



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

A INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRA

André Amorim Martins

BELO HORIZONTE
2006

André Amorim Martins

A INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRA

Monografia apresentada ao Instituto de Psicologia da
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais -
Campus Coração Eucarístico - como requisito parcial para
obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Lucimar Magalhães de Albuquerque

BELO HORIZONTE
2006

Agradecimentos

Agradeço às pessoas que estiveram comigo nesta caminhada pela formação humana, acadêmica, política e espiritual. Foram pessoas das mais diversas partes do país que contribuíram para o meu amadurecimento; pessoas que deixaram seu recado, que, independente do tempo compartilhado, marcaram esses cinco anos.

À minha família, um agradecimento em especial por me apoiar e bancar esta minha escolha pela Psicologia;

Mais que especial agradecimento à Débora pelo incentivo, amor, carinho, companheirismo, amizade, afeto...

Agradeço à Saúde em Caxias: Simone, Rebeca, Bruno, Nadine, Kariny, Miriam, Ana Celina, Mariliz, Letícia, Liliana, (...) Pessoal do VER-SUS Gravataí;

Aos amigos: Marcone, Letícia Paiva, Silvinha, Carlinhos, ao pessoal Filet Mignon, Sabrina, Omerilda, Dani, Ângela, Leonam, Cláudio, Marcus, Gus & Grazi, Marcela, Carol Resende, Minervino, Zé Carlos, Fábio, Roberto, Heloísio, família Franco, Camila Yagi, Mercedes, Décio, Adriana Paula, Paulo, Guilherme;

Movimento Estudantil: Fernanda Marcacci, Ester Melo UFC, Maíra UFPE, Fran UFPR, Let's USP, Santiago USP, Ana Flávia PUC-SP, Tati TO Belém, Daniel UFMG, Andréa UFS, Adriana UFS, Sander PUC-BH, Waltinho PUC-BH, Pedralva UFMG, Marcelo PUC-BH, Bianca UFMG, Gestão Diretório Aberto e Ação Direta;

Aos professores pelo apoio neste caminho: Maria Helena, Eliane de Andrade, Mário Lúcio, Ana Paula Carvalho, Paula Bedran, Sandra, Maristela, Suzana, Lucimar, Geisa, Rosana, Ana Lúcia Marçolla, Escípio, Fátima, Márcia Mendonça, Maria Carmem, Arthur, Eline Rennó, Maria Alice, Túlio Franco e Emerson Merhy.

Aos funcionários da PUC-BH pelo carinho e acolhimento.

Epígrafe

“Gostaria de poder esperar que o caráter geral deste trabalho não seja um sintoma daquele tipo de mente, que, em Filosofia, pode encontrar objeção para tudo, mas que não apresenta solução para nada”.

Clarence Irving Lewis.

Resumo

O presente trabalho monográfico tem o objetivo de discutir a construção histórica do conceito Integralidade, entendendo as ideologias envolvidas, seus pensadores e o contexto brasileiro.

No primeiro capítulo, será feito um trajeto das concepções de saúde através da história, passando por pensadores como René Descartes e Karl Marx e suas contribuições para a ciência da saúde. Veremos em qual contexto pensou-se em Integralidade e como este conceito foi implementado no Brasil.

Tentando explicitar este contexto, o capítulo II faz um apanhado histórico da saúde pública brasileira no período republicano, que vai de 1889 até os dias atuais. Mostrarei alguns atores importantes na produção de saúde, alguns acontecimentos, a implantação das suas ideologias e a construção do conceito Integralidade na realidade brasileira.

Uma vez que a história brasileira é muito diversificada, o capítulo III trará o modelo base implantado atualmente na saúde pública brasileira: o Programa Saúde da Família.

No quarto capítulo, serão feitas as considerações finais e colocado as minhas idéias acumuladas nestes cinco anos de graduação, que teve neste período, um certo acúmulo sobre a Psicologia na saúde pública, incrementando a Integralidade neste discurso.

Palavras-Chave: Integralidade, Saúde Pública, Políticas Públicas de Saúde.

Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde;

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Previdência;

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Previdência;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

ONU – Organização das Nações Unidas;

PSF – Programa Saúde da Família;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Introdução..... | 8 |
| Concepção de Saúde Através da História..... | 10 |
| A Saúde Pública Brasileira no Período Republicano..... | 17 |
| República Velha (1889 a 1930)..... | 17 |
| Era Vargas (1930 a 1945)..... | 20 |
| Populismo (1945-1964)..... | 22 |
| Regime Militar (1964 – 1984)..... | 24 |
| Redemocratização (1984 -)..... | 26 |
| A Segunda Reforma Sanitária..... | 30 |
| Considerações Finais:..... | 34 |
| Referências:..... | 37 |

Índice de Quadros:

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 - Os conceitos de saúde dos Organismos Internacionais..... | 14 |
| Quadro 2 - Transformações ocorridas durante o Período Republicano..... | 29 |

Introdução

A produção acadêmica sempre esteve entrelaçada com a concepção de homem, de sociedade e de mundo. Com a saúde pública não poderia ser diferente. Suas produções tanto no Ocidente quanto no Oriente são datadas de muitos séculos e que repercutem atualmente na produção de conhecimento sobre a saúde.

Os fatos históricos ocorridos em todo mundo impulsionaram a mudança contínua na concepção de saúde. Com o advento dos Estados, no século XIV, a saúde passa a ter uma estreita relação com o regime governamental. As discussões sobre esta relação são travadas desde então e com ela a concepção de homem.

O que venho trazer para o debate é um conceito utilizado na saúde pública brasileira, considerado um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS: a Integralidade.

A partir deste princípio, tentarei visualizar que a Integralidade é um conceito socialmente construído, que sua implantação nas políticas públicas também é discutida e que sua concepção dependeu de acontecimentos históricos para tornar-se, atualmente, um princípio norteador do SUS.

É interessante notar que a disputa travada no Brasil, recortando o período republicano, passou por vários atores sociais, vários governos e concepção de Estado. Entre esses atores, a sociedade teve um papel importante para definir os rumos da saúde pública brasileira. A mobilização popular destacou-se em vários momentos: nas reivindicações dos sindicatos no início do século XX, na participação nas Conferências de Saúde e na Constituinte de 1988.

Baseado nas ideologias de classe, nos quais a sociedade brasileira organizada se apóia, o conceito de homem Integral (com direito a moradia,

transporte, alimentação, emprego, etc) é resgatado e concomitantemente o conceito está convergente com as discussões internacionais sobre saúde. Dentro deste cenário político e ideológico, é interessante ter esse resgate do que se propõe para a sociedade e para os cidadãos.

Desta forma, o conceito de Integralidade tem uma origem e um contexto para emergir, no meio de tantas teses em disputa. Entender o homem como *bio-psico-social* não é um consenso universal ou um axioma. Sua implantação ocorre de forma gradual no SUS, transformando ações, práxis, transformando todo um cenário, de base positivista, que foi sendo construído de 1889 até 1988 no Brasil.

Concepção de Saúde Através da História

A reflexão sobre a concepção de saúde vem dos primórdios da sociedade. Não sabemos ao certo quando surgiu o termo "saúde" e nem qual foi o primeiro profissional que transformou sua práxis no substantivo saúde. Se pegarmos a história da civilização, este primeiro profissional poderia ter sido a mãe ao acolher o filho recém nascido cuidando contra as moléstias impostas pelo meio, protegendo-o dos demais seres da própria espécie, etc. Ou seja, se a saúde surgiu neste contato entre mãe e filho, podemos pensar que a promoção de saúde, neste primeiro momento, concretiza-se no contato entre duas pessoas.

Nos primórdios do pensamento Ocidental, na Grécia Antiga, começa uma reflexão sobre a práxis na saúde com o mito das irmãs Panacéia e Higéia, filhas do deus Asclépios. Panacéia era a padroeira da medicina curativa, prática terapêutica baseada em intervenções sobre indivíduos doentes, através de manobras físicas, encantamentos, preces e uso de *pharmakon* (medicamento). Sua irmã, Higéia, era excepcionalmente adorada por aqueles que consideram a saúde como resultante da harmonia dos homens e dos ambientes e buscavam promovê-la por meio de ações preventivas, mantenedoras do perfeito equilíbrio entre os elementos fundamentais terra, fogo, ar e água. Da sobrevivência dessas crenças e práticas, através dos tempos, derivam os conceitos de higiene e higiênico, sempre no sentido de promoção da saúde, principalmente no âmbito coletivo (FILHO, 2003).

Este tensionamento entre Panacéia e Higéia, abre um pouco mais o conceito de saúde, fazendo com que a saúde deixe de ser promovida pelo contato entre duas pessoas para, também, ser promovida pelo equilíbrio entre os homens e o ambiente.

Com o passar do tempo, este tencionamento gerava peso para um determinado lado. A terapêutica individual, Panacéia, ganha força no Ocidente, durante a Idade Média e os médicos, curandeiros, religiosos deixaram de ser escravos para trabalharem para a corte ou exército, com certa exclusividade para as famílias nobres. No Oriente, a prática precursora em saúde pública, Higéia, chega ao seu apogeu no século X, com alto grau de organização social, consolidando desde registros de informações demográficas e sanitárias a sistemas de vigilância epidemiológica, até os atos ritualizados de higiene individual centrais para a cultura religiosa do Islam (FILHO 2003).

As obras produzidas no Oriente neste período, chegaram ao Ocidente durante o Renascimento. Seus pensamentos influenciaram a crítica ao individualismo que antecipava a economia política do Estado Moderno, no século XIV, que conseqüentemente, influenciaram novamente a concepção de saúde.

No período Renascentista surge o cartesianismo, que exerce grande influência nos meios acadêmicos, tendo como seu maior expoente o francês René Descarte. Suas principais obras: *Meditações*, *Partes I e II dos Princípios da Filosofia* estão atravessadas na ciência/filosofia moderna, influenciando várias gerações de pensadores. Segundo Santiago (2004), filósofo, estudioso da história da filosofia moderna, Descarte:

Propõe distinguir "ordem" geométrica e "maneira de demonstrar". Essa é a dupla, mas sempre igualmente geométrica; pode ser por análise ou resolução, dita a posteriori por que "mostra a verdadeira via pela qual uma coisa foi metodicamente inventada e faz ver como os efeitos dependem das causas"; pode ser por síntese ou composição, a priori, pois que "examina as causas por seus efeitos", demonstrando por meio "de uma longa série de definições, postulados, axiomas, teoremas e problemas, a fim de que, se lhe negam quaisquer conseqüências, ela faça ver como estão contidas nas antecedentes (...). Para satisfazê-los, ele expõe alguns pontos mais importantes das Meditações, redigidas segundo a análise, sob uma armação sintética a que dá o nome de Razões que provam a existência de Deus e a

distinção entre alma e o corpo dispostas à maneira geométrica.
(SANTIAGO, 2005 p 11).

Um dos principais legados de Descarte à ciência é a célebre frase: "*Penso, logo sou*". Esta frase desvencilha o sentimento, a alma das ditas verdades da ciência por "não preencherem os requisitos dos verdadeiros princípios". Para ele, as leis do pensamento são as mesmas leis que regem o Universo e estão expressas nas leis matemáticas. Nesse sentido, é possível um método único para conhecer a realidade, através do raciocínio dedutivo e matemático. Nos séculos seguintes, o questionamento feito ao modelo cartesiano de Descartes impulsiona o surgimento das ciências ditas humanas: Psicologia, História, Sociologia, Antropologia (KAHHALE, PEIXOTO, GONÇALVES, 2002, p 40).

Podemos convergir às idéias de Descarte com a de Panacéia, referindo-se a ciência da saúde. Em ambos, o corpo está isolado do ambiente e necessita de um método delimitado para realizar a terapêutica, a intervenção. Descarte considera o corpo como parte da geometria e por isso incapaz de criar dúvidas sobre seu estado, chegando a dizer que "seria louco e insano duvidar do corpo". Ou seja, o corpo é somente aquilo que apresenta. Panacéia utiliza-se de manobras físicas, medicamentos, ferramentas metodicamente criadas para a os indivíduos doentes. Esta íntima conversa entre os pensamentos de Descarte e Panacéia atravessou o tempo e é utilizado em larga escala no Ocidente. A ciência da saúde tornou seu foco no corpo separado da alma, nas manobras físicas, na matemática que o corpo apresenta. O medicamento tornou-se uma forte ferramenta para intervir no corpo doente e o médico a fonte de certeza e saber. Em nenhum dos pensamentos a prevenção e o equilíbrio do corpo tem um tratamento especial.

Neste sentido, a concepção de saúde que instaurou-se no Estado Moderno com uma relação ambígua e antagônica é de que a saúde caracteriza-se como

ausência de doença. Com esta concepção, a saúde tornara-se uma mercadoria no qual o Estado não deveria intervir, devendo o "mercado" regularizar a promoção e oferta.

Neste mesmo período, autores como Espinosa, Pascal, Heidegger, Hegel sofreram influência do pensamento coletivo e criticaram o método cartesiano de Descarte.

Fazendo uma análise social, histórica, econômica e política, Karl Marx, no período em que o capitalismo está em grande desenvolvimento e utilizando-se do Materialismo Histórico e Dialético, busca na filosofia de Hegel a proposição dialética como perspectiva para a compreensão do real e para a produção do conhecimento. Para Marx, o homem atua praticamente e conscientemente sobre a natureza, construindo um mundo objetivo e a si mesmo na medida em que procura satisfazer suas necessidades. (ROSA, ANDRIANI, p 261)

A sua contribuição para a ciência da saúde é uma concepção que, de certa forma, amplia ainda mais a forma Higéica de saúde. Marx traz para a saúde questões como moradia, transporte, salário, família, que influenciaram fortemente as ações em saúde em todo mundo, após as devastações causadas pelas duas grandes guerras. Segundo KUJAWA, BOTH, e BRUTSCHER, citando Marx:

No capitalismo, o trabalhador nunca teria saúde, pois sempre seria explorado. Suas condições de moradia, de alimentação e de trabalho sempre seriam determinadas pelo desejo de lucro do patrão. (KUJAWA, BOTH, BRUTSCHER, 2003 p12)

Com a criação da Organização das Nações Unidas - ONU e da Organização Mundial de Saúde - OMS, após a Segunda Guerra Mundial, os organismos internacionais começam a adotar como concepção de saúde a seguinte tese:

Quadro 1 - Os conceitos de saúde dos Organismos Internacionais

| Organismo Internacional | Conceito de saúde: |
|---|---|
| OMS – 1946 | Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. |
| ONU – 1948. Declaração Universal dos Direitos Humanos | Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. |

Com a crescente preocupação das ações do homem contra o homem oriundo após a Segunda Guerra, a harmonia entre homem e natureza de Higéia e a teoria de Marx sobre os conflitos de classes teriam se unido para influenciar os pensadores da ciência da saúde. Causa desta influência, são as regulamentações e declarações das entidades voltadas à saúde que introduzem na sua filosofia de trabalho a tese de que a saúde é para todos e dependente de vários fatores não fragmentados. No Brasil, esse pensamento surge com classe operária no início do século XX, de base anarco-sindicalista, que buscavam melhores condições de trabalho.

Uma colocação é importante neste momento. Todas estas concepções de saúde citadas até o momento foram e são utilizadas na história da saúde pública brasileira. Uma vez que o conceito de saúde é histórico, a sua implantação também é. O conceito atual, promulgado na Constituição de 1988, refere-se a tese adotada pelos Organismos Internacionais. Segundo o Artigo 3º da Lei Federal 8080/90:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1988)

Portanto, a adoção desta tese na Constituição de 1988 foi conquistada por meio de muita pressão popular e pelo Movimento da Reforma Sanitária, defrontando a tese com o conceito de saúde como mercadoria.

O direito à saúde, consagrado na lei de criação do SUS (Sistema Único de Saúde), tem como princípios construtivos a Universalidade, a Integralidade e a Equidade.

Por UNIVERSALIDADE entende-se que saúde é direito de todos e dever do Estado. Entendida enquanto direito, a saúde deve ser gratuita e todo cidadão tem acesso à saúde pelo fato de Ser Humano, independente do sexo, crença religiosa, idade, cor, etc.

A INTEGRALIDADE é compreendida como um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser entendido com essa visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Enquanto a EQUIDADE busca oferecer ações em saúde conforme peculiaridade e a necessidade das pessoas.

Entre estes três princípios do SUS, o conceito de Integralidade faz menção à concepção de saúde adotada pelos Organismos Internacionais, tendo como base à concepção Higéica/Marxista, por trazer uma visão ampla do homem, não fragmentado, integrado a uma comunidade e vivendo num contexto específico.

Para o sanitarista e professor do Instituto de Medicina Social da UERJ, Ruben Mattos (2004), a Integralidade na saúde pública brasileira pode ser entendida sob três aspectos: políticas de saúde, organização dos serviços de saúde e atributos das

práticas de saúde. Com isso, ele engloba os estabelecimentos (Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorro, Hospitais, Postos de Saúde), profissionais, práticas e práxis, educação, tecnologias, formação do profissional de saúde, participação popular, projetos e planos de governo, no aparato que a Integralidade do SUS se propõe a realizar perante a sociedade. Com isso, a integralidade significa uma recusa ao reducionismo e a objetivação do sujeito, configurando-se uma abertura ao diálogo.

Com esta concepção de saúde adotada pelo SUS e tendo como princípio a Integralidade, tentarei fazer uma análise da saúde pública brasileira, do período da República Velha, com as Caixas de Aposentadorias e Previdências - CAPs, até os dias atuais, com o Programa Saúde da Família - PSF.

Portanto, todo este percurso teórico para compreender o princípio da Integralidade terá grande importância neste trabalho monográfico por delinear um foco na história da saúde pública brasileira.

A Saúde Pública Brasileira no Período Republicano

Para falarmos sobre a saúde pública brasileira no período republicano, será feito um estudo bibliográfico, conhecendo os principais acontecimentos históricos, atores e as políticas públicas em saúde que foram implementadas nos mais diversos contextos no Brasil, com as seguintes divisões, seguindo o modelo historiográfico:

- República Velha (1889 a 1930);
- Era Vargas (1930 a 1945);
- Populismo (1945 a 1964);
- Regime Militar (1964 a 1984);
- Redemocratização (1984 a ?) .

Esta análise será baseada no princípio da Integralidade do SUS, conforme foi descrito no capítulo anterior, e nas produções de Maria Zélia Rouquayrol, Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco, Henrique Kujawa, Valdenir Both, e Volmir Brutcher.

É importante verificar as alternâncias de concepções de saúde na história do Brasil republicano para entender o contexto atual e, assim, conseguir compreender e exercitar outras formas de atuação ou bancar uma determinada ideologia.

República Velha (1889 a 1930)

A consolidação da República, no Brasil, vem com a decadência do modelo Monárquico e pelo crescente descontentamento da política adotada pelo Estado.

Com a base teórica apoiada no Positivismo e pelo prestígio conquistado após a Guerra do Paraguai, o exército fortalece a tese Republicana de Estado e toma a “iniciativa” de desempossar do trono Dom Pedro II. Em 15 de novembro de 1889 é Proclamada a República. Uma vez que o movimento ocorreu de forma sigilosa dentro dos quartéis e com apoio de políticos republicanos, a participação popular nas tomadas de decisão sobre os rumos das políticas do Estado foi praticamente inexistente. “*O povo assistiu bestializado*”, segundo os dizeres do Ministro do Interior do Governo provisório de Deodoro da Fonseca.

Com a tese positivista no Estado brasileiro, fortalece-se a política econômica voltada principalmente para agro-exportação e em segundo plano a industrialização. Com a abolição da escravatura em 1888, a mão de obra e as formas de contratos sofrem modificações e os estrangeiros, oriundos principalmente da Europa (Alemanha, Itália, Espanha) povoaram, principalmente, a região Sul e Sudeste. Salientando que a maioria da população brasileira vivia predominantemente no campo e não gozava de nenhum benefício social.

As cidades de Santos e Rio de Janeiro são as principais portas de entrada do país. Rio de Janeiro por ser a capital do país e Santos por ter o principal porto escoador da exportação e chegada de grandes navios com mercadorias e estrangeiros. A chegada dos imigrantes europeus fez com que ocorresse uma certa melhoria na urbanização das cidades, na diversificação tecnológica e científica, na criação dos sindicatos, nos projetos de saneamento. Mas também trouxe outras questões. São Paulo acompanha a transformação urbanística do Rio de Janeiro, inclusive no que diz respeito ao distanciamento geográfico/social dos bairros mais urbanizados (elite cafeeira) dos menos urbanizados (proletariado). Belo Horizonte e

Curitiba, logo em seguida, são cidades racionalmente planejadas e com destaque no cenário nacional.

Com as transformações ocorridas, o país sofre com as epidemias e doenças infecto-contagiosas. Isso fez com que o capital econômico trate a saúde como “questão de polícia”, pois estavam perdendo mão de obra e mercado, uma vez que os países europeus e o Estados Unidos diminuíram a pretensão comercial com o Brasil devido tais incidentes. Seguindo uma tendência mundial, os projetos da saúde têm uma característica *bacteriológica*¹, no qual as ações são baseadas numa política *campanhista/policial*², criando como consequência um ator social e político na saúde pública brasileira: o *sanitarista*. Um dos principais episódios sanitários ocorridos nesta época foi conhecido como a *Revolta da Vacina* (1904), pela forma autoritária do programa de vacinação promovida pelo Estado e que causou uma grande revolta social.

Na segunda década do século XX, a dificuldade de conseguir produtos industrializados da Europa, devido a Guerra Mundial, fez com que a indústria no país alavancasse e a classe operária buscasse melhores condições de trabalho. Com base anarco-sindicalista os operários realizaram greves e conquistaram direitos. Na área da saúde, foi criado pela Lei Eloi Chaves de 1923 as *Caixas de Aposentadorias e Previdência* – CAPs, que eram fundos constituídos nas fábricas, portos, bancos e recebiam contribuições dos empregados, empregadores e do governo. O objetivo das CAPs era garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolver ações em saúde (KUJAWA, BOTH, BRUTSCHER, 2003 p17). Portanto,

¹ Jacob Henle, professor de anatomia em Zurique – escreve em 1840 um pequeno volume intitulado *Investigações Patológicas* e formula a teoria em que considerava os organismos vivos a causa das doenças contagiosas e infecciosas: a teoria bacteriológica.

² Valoriza a contaminação como causa geral e usa como instrumentos de ação a engenharia, a polícia e a campanha sanitária, verticalmente administradas.

quem fazia parte de uma CAPs mais estruturada tinha uma assistência à saúde mais eficaz.

Neste período, portanto, há duas vertentes na política de saúde: uma de atenção primária com políticas de saneamento e vacinação para combater e evitar novas epidemias e, por outro, a organização dos operários com as CAPs. A maior parte da população que ficava fora destas políticas ficam dependentes de curandeiros e ações de caridade.

Realizando uma análise deste período da história do Brasil, é possível notar que as ações adotadas pelo Estado têm em si, uma pequena idéia de Integralidade, ao adotar ações de saneamento, atenção primária, melhoria das condições de trabalho, mesmo que não seja explícito em projetos e programas, e, talvez de interesse governamental. Pode ser compreendido como um *flash* de ações integrais, mas que neste período está pautado na tese positivista e, por isso, com políticas fragmentadas e sem relação uma com a outra.

Este foi um período que influenciou diretamente nas políticas públicas e nas disputas que serão travadas mais adiante. Trouxe uma nova forma de gestão governamental, de estrutura de estado baseado no federalismo. Infelizmente, há pouca produção historiográfica da saúde neste período. As pesquisas deste período só começam a ganhar força na década de 70 e 80 do século XX, com publicações e pela crescente demanda pela pesquisa na academia e pelo resgate histórico da saúde pública brasileira.

Era Vargas (1930 a 1945)

O início da década de 30 é marcada pela forte crise do capitalismo com o *crash* de 1929 que desestabilizou as relações comerciais em todo o mundo, afetando, no Brasil, diretamente a economia agro-exportadora do café, terminando assim o período da República Velha.

A Era Getúlio Vargas é subdivida em vários itens históricos, mas que não serão tratados neste trabalho. Um dos aspectos mais importantes da Era Vargas foi à política trabalhista, aproximando do governo o Movimento Sindical e as classes operárias, dando a Vargas o apelido “*Pai dos Pobres*”.

Com a revogação da constituição de 1891, Vargas assume o poder do Executivo e Legislativo e cria, desta forma dois novos ministérios: Trabalho, Indústria e Comercio e o Ministério da Educação e Saúde. Essa característica centralizadora do poder foi, também, adotada pelos seus ministérios. Na área da saúde, as CAPS foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Previdência – IAPs.

Os IAPs não são nada mais que a junção das CAPs dentro de um único sistema, centralizando os recursos e teoricamente homogeneizando o atendimento, em que, independente do local onde se trabalha, todos (os trabalhadores) terão o mesmo benefício.

Com o dinheiro acumulado nas IAPs, o Estado financiou o crescimento industrial, viabilizando a construção de Volta Redonda e Usiminas.

O combate às epidemias continuou, através de Serviços Nacionais de Prevenção, principalmente em regiões afastadas e com interesse estratégico do Estado, como no caso do combate à malária na região amazônica, em que, a epidemia prejudicava a extração da borracha usada pelos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial.

Mesmo com a centralização da saúde e com a criação do Ministério da Educação e Saúde, as políticas eram destinadas aos trabalhadores contribuintes dos Institutos de Previdência e para as áreas de interesse estratégico do Estado. Deixando novamente a mercê de caridade a maior parte da população que não fazia parte deste nicho. Certamente é um avanço na política pública a centralização num único órgão, mesmo este órgão sendo compartilhado com outras demandas de grande relevância para a sociedade, que é a educação.

A Integralidade segue a mesma ordem do período da Republica Velha. Políticas fragmentadas e com pouco interesse do Estado, mas neste período surge um ator importante que é o Ministério da Saúde, dando uma alusão à centralidade das ações e com potencialidade para uma comunicação entre as políticas a serem desenvolvidas pelo governo.

Populismo (1945-1964)

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, surge no mundo um questionamento sobre qual homem e sociedade que se tem e que se quer. As ciências naturais desenvolveram-se de forma rápida e o mundo foi dividido em dois blocos: Bloco Socialista (Rússia) e o Bloco Capitalista (Estados Unidos).

No Brasil, a indústria tem a injeção de capital e tecnologia externas, principalmente estadunidense e européia (capitalista). A indústria farmacêutica, automobilística, grandes obras rodoviárias são financiadas com o dinheiro das IAPs (dinheiro dos trabalhadores) e a saúde passa a ser compreendida como mercadoria,

devido ao grande lucro destes Institutos, gerado pelo crescente número de indústrias no país.

A construção de grandes hospitais, a aplicação prioritária na tecnologia dura³ (MERHY, 2004, p 23) devido à comercialização do maquinário tecnológico da saúde e a privatização do setor saúde para grandes empresas estrangeiras, contribuíram para o crescimento de uma lógica contrária a esta. As Conferências, realizadas pelo Ministério da Educação e Saúde, tornaram-se palco de disputa ideológica e política. Em dezembro 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde sustentava duas teses para a saúde pública brasileira: a saúde para todos e a municipalização da saúde; defendida principalmente pelas representações sociais.

Podemos fazer neste período uma reflexão da base teórica que sustenta a tese da *saúde para todos* defendida pelas representações sociais. Vimos que os trabalhadores que lutaram pelos seus direitos na Era Vargas tinham como teoria o anarco-sindicalismo (materialismo histórico dialético de Karl Marx). Teoria esta, reflexiva sobre o capitalismo e com indagações sobre este homem e sociedade atual. Organismos Internacionais adotam a proposta de Marx sobre o conceito de saúde como bem-estar e ampliam suas discussões para os países que fazem parte da sua organização, entre eles o Brasil.

A proposta da *saúde para todos*, tem em seus pressupostos o princípio da Integralidade como eixo norteador da saúde pública, como ocorre atualmente no SUS. Seria até possível dizer que a proposta levantada na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, seria a proposta do SUS, se não tivesse ocorrido o Golpe Militar no ano seguinte. Ou seja, a implantação de um Sistema Único de Saúde ficou emperrada por duas décadas devido ao temor do socialismo pelos militares.

³ Emerson Elias Merhy entende tecnologia *dura* como os equipamentos e máquinas, *leve-dura* como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e *leve* os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde.

Regime Militar (1964 – 1984)

A entrada abrupta dos militares no poder, com o golpe de 64, serviu para barrar as pressões populares que pediam um país mais justo através da reforma agrária, educacional, urbana, saúde.

A tendência da saúde pública era de atender as demandas sociais, explicitadas nas Conferências de Saúde, colocando em segundo plano as determinações do mercado capitalista. Mas, os militares adotaram a tendência de saúde capitalista priorizando os hospitais, os medicamentos e o atendimento aos trabalhadores que contribuía com a previdência. Com a criação do INPS, em 1966, os IAPs foram centralizados, formando um grande caixa de dinheiro. Dinheiro utilizado como investimento na construção de grandes obras como a usina hidrelétrica de Itaipu, a rodovia Transamazônica, a ponte Rio - Niterói, que num futuro breve este investimento retornaria aos cofres do INPS.

Com o fundo chamado Faz Que, o governo subsidiava a construção de grandes hospitais pelos grupos privados e, em seguida, credenciava estes mesmos hospitais para atenderem pelo INPS, fazendo com que os grupos privados ganhassem duas vezes em cima da saúde.

Com a predominância da saúde hospitalocêntrica, as epidemias e certas doenças reaparecem no país por falta de investimento no saneamento e na atenção básica. Consolida-se no país a lógica da saúde como ausência de doença.

Mesmo com a polícia militar reprimindo os movimentos sociais, surge com os intelectuais, profissionais da saúde, estudantes, organizações sociais e populares uma nova proposta de política de saúde chamada "*Movimento da Reforma Sanitária*", que nos anos 80 levam a discussão da saúde como Bem-estar para as

instâncias democráticas e de direito. Sérgio Arouca, um dos principais defensores da reforma sanitária, colocava que a mudança na saúde era também uma mudança na sociedade.

Com a decadência do modelo previdenciário no início da década de 80 do século XX e o aumento da crise no país, os hospitais que prestavam serviços ao INPS começam a se descredenciar, pois já estavam fortalecidos com o dinheiro dos trabalhadores e vão andar com as próprias pernas, abrindo o seguimento da saúde privada.

Neste momento, o Estado estava sem dinheiro, com alto índice de desemprego da população, os salários congelados e sem hospitais. Assim, o setor saúde fica sem seu alicerce empregado pelo Estado durante algumas décadas. A saúde vira um caos.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde – OMS, e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF promovem no Cazaquistão, a convite da Rússia, a Conferência Mundial sobre os Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata. As propostas deste encontro convergem com o Movimento da Reforma Sanitária, modelo contra-reacionário ao modelo hospitalocêntrico com apoio dos movimentos sociais e da população em geral. Tese defensora da ideologia de que os brasileiros são cidadãos e sujeitos com direitos, entre eles da SAÚDE. Estes compreendem que a saúde é um direito de todos, trabalhadores ou não, e para ser eficaz o sistema de saúde deveria ser *integral*, ampliando a forma de prestação de saúde para a promoção, proteção e recuperação, recuperando o conceito de saúde como qualidade de vida.

A proposta de um Sistema Único de Saúde – SUS surge em oposição à hegemonia empregada pelo Estado e fazendo disputas em vários espaços de

decisões. Dois momentos são históricos na saúde pública brasileira: a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Assembléia Constituinte (1988).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde houve uma grande participação popular e garantiu a proposta do SUS elaborada pelo Movimento da Reforma Sanitária. Na Assembléia Constituinte, o SUS legitimasse com as leis 8080/90, 8142/90 e nos artigos constitucionais 196 a 200. O SUS torna-se um Sistema diferente das políticas empregadas anteriormente nos governos, garantindo uma interação com as unidades, serviços e ações para um fim comum. É um sistema nacional, com a mesma filosofia em todas as partes do país e dividindo a responsabilidade entre a União, estados e municípios.

Redemocratização (1984 -)

Com a institucionalização da ideologia do Movimento da Reforma Sanitária pelo Estado, ocorrido de forma democrática e com apoio dos movimentos sociais, o SUS encara nos seus primeiros anos uma grande tarefa de reestruturação da saúde brasileira. O Estado encontrava-se em crise e as disputas continuam a existir dentro e fora do governo para garantir a saúde para todos.

Na sua promulgação em 1990, pelo então presidente Fernando Collor de Melo, ocorrem vetos principalmente nos eixos do Controle Social e do financiamento do SUS. *“A mutilação que os vetos presidenciais provocou no corpo da lei rema na direção dos interesses de setores sociais que não se preocupam com a mutilação do nosso povo”* (MERHY, 1992, p12).

Com a preocupação e necessidade de atender a todos os cidadãos que procuram por atendimento em saúde, surgem várias propostas e levantamentos de atenção ao cidadão. Em 1994, a Organização Mundial de Saúde define em seu calendário como o “Ano Internacional da Família”, coincidindo com a proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, de focalizar na família o cuidado profissional de saúde em atenção básica através do Programa Saúde da Família – PSF.

Franco e Merhy em 2004, vêm lembrar que cidades como Niterói (RJ), Itacarambi (MG) entre outras, já haviam implantado o programa anteriormente, guardadas suas particularidades.

É importante salientar que outras localidades implantaram programas diferenciados para atenção básica: Campinas, Belém, Caxias do Sul, com o projeto *Em defesa da Vida* desenvolvido pela UNICAMP; programa SILOS na região nordeste.

O PSF sofre uma resignificação em 1997, deixando de ser um programa para tornar-se uma estratégia para a atenção básica em saúde. Tentando concretizar os princípios norteadores do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Era uma reforma dentro da reforma. Colocando o PSF como principal porta de entrada do cidadão na saúde, tornando-se a base da saúde pública.

De certa forma, a integralidade está começando a ganhar forma. As estruturas essenciais para concretizá-la iniciam-se após da Reforma Sanitária e pela mudança da concepção de saúde de saúde/doença para saúde/bem estar. Tanto a estrutura horizontal que prevê a articulação das ações em saúde quanto à estrutura vertical que entende o ser humano como um todo não fragmentado a uma comunidade e vivendo num contexto específico estão sendo implantadas e disputadas nas localidades. Como o SUS tem pouco mais de 15 (quinze) anos,

ainda há muita coisa a ser feita e conquistada, e a comunidade está sendo convocada para dar sua contribuição à sociedade, através de mecanismos de Controle Social.

No término deste capítulo, na folha seguinte, construí um quadro com as transformações ocorridas durante o período republicano, mostrando os marcadores econômicos, atores sociais, modelo tecnológico de saúde, políticas de saúde e sociedade participando das tomadas de decisão na saúde.

Quadro 2 - Transformações ocorridas durante o Período Republicano

| Período | República Velha | Era Vargas | Populismo | Regime Militar | Redemocratização |
|---|--|---|--|--|--|
| Marcadores | | | | | |
| Economia | Agrário-exportador e início da industrialização | Industrialização | Industrial | Industrial | Industrial |
| Atores sociais | Exército, produtores de café, sindicatos. | Getúlio Vargas, movimentos sociais, Ministério da Saúde. | Mercado externo, indústrias, movimentos sociais, Organismos Internacionais, | Militares, mercado externo | Movimento da Reforma Sanitária: intelectuais, movimentos sociais e populares. |
| Modelo tecnológico de saúde | Bacteriológica - Positivista | Bacteriológico - positivista | Tecnologia dura - hospitalocêntrica | Tecnologia dura – hospitalocêntrica | Integralidade |
| Políticas de Saúde | Campanhista/Policial, saneamento e CAPs | Campanhista e IAPs | IAPs – construção de grandes hospitais | INPS | SUS |
| Sociedade participando das tomadas de decisão na saúde | Sindicatos | Sindicatos | Realização de Conferências | Repressão do estado contra a participação da população, Movimento da Reforma Sanitária. | Participação nas Conferências, na Assembléia Constituinte e Conselhos de Saúde. |

A Segunda Reforma Sanitária

A utilização do termo “reforma da reforma” ou “segunda reforma”, são formas que o Ministério da Saúde identifica a estratégia **Programa Saúde da Família** nos documentos referentes à transformação da atenção básica, contextualizando a reforma em detrimento a Reforma Sanitária ocorrida por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituição Cidadã e das demandas sociais.

Como objetivo geral do PSF, encontra-se a seguinte descrição no documento *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* de 1998:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para os objetivos específicos, presente neste documento, serão pontuados aqueles referentes ao princípio da Integralidade:

- Prestar, na Unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da *população adscrita*⁴,
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

Para criar uma rede de assistência à saúde que abrangesse a maior parte da população foi estipulada algumas diretrizes, respeitando as realidades regionais,

⁴ Definição de um território de abrangência, que significa a área sob responsabilidade da equipe de PSF. Em torno de 600 a 1000 famílias com limite máximo de 4500 habitantes.

municipais e locais. A Unidade Básica de Saúde foi eleita a porta de entrada no sistema de saúde responsabilizada por realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional (médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, característica do nível primário de atenção. Em 2001, os profissionais da saúde bucal foram inseridos nessa equipe e as demais profissões discutem a sua inserção no SUS.

Cada equipe será responsável por até 4500 (quatro mil e quinhentos) habitantes e terá que fazer o cadastramento. Nesse processo, serão identificados os membros da família, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias residem. Serão utilizados dados, sobretudo oficiais, como IBGE, cartórios e DATASUS.

As unidades de Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal.

Os profissionais de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação exclusiva. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão residir na comunidade onde trabalham.

O número de profissionais e a especialidade são definidos pelas características da região de atuação. Cabe a esta equipe desenvolver uma avaliação permanente através de indicadores de saúde da sua área de atuação. Para isso é necessário a equipe conhecer a realidade das famílias, pelas quais lhe é atribuída a característica de criar vínculo permanente.

A equipe mínima do PSF, atualmente, é focada nos profissionais que estão consolidados na saúde pública: médico (de família ou generalista), enfermeiro, auxiliar de enfermagem. Mas, há demanda e projetos para inserir os demais profissionais da saúde. Cada profissional tem suas atribuições e em todos há o atravessamento de criar o vínculo e se responsabilizar para a resolução dos problemas e a manutenção da saúde dos indivíduos. Além de atuarem no estabelecimento, no caso a Unidade Básica, os profissionais também atuam nos domicílios e nos locais onde forem demandados.

O fundamento inicial do PSF está baseado no conhecimento que o profissional da saúde tem e construirá sobre a sua população adscrita para que ocorra uma melhora progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida. Contrapondo-se ao planejamento centralizado em um grande estabelecimento, uma vez que o planejamento ocorre no local.

Sendo o PSF um integrante da rede assistencial de saúde, tanto a UBS quanto os demais estabelecimentos de outros níveis de atendimento (média e alta complexidade) devem ter um ordenamento das ações, fazendo uma interlocução destes níveis no município ou região e criando novas formas ou fortalecendo certas atividades para que a integralidade na saúde constitua uma ação permanente do cuidado.

As mudanças de práxis nesta proposta de saúde causariam uma transformação mútua entre os estabelecimentos de saúde, profissionais envolvidos com a saúde, população. Estas transformações gerariam novas formas de fazer saúde, direcionadas à demanda da sociedade e causando uma transformação social, como idealizava Sérgio Arouca e o Movimento da Reforma Sanitária. Novas políticas públicas no campo da educação em saúde, no controle social, na gestão e

nos profissionais tornaram-se permanente devido a esta demanda oriunda da implantação do PSF e do SUS.

Segundo Ribeiro (2004), em abril de 2003, o PSF estava implantado em 4.276 municípios brasileiros, dispondo do total de 17.608 equipes de saúde da família (ESF), efetuando a cobertura de 57.850.891 de pessoas. Isto mostra que a implantação se deu em grande escala, cobrindo 1/3 (um terço) da população brasileira. Este avanço deu-se por uma série de medidas tomadas pelo Governo Federal relacionadas principalmente à liberação de verbas.

Mas o PSF trás alguns questionamentos. Franco e Merhy (2004) discutem a necessidade de sempre reformular a estratégia, uma vez que a implantação de modelo não compreende a mudança de concepção de saúde e a forma como os profissionais e usuários lidam com isto. Como proposta, surge a necessidade de “conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde (...) e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários”.

Considerações Finais:

A integralidade nas políticas públicas de saúde brasileira trouxe uma discussão interessante do processo de construção histórica da saúde no Brasil. Nas referências bibliográficas estudadas, foi enfatizada pelos autores que a concepção de saúde é uma construção histórica, com diversos atores envolvidos e envoltos por ideologias.

O mesmo aconteceu no Brasil nestes pouco mais de cem anos de república. As mudanças de concepção de saúde, de estado, de ideologias, de atores caracterizam a heterogeneidade encontrada no SUS e por isso, este é um espaço de intensa e permanente disputa.

Na mesma linha, o conceito de integralidade foi construído ao passar dos tempos. As disputas ideológicas, os acontecimentos históricos e a construção de um corpo teórico foram fundamentais para que a Integralidade torne-se um princípio do SUS e objeto de estudo.

Por se tratar de um Sistema recentemente implantado, com pouco mais de quinze anos, as transformações são permanentes e a angústia e necessidade por mudanças imediatas é colocada a todo o momento sobre este indivíduo chamado SUS. Um sujeito com múltiplos olhares, com várias ideologias, com preocupações de várias intensidades, com um corpo em plena estruturação.

Tentar compreender este sujeito sobre uma única forma faria perder sua qualidade de ser múltiplo. Por isso entender o fator Integralidade na saúde pública torna-se importante, uma vez que, estamos tratando de todos os cidadãos brasileiros e encaixa-los em uma determinada teoria/ideologia seria limitar e, até mesmo, impedir o aparecimento de novas formas de se fazer saúde.

É importante ver e entender que a diversidade sobre a compreensão de sujeito está presente em quase todos os lugares e em plena disputa. A forma de lidar com estas diversidades mostra o tanto que os profissionais e usuários do SUS estão compreendendo esta estrutura de saúde pública. A caixa de ferramentas que cada responsável pela saúde (profissionais, gestores, educadores, usuários, conselheiros) têm e usufrui diz da relação que este estabelece com o conceito de saúde utilizado no Brasil. Portanto, sem a compreensão destas diversidades o conceito de Integralidade fica indecifrável e o sujeito fica a mercê de parte da sua busca pela saúde.

Nesta perspectiva de envolvimento com as diversidades, entendo que a Psicologia tem um corpo teórico bastante singular e importante para fazer esta discussão sobre as transformações e práxis neste sujeito SUS. Afinal, os três pilares da saúde como estado de Bem-Estar (*bio-psico-social*) tem cadeiras efetivas no currículo de Psicologia. Ressaltando que estas cadeiras, algumas vezes, não fazem relações da ementa com a saúde pública.

O item “*psico*” nos pilares do conceito de saúde mostra a importância da Psicologia e sua contribuição na história da saúde pública. A realidade brasileira, com a segunda reforma sanitária, faz um novo chamado à Psicologia para se posicionar. Este posicionamento cria transformações em ambas as partes: na saúde pública e na própria Psicologia.

Apesar de ocupar espaços importantes no organograma do SUS, a demanda para outras áreas da saúde convoca para a discussão do tipo de profissional “psi” que se espera para lidar com a lógica da saúde pública brasileira nestas outras esferas. Um profissional de visão psicologizante ou um profissional com múltiplas visões?

Há algum tempo a discussão sobre a mudança de paradigma, mostrando a importância das ciências humanas no cenário científico e conseqüentemente sua importância para a sociedade, vem colocar a Psicologia em outras áreas de discussão. O modelo de ciência positivista começa a perceber que a sua proposta de dar respostas fica cada vez mais prejudicado pelo enrijecimento dos métodos utilizados para fazer a sua ciência.

Neste espaço o pesquisador, com sua visão sobre o objeto, torna-se importante e fundamental. Compreender a subjetividade do pesquisador também é importante para a ciência contemporânea e sua colocação como produtor faz parte do fazer ciência.

Assim, o pesquisador, sendo ele Psicólogo ou não, tem várias funções e várias visões. A sua colocação diz do seu lugar, da sua ideologia, do seu trabalho, das relações que ele constrói com o mundo.

Sendo assim, tendo muitos em um só, tanto a psicologia quanto o sujeito, compreender a Integralidade no SUS e que esta construção é histórica e de difícil implantação e conhecimento, faz-se importante o debate e a disputa sobre a inserção dos atores na saúde pública. Inserção rodeada de ideologia.

Portanto a Integralidade está em plena transformação devido ao crescente número de atores envolvidos com a saúde. Com isso, só tem a ganhar o SUS, os usuários, por ter a possibilidade de construir políticas públicas mais focadas com as reais necessidades da população e por fortalecer a participação popular nas tomadas de decisão no Estado.

Referências:

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva; **O DILEMA PREVENTIVISTA**: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197f. Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf> Acesso em 15 abril 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Comunitária. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. **Ministério da Saúde**, 1997. 36p.

FILHO, Naomar de Almeida; In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia & Saúde** 6º ed. Rio de Janeiro MEDSI Editora Médica e Científica LTDA 2001. Cap 1. p 1-16

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias; **O TRABALHO EM SAÚDE**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In: MERHY, Emerson Elias et al. São Paulo. Editora Hucitec, 2004. 2ª edição Cap 3 p 55-124

KAHHALE, Edna M; PEIXOTO, Madalena; GONÇALVES, Maria. In: KAHHALE, Edna (Org). **A Diversidade da Psicologia**: uma construção teórica – São Paulo: Cortez, 2002. Cap 1. p 17-73

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir; **Direito à Saúde com Controle Social**. Passo Fundo. CEAP. 2003

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. set./out. 2004, vol.20, no.5, p.1411-1416. Disponível em: www.scielo.org/scielo. Acesso em 22 out 2005

MERHY, Emerson Elias, **A saúde pública como política** – Um estudo de formuladores de políticas. São Paulo, Editora Hucitec. 1992

MERHY, Emerson Elias; **O TRABALHO EM SAÚDE**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In: MERHY, Emerson Elias et al. São Paulo. Editora Hucitec, 2004. 2ª edição Cap 1 p.15-35.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; et al. **PESQUISA SOCIAL: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis. Editora Vozes, 2004, 23^a ed.

MOTA, Myriam Becho; BRAICK, Patrícia Ramos. **História** – das cavernas ao Terceiro Milênio. São Paulo. Editora Moderna. 2000 Cap 41, Cap 46, p.495-505

RIBEIRO, Edilza Maria; As várias abordagens da família no cenário programa/estratégia saúde da família (PSF). **Revista Latino Americana de Enfermagem**. jul./ago. 2004, vol.12, no.4. Disponível em: www.scielo.org/scielo. Acesso em 15 ago 2005

ROSA, Elisa; ANDRIANI, Ana. In: KAHHALE, Edna (Org). **A Diversidade da Psicologia: uma construção teórica** – São Paulo: Cortez, 2002. Cap 10. p 259 a 66

ROSEN, George, **Uma História da Saúde Pública**. 2a. ed Rio de Janeiro. Abrasco, 1994

SANTIAGO, Homero, **Espinosa e o cartesianismo: O estabelecimento da ordem nos Princípios da Filosofia Cartesiana** – São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2004. 304p