidéia (2001, pág. 2 e 3) para gestão de coletivos. Sobre a teoria do apoio a PNH (2009, p. 23) registra o comentário: “uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde”.

Assim, o Apoio Institucional – denominado Apoio Paidéia, por Campos (2001) – foi, por ele, preconizado nessa mesma data e posteriormente afirmado pela PNH. Trata-se de:

um apoio à cogestão que destina-se a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados. A função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção (SANTOS FILHO *et al.*, 2009, p. 606).

Campos (2001, p. 1) desenvolveu o Método Paidéia também pela crença de que “a supervisão e avaliação deveriam envolver os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir; ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho”. Outra premissa sua é a de que “todo trabalho tem uma tríplice finalidade e produz efeitos em três sentidos distintos”: produz serviços para pessoas externas à organização; deve garantir a reprodução ampliada da própria organização e, usualmente, desprezado, o fato de que participa da produção social e subjetiva tanto de quem faz (trabalhadores) como de quem recebe (usuários).

Campos (2001, p. 3), autor do método, define 4 lugares institucionais de onde se pode realizar o apoio Paidéia:

- De um lugar de poder institucional – representado por dirigentes;
- De um lugar de suposto saber – alguém externo ao agrupamento;
- De um lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder institucional – um profissional da equipe apoiando usuários;
- De um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo – membro da equipe ou da comunidade.

Campos (2001, p.5) ainda lista alguns recursos úteis à função de apoio:

- 1° - construir rodas;
- 2° - incluir as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimentos em análise;
- 3° - trazer para o trabalho de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação a lógica da tríplice finalidade das organizações;
- 4° - trabalhar com uma metodologia dialética que traga ofertas externas e que ao mesmo tempo valorize as demandas do grupo;
- 5° - apoiar o grupo tanto para construir objetos de investimento, quanto para compor compromissos e contratos com outros;
- 6° - pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas;
- 7° - ampliar os espaços onde se aplica o método;
- 8° - autorizar os grupos a exercer a crítica-generosa e a desejar mudanças;
- 9° - autorizar-se a ser agente direto e não somente apoiador de equipes.

Santos Filho *et al.* (2009, p. 608) analisam a utilidade prática do apoio institucional como uma postura metodológica que se exime da acolhida a problemas e queixas segundo uma perspectiva fatalista que enfatize a culpa exclusiva do outro, num contexto de culpabilização e vitimação. Esses mesmos autores consideram, nas relações de trabalho, a adversidade e valorizam a posição dos sujeitos-trabalhadores como um analisador da gestão. Alinhados ao pensamento de Campos (2001), dizem:

As ações, no âmbito da PNH, destacam a importância de se (re)organizarem os processos de trabalho para mudar a oferta de serviços, priorizando o modo de se discutir e articular essa (re)organização em equipe, o "que fazer" não pode suplantam o "como fazer" (SANTOS FILHO *et al.*, 2009, p. 607).

Campos (2010, p. 2342), seguindo essa mesma perspectiva, reforça a gestão participativa e apoio institucional como diretrizes para o planejamento, a avaliação e, mesmo eventuais contratos de metas.

É nesse sentido que venho sugerindo a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional; ou seja, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários. (...) vale destacar o esforço para se combinar graus de autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária.

Ainda, no trabalho de 2010, Campos acrescenta a utilidade do Método Paidéia para ampliar capacidade de intervenção sobre si mesmo e sobre organizações e contexto.

O método de apoio constrói-se com centralidade mediante a reflexão sobre a prática: falar sobre dificuldades da prática, em geral, tende a produzir uma abertura da resistência dos sujeitos na busca de outras disciplinas, valores e possibilidades subjetivas (CAMPOS, 2010, p. 2343).

Dado o método, vale considerar que, para trabalhadores e usuários, o que de fato agrega valor é “a intensidade e qualidade do apoio institucional, que se efetiva em meio aos processos, que se concretiza ajudando a por em análise os processos de trabalho” (SANTOS FILHO *et al.*, 2009, p. 607).

Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 638) consideram o sentido da produção e da instituição como ponto fundamental à noção de coprodução, formulada a partir do amplo debate sobre as atuais modificações do capitalismo. Reiteram, ainda, que apesar da força historicamente revelada pelo Capital de submeter, a criação social de valor e o modo de produção capitalista não coincidem completamente.

Ainda assim, observa-se que o trabalho nas sociedades contemporâneas está voltado para os ideais capitalistas baseados na instrumentalização da ação do homem a fim de produzir mercadorias e obter lucro. Dessa forma, coube à gestão do trabalho, durante o século XX, mecanizar o trabalho e o trabalhador, visto como mero recurso humano, de modo a discipliná-los. Campos (2010) critica a definição de recursos humanos fazendo uma retrospectiva da origem do termo:

A racionalidade construída pelo pensamento gerencial apresenta-se, portanto, como um pensamento pragmático e operacional, uma racionalidade de ferro ordenada em função de alcançarem-se determinados resultados – a qualidade de certos produtos, determinada produtividade. Daí, talvez, advenha a persistência histórica da denominação de “recursos humanos”, predominante no discurso gerencial como uma referência tanto aos trabalhadores quanto ao seu potencial produtivo. Os seres humanos, quando trabalham, deveriam ser manipulados como um “recurso” (CAMPOS, 2010, p. 2339).

A consequência imediata disso foi a alienação do trabalhador e a perda de sentido do trabalho, uma vez que os primeiros perderam a capacidade de refletir sobre o seu fazer cotidiano ficando à margem das decisões sobre seu processo de trabalho. Ao considerar o que preconiza a PNH (2009, p. 27) que diz: “a produção em saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos”, nota-se a extensão do prejuízo causado pela alienação no trabalho em saúde. Já Guizard e Cavalcanti (2010, p. 637) comentam esse encontro considerando que “a intercessão entre política, ética e atividade humana resulta da relação dialógica com o outro, do fato de que o agir se reporta ao outro, condição de sua existência, já que não pode limitar-se a sua própria esfera de atuação”.

Merhy (2004, p. 2) explicitou em Seminário sobre Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) que “É uma grande dificuldade de encontrarmos equipes alegres (...) porque a alma do nosso fazer está absolutamente perdida”.

Se a produção desse trabalhador pauta-se na sua incapacidade de realização e reflexão, nota-se uma redução, uma infantilização dos mesmos. E o efeito imediato é a recusa em contribuir com o trabalho em equipe, é a “renúncia em participar dos processos de criação” (PNH 2009) o que faz do trabalho um lugar de repetição aos moldes Tayloristas.

Por isso, a fragmentação dos processos de trabalho faz com que o trabalho não tenha sentido para quem executa as partes e isso reflete no fazer em saúde deixando os trabalhadores num patamar aquém em relação ao trabalho. A PNH( 2009, p. 19) assim define “Alienação, renúncia, trabalho como repetição, não como espaço de criação. Trabalho como constrangimento à vontade humana. Trabalho destituído de sua potência instituinte. Trabalho mortífero!”

No mesmo seminário, antes citado, Merhy (2004, p.2) ainda comenta: “Esta convivência na qual temos pouca gratificação na perspectiva de estarmos usando do nosso viver produtivo para produzirmos mais vida, no outro e na sociedade como um todo, tem nos entristecido.”

Nesse sentido, Souza e Menandro (2011) comentam a influência do cotidiano nas práticas de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS):

As práticas de saúde são práticas sociais, imersas em jogos complexos de significação, afetividade e valor; jogos associados às identidades sociais, às relações de gênero, aos estereótipos, preconceitos e representações. Como praticar a promoção de saúde, a prevenção e a clínica na APS, como promover participação popular, corresponsabilização e autonomia, como ajudar a população a reverter a lógica curativista, sem considerar esses sistemas de valores e de representações sociais que constroem seu mundo cotidiano? (SOUZA e MENANDRO, 2011, p. 534).

Santos Filho *et al.* (2009, p. 605) enfatizam a premissa de que os processos de trabalho são processos de produção de sujeitos, uma vez que homem e mundo não são realidades já dadas, constituídas *a priori*, logo o processo de trabalho é processo de constituição de sujeitos.

A PNH lembra:

O trabalho sempre será uma mistura de espaço de criação com repetição; espaço de exercício da vontade com constrangimento; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas) (PNH, 2009, p. 20).

Campos (2010) ainda observa que o exercício do trabalho, segundo a lógica da práxis, depende de sujeitos trabalhadores com importante grau de autonomia e de responsabilidade com o outro e com as instituições:

Argumento sobre a necessidade de se respeitar essa característica estrutural do trabalho em saúde – a práxis, buscando-se modelos de gestão que combinem autonomia, necessária para a práxis, com controle sobre o trabalho, considerando-se o saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários (CAMPOS, 2010, p. 2341).

Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 638) afirmam que a gestão é feita por todos e é responsabilidade ética de todos, já que a atividade do humano produz realidade. Diante disso, consideram indissociável a realidade (institucional) e a produção compartilhada.

Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 640) apresentaram discordância do conceito de co-gestão dado por Campos (2000), quanto, segundo eles, à tendência de privilegiar os trabalhadores nos processos decisórios em detrimento dos usuários. Citam como referência, o livro: “(...) a gestão de Coletivos deve incorporar os usuários, mas não com o mesmo sentido e proporção que os trabalhadores” (CAMPOS, 2000 *apud* Guizardi e Cavalcanti, 2010, p.72). Entretanto, Guizardi e Cavalcanti (2010) não consideraram o que foi dito por Campos (2010, p. 2342) quanto à necessidade de se gestar um outro paradigma para a gestão em saúde capaz de conviver com a autonomia dos trabalhadores e preponderância da perspectiva do usuário no controle do trabalho.

Assegurar também ao paciente/usuário a condição de sujeitos com autonomia e poderes relativos: co-gestão do projeto terapêutico; almejar-se não somente a produção de saúde, mas também considerar a autonomia do usuário como critério de qualidade (antídoto contra medicalização, consumismo e dependência) (CAMPOS, 2010, p. 2343).



## 4 CONCLUSÃO

Nos 500 anos de Brasil o Estado passou por evolução histórica e sua postura frente às ações de saúde pública passou por várias reformulações. O Estado permaneceu numa postura omissa por muitos anos. Prova disso é a ausência de qualquer regulamentação da assistência à saúde durante três séculos de história. A conduta liberal visava apenas expansão da autoridade estatal pelo território por meio do sanitarismo nacionalista. Já no século XX predominou a postura privatista do Estado destacando-se o direito a assistência à saúde atrelada ao vínculo trabalhista revelando o conceito de cidadania regulada. Até a conquista do SUS, o acesso à saúde não era socializado e o Estado adotou medidas pouco resolutivas na contenção de problemas de saúde pública deixando prevalecer a desigualdade social. Os ideais do movimento sanitário brasileiro representaram uma resposta a perguntas há anos silenciadas pelo Estado. Indivíduos com diferentes perfis, mas com sede de mudança da estratificação social no país apoiaram o movimento. Assim, a conquista do SUS influenciada pela lógica do estado de bem estar social representou grande avanço na maneira como o Estado vinha se posicionando frente às políticas de saúde pública: o modelo protetor brasileiro revelava o Estado como credor da seguridade social.

O desafio para o SUS, hoje, começa com a ruptura das formas burocratizadas de trabalho, que reduz tanto trabalhadores, a meros recursos humanos, quanto usuários, a objetos de trabalho. A mudança de concepção da gestão “centralizadora e pouco participativa” (PNH, 2009) parece ser uma alternativa para a ressignificação do trabalho. Se considerarmos a potência que o trabalho tem na determinação dos modos de subjetivação, a saída é investir, reorganizando-o até que, o fazer, tenha sentido para o trabalhador. O sentido que o trabalho pode ter, para quem o executa, é o ponto de partida para a desconstrução da alienação desses sujeitos. É a oportunidade de se elevar o sujeito em detrimento do trabalho para a “produção de contratos de corresponsabilização no cuidado” (PNH 2009). Ressignificar o trabalho é também corresponsabilizar os sujeitos da relação. Investir em novas formas de gerir pessoas considerando o saber estruturado, o saber advindo e emanado da prática cotidiana e a subjetividade dos sujeitos envolvidos pode ser eficaz para despertar a análise sobre o fazer, sobre a participação no processo de trabalho e a capacidade de autonomia desses sujeitos. É lógico supor que “a constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos” (CAMPOS, 2001, p. 2). Portanto, a mistura de autonomia dos sujeitos, trabalhadores e

usuários, com responsabilidade sanitária parece ser a receita ideal para a revitalização do fazer em saúde. Na crença de “um SUS que dá certo”, a tendência atual de reformulação dos ideais das escolas de administração práticos e assépticos, aceita a contaminação das relações e a inclusão dos vários sujeitos simultaneamente gestores, trabalhadores e usuários como estratégia a ser adotada. Adotar a perspectiva do usuário na focalização do trabalho é uma maneira de induzir a co-gestão do processo terapêutico.

Instalar alguma forma de co-gestão, portanto, parece ser a maneira mais eficaz de “articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários” (CAMPOS, 2001, p.1).

Enfim, a análise das causas do empobrecimento subjetivo e social dos sujeitos das relações de trabalho, bem como da dificuldade desses mesmos sujeitos em assumir uma postura de co-gestor leva à conclusão de que, no contexto da Estratégia de Saúde da Família em Congonhas, é necessário re significar o trabalho dessas pessoas como forma de conduzi-las a certo grau de autonomia que as torne co-partícipe da gestão. Particularmente, o estudo dos conceitos de co-gestão, gestão participativa, apoio institucional (Paidéia) e humanização trouxeram à tona uma nova forma de ver a saúde pública brasileira. Principalmente, permitiram a percepção de alternativas e a prática de um método capaz de fazer o SUS, tal como preconizado pela Lei 8080/90, ser possível e inovador mesmo quando praticado em locais onde é massacrado por rotinas livres de reflexão. Este trabalho possibilitou a desconstrução da alienação na saúde pública brasileira enquanto mostrava um meio de potencializar as diversas habilidades de uma equipe multiprofissional e desmistificar as causas de infantilização dos sujeitos das relações. Se hoje o desafio do SUS é romper com as formas burocratizadas de trabalho, maior é o desafio dos trabalhadores, usuários e gestores, os quais precisam se permitir, tanto, serem sujeitos ativos das relações, como, assumir seus lugares como tais. Dessa forma, são esses sujeitos os indutores da viabilização de um novo paradigma para a gestão do SUS. Um processo contínuo de mudanças é, então, considerado. Pois enquanto esses sujeitos se formam e se reconhecem como co-autores, um novo processo de trabalho, cheio de sentidos e co-participações, pode ser praticado. Este trabalho de conclusão de curso mostrou, ainda, como o simples exercício da cidadania pode, ao mesmo tempo, ser complexo e eficaz no intuito de desalienar sujeitos.

## REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Histórias das Políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: CORRÊA, Gustavo; MOURA, Ana Lúcia (Orgs). *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: PSJV/Fiocruz, 2007. P.29-60.
- BATICH, Mariana. Previdência do Trabalhador: uma história inesperada. *Jornal São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 3, p. 33-40. São Paulo, set. 2004.
- BOLETÍN DA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, *A história da Saúde Pública no Brasil*.(OSP). v. 8, n.8, p :855-56, ago. 1929.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília – DF. 2009
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. Trecho disponível em:  
[www.gastowagner.com.br/index.php/.../doc.../11-apoiopaideia.html](http://www.gastowagner.com.br/index.php/.../doc.../11-apoiopaideia.html) - Ensaio 2001
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Sobre o Apoio Paidéia, 2001  
[www.gastowagner.com.br/index.php/.../doc.../11-apoiopaideia.html](http://www.gastowagner.com.br/index.php/.../doc.../11-apoiopaideia.html) - Ensaio 2001
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”. *Interface*, v. 11, n. 22, p.352-354. ISSN 1414-3283. Botucatu Mai/Ago. 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.12 suppl.0, p.1865-1874. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro Nov. 2007
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n 5., p.2337-2344. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro Ago. 2010
- COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 7.p..... Rio de Janeiro Jul. 2009.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, supl.0, p.1851-1864. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro, Nov. 2007.
- FINKELMAN, Jacobo (Orgs). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E., Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs) “*Constituição Social da Demanda*”; IMS/UERJ-CEOESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GUIZARDI, F. L. & CAVALCANTI, F. O., A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Rev. Interface*, v. 14, n. 34, p.633-646. ISSN 1414-3283. Botucatu, Set. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2010. Congonhas: IBGE, 2011.

LIMA, N.T.; FONSECA, C. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N.T. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*, p.27-58. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARQUES, R.M., MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. *Saúde e Sociedade*, v. 14, nº 2, p. 39-49. Mai/Ago 2005

MERHY, E.E. Acolhimento na Rede de Serviços. São Paulo, 2004, Seminário sobre Acolhimento, Secretaria Municipal de Saúde.2004

MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília – DF. 2009

NORONHA, J.C. Os rumos do Estado brasileiro e o SUS: a seguridade social como política pública da sociedade e Estado. *Saúde e sociedade*, v. 14, n. 2. p. 31-38. Mai/Ago 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, 2007. Tese doutorado. JS Paim - 2008 – biblioteca digital.ufba.br

PÔRTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História da Ciência da Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 4, p. 1019 - 27. Rio de Janeiro, Out/Dez 2006.

SOUSA FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface*. v.13, supl.1, p.603-613. ISSN 1414-3283, Botucatu, 2009.

SOUSA FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Ver. Interface*, Botucatu, v.13, supl.1, p.615-626. ISSN 1414-3283. 2009.

SOUZA, L.G.S.; MENANDRO, M.C.S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis*, v. 21, n. 2. Rio de Janeiro, 2011.

VIANA, A.L.D’A., MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*, v. 18, n. 4. p. 645-684. Rio de Janeiro, 2008.

VIANNA, S.M. A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema. *Saúde e Sociedade* . v. 14, n.1, p.7-22, São Paulo, Jan/Abr 2005

ZIRAVELLO, M. (Redação), *Brasil 500 anos*. São Paulo: Editora Abril, 1999