

**Cidadania do Cuidado:
o universal e o comum na
integralidade das ações de saúde**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieira de Castro
Vice-reitora: Maria Christina Paixão Maioli

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

**LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS
DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Luiz Augusto Facchini

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)
Andrea Caprara (UECE)
Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)
Lilian Koifman (UFF)
Madel Therezinha Luz (UERJ)
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)
Mary Jane Spink (PUC-SP)
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

Série *Cidadania do Cuidado*

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900
Telefones: (xx-21) 2334-0504 ramal 152
Fax: (xx-21) 2334-2152
URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL).

ORGANIZADORES

Roseni Pinheiro

Aluísio Gomes da Silva Junior

**Cidadania do Cuidado:
o universal e o comum na
integralidade das ações de saúde**

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO

**Rio de Janeiro
2011**

Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde

Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes da Silva Junior (organizadores)

1ª edição / setembro 2011

Capa: Erica Fidelis

Revisão e copidesque: Ana Silvia Gesteira e Suzana Silva

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

C966 Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde / Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, organizadores. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. 344 p.

Série Cidadania do Cuidado.
ISBN:

1. Assistência integral à saúde - Cidadania. 2. Assistência à saúde - Cidadania. 3. Cidadania. I. Pinheiro, Roseni. II. Silva Junior, Aluisio Gomes da. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

CDU 614.39:342.71

Impresso no Brasil

Copyright © 2011 dos organizadores

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

Apresentação9

ROSENI PINHEIRO

On the concept of "care"13

AGNES HELLER

CUIDADO, INTEGRALIDADE E DIREITO À SAÚDE: A TRIÁDE ÉTICO-POLÍTICA DO AGIR RESPONSÁVEL NO ESPAÇO PÚBLICO DA SAÚDE

O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade 27

JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES

Da Filosofia moral ao Amor ao Mundo: contribuições arendtianas por uma ética do cuidado em saúde 45

BRUNO PEREIRA STELET e ROSENI PINHEIRO

Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido 71

FELIPE DUTRA ASENSI

Algumas interfaces do direito à saúde 85

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO

REDES COTIDIANAS DE CUIDADO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE INCORPORAÇÃO DE REDES SOCIAIS NAS PRÁTICAS AVALIATIVAS EM SAÚDE

Práticas avaliativas em saúde, mediação e integralidade: outras possibilidades 103

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR, CARLA ALMEIDA ALVES, MÔNICA TEREZA CHRISTA MACHADO, RICARDO HEBER PINTO LIMA e VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO-SILVA

Redes cotidianas de cuidado: desafios e possibilidades de incorporação de redes sociais nas práticas avaliativas em saúde 125

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES, GUSTAVO COUTO, BERNADETE PEREZ COELHO, TIAGO FEITOSA, GISELE CAZARIN, GILIANE COELHO NETO e PETRA OLIVEIRA DUARTE

Como a avaliação pode constituir-se em uma intervenção democrática? Uma discussão sobre aparelhos, redes sociais e ação política na produção do cuidado em saúde 149

FRANCINI LUBE GUIZARDI e FELIPE DE OLIVEIRA LOPES CAVALCANTI

Possibilidades e desafios à incorporação das redes sociais nas práticas avaliativas em saúde 165

ITAMAR LAGES

AÇÃO FORMATIVA NA SAÚDE: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DE REDES DE APRENDIZAGEM DOCENTE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

Ação Formativa no cultivo de um ethos como competência 183

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS e JANAÍNA MARIANO CÉSAR

Os docentes universitários: como transformar a formação? 197

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA e LILIAN KOIFMAN

Formação docente, cidadania e o trabalho na saúde211

ISABEL BRASIL PEREIRA e ANAKEILA STAUFFER

Formação de preceptores: contribuindo para a formação de especialistas na atenção ao recém-nascido e família sob o eixo da integralidade 227

TATIANA COELHO LOPES, ERIKA DA SILVA DITZ, LÉLIA MARIA MADEIRA, MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE e SIMONE NASCIMENTO SANTOS RIBEIRO

Do universal ao comum na prática e na educação médica 237

RODRIGO SILVEIRA e ROSENI PINHEIRO

Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação 257

RICARDO BURG CECCIM, JULIANO ANDRÉ KREUTZ e MANOEL MAYER JR.

RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE: DESAFIOS PARA A CLÍNICA E A PROMOÇÃO EM SAÚDE NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualidade: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços 295

MADEL T. LUZ

Homeopatia popular e homeopatia praticada por médicos: desafios da integração das práticas no contexto da promoção da saúde 305

ALDA LACERDA

Vamos todos cirandar: experiência de aprendizagem problematizadora e inventiva das masculinidades 317

ALESSANDRA CHARNEY

Gênero e sexualidade: saber popular, integralidade e produção de saúdes 331

ALEXANDRE AMORIM

APRESENTAÇÃO

Cidadania do cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde

ROSENI PINHEIRO

Amanheci na minha aurora.

A expressão de admiração de Riobaldo
diante da coragem do menino Diadorim, frente ao
incerto da travessia do Rio São Francisco

Guimarães Rosa

*A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato
de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que
ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que
tenha existido, exista ou venha a existir.*

Hannah Arendt

O tema “Cidadania do cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde” nos remete à ideia de fronteira, cuja travessia para alcançá-la nos exige coragem de pensarmos agindo sobre as práticas de cuidado na saúde, a partir do que consideramos mais desafiador para seu exercício: a responsabilidade e a confiança. Tornar visíveis as margens teórico-práticas para a construção de uma epistemologia amistosa aos estudos sobre a integralidade em saúde, entendida como um agir político responsável e confiável, significa reconhecer as passagens, trajetórias e experiências cotidianas, vivenciadas ou narradas pelos usuários, na relação com profissionais, docentes, discentes e gestores.

Trata-se de uma coletânea “travessia”, que continua o percurso anterior iniciado na edição comemorativa dos dez anos do “Projeto

Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, intitulada *Por uma sociedade cuidadora*. Naquele momento, enfatizamos a responsabilidade coletiva, o cultivo dos sentimentos públicos em relação à saúde e defesa do agir cuidador como expressão de amor à coletividade como vetores de construção de ações desfragmentadoras de saberes e práticas entre e por dentro das instituições de saúde e educação.

Desta forma, iniciamos esta publicação com o auxílio generoso da professora Agnes Heller, com a divulgação de sua palestra intitulada *On the concept of “care”*, proferida na abertura do seminário comemorativo dos dez anos do Projeto Integralidade. Numa interessante reflexão sobre o conceito de cuidado, a autora percorre, com apoio de filósofos contemporâneos como Heidegger, Foucault e Lévinas, além de suas próprias produções, caminhos analíticos daquilo que considera como algo *em comum* na grande variedade do uso do conceito de “cuidado”, que tem a ver, em todos os seus usos, com os conceitos de “responsabilidade” e “confiança”. Isto porque, *ao falarmos a alguém “Eu cuido de você”, a frase que pronuncio é em si um ato, pois é uma promessa que deve ser cumprida*. Na esteira de seus argumentos teóricos sobre esses conceitos para a definição da noção de cuidado, Heller finaliza seu texto nos convocando a cuidar do mundo, perguntando: “como alguém pode cuidar do mundo em um sentido não hiperbólico?”. E responde: *cuidando da vida dos outros, não apenas para sua vida simples, mas também pela sua boa vida. E cuidar, do modo como alguém é capaz de fazer e pode fazer, para a melhoria da vida dos outros, para a boa vida dos seres humanos, e a vida simples de outras criaturas*.

Dividida em quatro partes com 18 textos inéditos produzidos por pesquisadores, discentes, docentes do Grupo Lappis e convidados, esta coletânea busca, com o todo “zelo e cuidado”, apresentar ao leitor reflexões plurais sobre temas que nos parecem semeadores de objetos de ensino, de pesquisa e de intervenção cidadã na saúde.

Na parte I, *Cuidado, integralidade e direito à saúde: a tríade ético-político do agir responsável no espaço público da saúde*, temos contribuições genuínas de autores-pesquisadores dos campos da Saúde Coletiva, como José Ricardo Ayres, Felipe Dutra Asensi, Felipe Rangel Machado, Bruno

Stelet e Roseni Pinheiro, que buscam, de maneira interdisciplinar, associar conteúdos do direito, da sociologia e da filosofia, de modo a propor as categorias reconhecimento, virtude, vontade e intersectorialidade como referenciais teórico-práticos importantes para se reafirmar o *ethos* nas práticas de integralidade em saúde.

Intitulada *Redes cotidianas de cuidado: desafios e possibilidades de incorporação de redes sociais nas práticas avaliativas em saúde*, a segunda parte desta coletânea se destina a repensar as práticas avaliativas em saúde nos espaços públicos, onde os autores – Aluisio Gomes da Silva Jr e colaboradores, Cinthia Alves e colaboradores, Francini Guizardi, Felipe Cavalcanti e Itamar Lages – realizam um exercício teórico e prático de incorporação das ideias de redes cotidianas de cuidado, redes e mediações sociais e democracia como aportes epistemológicos de investigação avaliativa em saúde.

Já na terceira parte, sob o título *Ação formativa na saúde: desafios para construção de redes de aprendizagem docente sob o eixo da integralidade das ações de saúde*, o foco das análises dos autores reside sobretudo na discussão sobre as repercussões da ação de formar na aprendizagem docente, assim como sua capacidade de autorreflexão. Os autores Maria Elizabeth Barros de Barros, Janaína Mariano César, Gilson Saippa-Oliveira, Lilian Koifman, Isabel Brasil Pereira e Anakeila Stauffer, além de Tatiana Coelho Lopes e colaboradoras, Rodrigo Silveira, Roseni Pinheiro e Ricardo Burg Ceccim e colaboradores, ancorados em suas expertises, adentram o mundo da saúde, educação e do trabalho, deslindando o fio da navalha do que poderia servir de pistas para se pensar o universal e o comum com relação ao discurso e às ações desse ator: o docente.

Por fim, na quarta parte, dedicada ao tema *Racionalidades médicas e práticas de saúde: desafios para a clínica e a promoção em saúde na integralidade do cuidado*, contamos com outro auxílio generoso, agora da Profa. Madel Therezinha Luz, levantando questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualidade. A pesquisadora Alda Lacerda, de maneira desafiadora, apresenta sua reflexão identificando os dilemas e possibilidades de integração entre homeopatia popular e homeopatia praticada por médicos no contexto da promoção da saúde. Encerramos

o debate nesta coletânea com dois textos, de Alessandra Charney e de Alexandre Amorim, que versam sobre temas contemporâneos envolvendo identidades sociais, tais como masculinidades, gênero, sexualidade como *leitmotiv* para se superar as dicotomias e dualidades mediante invenção de práticas de aprendizagem inclusivas e a reconciliação do saber popular com o saber erudito na produção de saúde no cotidiano dos sujeitos em ação.

O leitor poderia nos perguntar: afinal, o que todos esses temas têm a ver com o título *Cidadania do Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*? Desde já respondemos que se trata de uma travessia, de um percurso nada tranquilo, que fatalmente não nos impedirá de deparar com limites, impossibilidades, incompreensões epistemológicas, que mesmos os críticos radicais e anárquicos vão insistir em responder pelo avesso – ou seja, saúde não é ausência de doença, é vida. Então nos perguntamos: mas o que é a vida na saúde se não considerarmos o que significa ficar doente e sofrer com e por isso? Daí sugerimos que o universal na integralidade em saúde é a alteridade com o usuário e o comum é conceber a pluralidade como uma ação política, significa o que é público – ou seja, o comum trata daquilo que se compartilha, não daquilo que é semelhante. Abriga a ideia de pertença que configura comunidade, e pode se legitimar em progressão, por extensão gradual, como que delineando níveis sucessivos da comunidade à qual um indivíduo ou grupo pode ser integrado.

Parece-nos que *Cidadania do cuidado* tem o mesmo significado do sertão, como nos ensina Guimarães Rosa: “*sertão é onde o pensamento da gente se forma mais forte do que o poder do lugar*”.

*Vale do Rio São Francisco, entre Petrolina e Juazeiro da Bahia,
agosto de 2011*

On the concept of “care”

AGNES HELLER¹

“Care” is an everyday word. As with everyday words in general, the meaning of “care” depends on its use, and on the context of its use. “Take care” normally means “pay attention.” But “take care of yourself” can also mean “be cautious” or “see a doctor”, or “go on diet” or “dress well” or “be yourself”. Caring for someone can mean to love someone, although not being infatuated, if I, for example tell a man “you know that I care for you “Care” can also mean “taking care” for someone ” can mean “being in charge”. For example, if I am “in charge of someone,” I live up to my duties as a person in charge. For example, a teacher takes care for her class, since she is in charge of the class and she lives up to your duties by caring for her charges. Those who care for their families are conscientious parents, or loving children, those who care for public life, and especially justice, in a democracy are good citizens, who take care of a garden are gardeners, those who care for starving people in remote places are good or charitable persons, those who care for nature are nowadays the ecologically conscious ones. And there are professional carers who care for the sick, the elderly, men of various disabilities, that is those who are incapacitated or not yet fully capacitated to take care for themselves Professional carers can be in charge in children’s homes,

¹ Hannah Arendt Professor of Philosophy, Graduate Faculty, New School for Social Research, NY, USA.

in hospitals, in orphanages, in the homes of elderly, in private houses. Everyone takes care of something and someone, himself or herself included the professional carer in addition to those, who, I repeat, for one or another reason, cannot take care of themselves or others.

There is something in common in this great variety of the use of the concept of "care". It has something to do in all of its uses with the concept of "responsibility" and "relying upon". If I tell someone "I take care of you", the sentence I utter is itself a deed, for it is a promise one is committed to keep. One is committed to keep the promise because it also means "you can always rely on me". If one tells the other "Take care of yourself" one does not promise and does not take responsibility, but warns the other that this other should take responsibility for herself, her life, future and else. If I say you should take better care for your children" I also warn the other, yet not for having missed his responsibility towards himself, but to for missing to live up to his responsibility of others, who are in his charge, who rely upon him. There are "cares of life" one has to endure and also to perform.

It is obvious from these examples, that caring or to care, in everyday use, is neither a morally nor an emotionally indifferent concept. One cannot care for someone or some other without being emotionally involved, or at least some kind of emotional involvement is presupposed. One cannot stay entirely emotionally indifferent in taking care, and one cannot stay entirely ethically uninvolved by being in charge of people who are relying upon one.

Despite its importance for emotional life and ethics, the concept of "care" as an everyday word – both as a verb and as a noun -, has not played any important role in philosophy until the 20th century. Philosophies inherited basic words or so called "ground words" from their long tradition, but "care" was not one among them. Those who introduced "care" into the catalogue of philosophical ground words were Heidegger and Foucault.

Let us first follow their footsteps and asks questions afterwards about the importance of this move and its significance.

Heidegger's great philosophical work, *Being and Time*, left the decisive mark on the philosophy of the 20th century, also on philosophies, which

had very little or even nothing to do with the elaboration of Heidegger's work. Some fans of Heidegger appreciate his later work more, for the brevity of his studies and also for their quality, but I want to bracket this issue and emphasize only the historical significance. This historical significance can be described both in a negative and in a positive way, It means first the radical abandonment of the Cartesian epistemology, The fundamental philosophical question is no more the possibility of human knowledge, of its truth and its certitude, not whether and how a personal subject can recognize, get to know truly the object, the world outside it., but present the fundamental ontology. Fundamental – ontology concentrates on *Dasein*, that is, in Hannah Arendt's good interpretation, – on the human condition, The human condition is "being in a world". Humans are by birth thrown into a world, they are confronted there with things, customs, language, ways of thinking and the task of handling objects. Post metaphysical philosophy is "*Dasein* analysis", that is, analysis of the human condition. Whether one does it by a phenomenological approach, as Heidegger did, or by analyzing language games, as Wittgenstein did, or by taking under scrutiny discourses, as Foucault did, is from this point of view of secondary importance. The philosophical starting point is –to speak with Heidegger – "thrownness", or to speak with Arendt – "natality", makes the epistemological approach obsolete. Since if the human condition itself is being in the world, to ask how human subjects can know the world truly makes no sense, only another question, how men relate to their world ,themselves included, does. Thus being in the world is Care.

Let me briefly recapitulate how Heidegger comes to this conclusion in paragraph 42 of *Being and Time*. Here I will follow only the *Dasein* analytical logic, that is, I will present the essence of what Heidegger and all the others *Dasein* analyst share. I am aware of the uniqueness of all concrete philosophical presentation, and that I will omit several aspects of the Heideggerian moves he considers vital.

Heidegger introduces his discussion of care (*cura il Latin*) by telling ancient fable. The story runs at follows:

Once when 'Care' was crossing a river, she saw some clay and he shaped it. "When she was mediating on what she has done, Jupiter came by. 'Care' asked him to give it spirit, and this he gladly granted.

But when she wanted her name to be bestowed upon it he forbade this, and demanded that it be given his name instead. While 'Care' and Jupiter were disputing, Earth arose and desired that her own name be conferred on the creature, since she has furnished it with part of her body. They asked Saturn to be their arbiter, and he made the following decision, which seemed a just one, 'Since you Jupiter, have given its spirit, you shall receive its spirit at its death: and since you, Earth, have given its body, you shall receive its body. But since "Care' first shaped this creature she shall possess it as long as it lives...."

Heidegger interprets the story among others as follows: "Man's *perfectio* – his transformation into that which he can be in Being-free for his own most possibilities (projection) – is accomplished by 'care'. But with equal primordiality 'care' determines what is basically specific in this entity, according to which it has been surrendered to the world of its concern (thrownness)."

Care is thus a twofold concept. It tells us first that we are thrown into a world where we are immediately confronted with others. We are thrown into a world of mutual dependency. Emotional dependency from people who care for us, without whom we cannot survive or grow up.

Dependent on rules and norms, we have to accommodate to, or at least learn to handle. Thrown into a world of things, readymade, presented for us, things "ready to hand" which we must learn to handle, to work with, to use. Being-in-a world means to exist in a network of social and human relations, which are all mediated through certain things.

We learn to think, to use things, to act, to judge like others do. Children are warned early in life "one does things in this way, one does not do it in that way." One cares for the world and things of the world as others do. One is eager to care in the common way, one is soliciting others to do the same. Caring as "dealing with" others, things, situation, conflicts like others do, requires constant attention and is accompanied by anxiety. Do I do the thing expected from me? Have I lived up the requirements, the norms of my environment? Constant anxiety encompasses all kinds of doing, for one can always fail in living up to the expectations of one's environment. No one fulfills those expectations fully; no one avoids anxiety of non

accommodation, of failing in the face of other Heidegger calls "They".

But there is also a second aspect, a second meaning of life as Care. Let me repeat one passage of the quotation: "Man's *perfectio* – his transformation which he can be in Being-free for his ownmost possibilities". This is the "care of oneself". Surely, men also care for themselves when they do their best to accommodate, to do what others ask them to do. There is no one single human who would not take care of himself – in this manner. For if he entirely abandoned this kind of care for himself, it would be impossible for him to grow up and survive, he would be taken as a madman.

The second aspect, the second meaning of care as caring for oneself is, to quote Heidegger again, "to live up to our utmost possibilities." Every human is born with certain talents and possibilities. One is in duty bound to care, or rather to take care of one's talents and possibilities, to use them, to practice them, to develop them. To take care for oneself does not mean that one never does what "they" do, never judges the way "they" judge, but that one does it to the extent to abandon the care if ourselves. The care of ourselves is not contrasted to the care of others, for to care for our utmost possibilities does not annul our duties to others. The two needs to be outbalanced. Moreover, to live up to our own utmost possibilities implies something else and more than to care for our own talents, for it implies to become an authentic personality, a free personality who understands to balance out the two faces, two aspects of life Heidegger metaphorically calls "care."

One can find the same thought in all the works of contemporary philosophers. To mention only my early book *Everyday Life*, one can relate to one's thrownness in two ways, as a particularistic person, or as an individual-personality. In the first case, one identifies oneself entirely with the demands, norms of one's environment and with oneself as contingent person, following the way of life, in the other case, one takes a critical distance both to the norms and customs of one's environment and also from one's particularistic, contingent persona, and works out a conduct of life. Or, to refer to the formula of the young Lukács, one takes the avenue "from contingency to one's own destiny".

After Heidegger, it is Foucault who dwells in length on the phenomenon "to take care of oneself" (*souci de soi*). Needless to say, Foucault has been from his early work onwards (preface to a study by Binswanger) a follower of "Dasein analysis", in fact Binswanger, himself a psychoanalyst, was the godfather of this post-metaphysical approach.

"The care of the Self" is the third volume of Foucault's grand enterprise of *The History of Sexuality*. The starting point of the enterprise was his discussion on the so called sexuality in the Victorian age of the 19th century, the age of sexual discourse. His agenda could be summed up in three points. First, to show that courting, intercourse, lover's relationship, has always been regulated, although in various historical periods in different ways. Second, that the history of ethics can be best exemplified by the history of sexuality, since the regulation of sexual behavior was always also a matter of ethics. Third, that the regulation of sexual behavior was also always connected to the care of the self. Since sexual relations are relations between at least two different persons and imply ethics, the care of the self and the care of others cannot be entirely disconnected.

Although the regulation of sexual behavior, whether strict or lenient, characterizes all societies in all historical periods, there was one historical period, the imperial Rome, where the care of the self played a special important role in the lives of men and in philosophy. Why in imperial Rome? Because it was then when social norms became less binding, when the ways of the "They" were transformed from "they do what they ought, what has to be done" into "they do what pleases them". That is the way of life of others ceased serve as the model behavior at least for the free men of the leisure classes. Yet since man cannot live without any boundaries, without any limits, for life is care and beyond care there is none, representative men of this times became preoccupied with the care of oneself. That is, they were the ones to set the limits for themselves, they designed the boundaries for their own conduct of life. Men "sought in philosophy rules of conduct that were more personal," writes Foucault. Even to pursue political activity became for those, who cultivated such an activity, a way for self-perfection.

The care of the self meant both the care of the soul and the care of the body, One has to labor upon one's soul first by developing oneself, by transforming abilities into talents, same what Heidegger meant with "perfectio". It meant also the practice of introspection, learning to know oneself better, to get involved in spiritual exercises, spiritual trials, to describe oneself, to present oneself to oneself and to others openly, sincerely, with no consideration for conventions. The care of the soul was, as mentioned, also coupled with the care of the body, such as diet, exercises, moderate use of wealth, food and drink, and frequently also sexual asceticism, Medical regimen became one of the focal points of care.

Foucault's one main point was that the modification of the care for the self has changed human relationships too. Marriage became more important, married life more private, care for the environment appeared for the first time as a dominant issue.

It would be worth the while – instead of remaining in the imperial Rome – to follow Foucault's footsteps till the present, by casting some glance at the care of the self in our present world. One could at least talk about the various manifestations of contemporary ways of life, and the possibility of conduct of life in our present world.

Very briefly: we all know that after 1968 the rules and norms that regulated the relation between sexes, homosexuality, to eating codes, dress codes, situation of women in public life and so on, were withering. Married life became less important, short and changing relationships more frequent. However the care of the self has not disappeared, it took only different forms, like vegetarianism, health consciousness, stopping smoking, dieting, visiting psychoanalysts.

And what about the care for others? At this point I return to my initial distinction among the different uses and meanings of the verb "to care" and the noun "care". I will follow up briefly two among those meanings and uses. Speaking first about "to care for someone", which stands in English for loving someone, yet not passionately. Second, I will discuss caring in the sense of "being in charge," as being responsible for something or for someone.

I care for you, says the English, I love you? It is not a passionate love, I am not infatuated, Infatuation can be short lived, and entirely

egocentric. Once Maslow distinguished between D love, and B love. D love is love of dependency. I love someone for I am dependent on him or her. Dependency can be financial, emotional, sexual, but dependency it remains. But if I say (in English) "I care for you", it implies always B. love. Love for the Being of the other, for her or his being just the kind of person he or she is love for another independent, free personality. It means also taking pleasure in another person's very existence. One also helps someone one cares for, one promotes his or her advancement and also his or her care for oneself

In the cases described and discussed by Foucault the care for the self includes and implies also the care for another self. The correspondence between Stoic philosophers exemplifies how the care of oneself is full of caring also in the sense to caring for another. The Stoic who cares for himself normally advises the addressee of his letters how he (the addressee) should care for himself. The addressee is a friend. A friend is the subject-object of care. It is important for the writer that his friend, the addressee of the letter should cope well with losses, be prepared for coping with ill health and also with death. This is B love. B love is not necessarily reciprocated, it can be one sided as much as love of dependence. But one cares for men who care for themselves. The love of the other is in this case a love of someone who also cares for oneself, and vice versa. Thus in the letters quoted by Foucault B. love is reciprocal. One cares for the other, and the other cares for the one who cares for him.

When we use the word care in the above sense "caring for the other" as loving another, we also imply to some kind of responsibility. But not in the sense of symmetric reciprocity, responsibility as "being in charge". The Stoic writer of a letter who cares for himself and also cares for another, who is his friend, is not also in charge of the other. Both are independent persons, taking responsibility for themselves, and advice the friend to do the same and sometimes even how he could do it. But if a friend fails to heed the advice, the man who gave the advice is not responsible. The friend who cares for the other will feel sorrow if the friend fails in caring for himself, but respects the other's autonomy if there is responsibility it can be only retrospective one.

Retrospective responsibility is the kind of responsibility one becomes aware of only after the fact. For example, if I miss to give the advice a friend needs and seeks for, if I do not take seriously the problems he deals with, if I withhold a gesture that would have saved him. In such case and circumstances I can become aware of my responsibility after I failed to live up to it. But no prospective responsibility can exist in such a case, for I am not in charge of the other.

If "caring for" implies that there are people "in my care" I am in charge and this is why I am responsible for them. Some people are in my care means being in charge of certain peoples. The kind of responsibility we call prospective is normally institutionalized or at least regulated by certain norms or rules. They can be relations of asymmetric reciprocity but also relations of symmetric reciprocity. The kind of responsibility is normally also determined by norms or institutional rules.

For example, marriage. In ancient times, marriage was an institution of asymmetric reciprocity, by now it became at least in democratic cultures and at least in principle, a contract based on a relation of symmetric reciprocity. The text of a marriage ceremony prescribes for both parties the acts of caring for one another, as solidarity to each other irrespective of life's other circumstances, as conjugal fidelity. Whoever enters this contract is in duty bound to care for the other in the prescribed way, since both he and she are in charge of one another, and responsible to each other. But most cases of caring for in the sense of being in charge are cases of asymmetric reciprocity. First of all, parents are in care if their children. It is an unwritten law, yet so natural, that there is no mention of it in the Ten Commandments. One never asks the question why a mother brought up her child, for it is self evident, one can only ask the question why she did not do it, for this is unnatural, and must have had some special reasons.

In most cases care is regulated. The captain of a ship has to take care of the passengers; he is in charge of the passengers, as prescribed in the maritime code. In case of danger, he has to take care of the safety of the passengers first, and be the last who lives the ship. He has also to care for the passengers in case of an epidemic. But,

surely, he is not responsible of a passenger's decision to commit a crime or commit suicide on his boat. A doctor takes the traditional oath and is in duty bound to heed to its principle, but he takes care first and foremost of the sick in his charge. So is a nurse. Whether their responsibility for others is broader than this, and how far it reaches, cannot be decided in general, because it depends on the context. The passengers of a plane are not in the care of a doctor, who is just a fellow passenger, yet in a case of emergency it is at least a moral duty for the doctor to take charge.

There is, however, one general concept of care applied only on relations of asymmetric reciprocity, for which no general norm and rule applies, for it is not institutionalized, God tells the first man, Adam, that He hands over nature, especially the animal world on his care. Some modern philosophers, for example, Levinas, suggest to broaden, or even generalize the use of the concept of care. Some of them recommend that by having been thrown by accident into a world, we are wittingly unwittingly in care of the whole world, especially for all human creatures, but broadly speaking for all creatures, for life in general.

But how can we be in care of the whole world? How can one care for the world at all? Dostoevsky once said, that everyone is responsible for everyone else, but if everyone knew that there would be paradise on Earth at once. This is a hyperbolic scenario. To care for the world does not imply that one is aware of being responsible for everyone else.

What does it imply then? The combination of the two above described meanings or uses of the verb "to care". To care means to love, not in the meaning of being infatuated. The love of the world (to use Arendt's expression) cannot be D love, because although we are dependent on the world, where we are thrown, for we are beings-in-the-world, we do not always love the world where we have been thrown. If we care for the world in the meaning of loving the world our love can only be B love, the love of being itself, the love our own existence included. It means the appreciation of the greatest present one can only get and give: the present of life.

And how can one care for the world in a non hyperbolic sense? In caring for the life of others, not just for their sheer life, but also for their good life. And to care, as one is able to do, and in the way one 'can, for the betterment of life of others, for the good life of humans, and the sheer life of other creatures. Yet this responsibility is not an obligation, no rules or norms apply to them they are not institutionalized. They are the gestures of love of the world, they are done out of love for life of humans, and of ourselves. It is the royal way to take care of oneself.

**Cuidado, integralidade e direito à saúde: a tríade ético-política
do agir responsável no espaço público da saúde**

O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade

JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES¹

O bem humano é algo que encontramos na práxis humana e é indefinível sem a situação concreta na qual se prefere uma coisa a outra... Deve ser reelaborado até a concretude da situação.

Como ideia geral, essa ideia de vida justa é vazia. Aí reside o fato decisivo de que o saber da razão prática não pretenda possuir superioridade sobre o ignorante. Dá-se aqui em todos e cada um a pretensão de saber o que é justo para a totalidade. E isto significa para a convivência social das pessoas o ter que convencer os outros, mas não no sentido de que a política e a conformação da vida social sejam uma mera comunidade de diálogo, de sorte que nos vejamos destinados ao livre diálogo, à margem de toda pressão de poder, como o verdadeiro recurso terapêutico. A política exige da razão que reconduza os interesses à formação da vontade e todas as manifestações de vontade social e política dependem das crenças comuns baseadas na retórica.²

GADAMER (1992, p. 264-5)

Cuidado, integralidade e humanização das práticas de saúde

A proposição do conceito de Cuidado emerge no contexto mais tardio da reforma sanitária brasileira como movimento reconstrutivo instruído por um duplo interesse: de um lado, a demanda por uma

¹ Médico sanitarista, Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

² Tradução livre da versão espanhola.

atenção integral à saúde e, de outro, a necessidade de humanização das práticas que devem responder a tal demanda. Embora muitas vezes tratadas de modo independente, essas duas ordens de motivações, simultaneamente práticas (éticas, morais e políticas) e instrumentais (cognitivas, técnicas, administrativas), acabam por se confundir nas soluções que apontam. Em última instância, o Cuidado promete tornar “integral” e “humanizada” a atenção à saúde por movimentos avizinados de fazer aparecer sujeitos onde antes havia apenas objetos (doenças, órgãos afetados, funções alteradas, ações limitadas); de promover diálogo onde antes só havia monólogos dirigidos (pelo profissional) e prescrições (do profissional); de integrar em totalidades de sentido o que estava disperso em fragmentos objetivos (AYRES, 2009).

A compreensão desta confluência é relativamente fácil, quase intuitiva. Não se pode promover integralidade sem humanização, uma vez que a identificação do leque de ações de atenção à saúde e a definição da adequada oportunidade e forma de oferecê-las, norte da integralidade, depende da ativa participação dos destinatários das ações, na plenitude de suas prerrogativas como ser humano e cidadão. Por sua vez, não é possível humanizar as práticas de saúde se não se parte do pressuposto de que a resposta às diferentes necessidades de saúde é o fundamento de qualquer proposta de inclusão emancipatória dos sujeitos nas políticas e ações de saúde.

Curiosamente, porém, os debates em torno da integralidade e da humanização parecem distanciar-se quando se trata do plano a que se aplicam suas proposições: a integralidade tendendo a um olhar sobre a organização da atenção à saúde e a humanização tendendo a privilegiar as interações interpessoais. Na lacuna que se abre entre esses dois planos, as elaborações conceituais acerca do Cuidado tendem a gravitar em torno às interações interpessoais.

Há, evidentemente, um prejuízo aí. O Cuidado, tal como vem sendo desenvolvido, é um conceito de caráter eminentemente prático, isto é, relativo às dimensões existenciais, éticas, políticas da experiência da saúde, e que, nesta condição, visa à confluência entre o individual e o coletivo na saúde; estabelece uma potencial vinculação entre a construção de um sistema de atenção à saúde virtuoso e a formação da vontade de seus sujeitos (seres singularmente sociais e socialmente singulares).

À medida, porém, em que se detém nos interesses imediatamente envolvidos no encontro profissional-usuário, negligenciando os processos socioculturais mais amplos que o atravessam, abstenendo-se de compreender e transformar as relações dialéticas entre os interesses particulares e a formação das vontades que disputam no espaço público a organização política e institucional da atenção à saúde, o conceito de Cuidado torna-se mais frágil em suas vocações práticas.

Não que o encontro usuário-profissional seja pouco relevante. Ao contrário, este é um momento privilegiado de experiência da atenção à saúde com uma enorme potência para a identificação concreta dos valores que podem efetivamente nos mover rumo à Vida Boa, seja nos horizontes pessoais mais gerais, seja no que se refere especificamente às práticas de saúde. Ocorre que, restringindo-se a este momento, a capacidade de distanciamento crítico e reconstrução prática possibilitada por esse constructo ficará presa aos interesses individuais, limitada sempre pelas vontades políticas deixadas intocadas.

Mereceriam exame mais cuidadoso as razões da relativa opacidade da dimensão propriamente pública da saúde quando se trata de aplicar a planos de maior concretude o conceito de Cuidado. Investigações de caráter arqueológico talvez pudessem jogar alguma luz sobre o assunto. Seja na linguagem comum, seja nos discursos de influentes tradições filosóficas da modernidade ocidental, o termo “cuidado” parece vinculado a interpretações solipsistas e individualistas. E na língua portuguesa, “cuidar” está etimologicamente ligado ao verbo cogitar, ação individual. Em diversas outras acepções remete a um misto de atitude e ação que vigia atentamente a ação ou para a ação (HOUAISS; VILLAR, 2001).

Na perspectiva da revolucionária ontologia fundamental de Heidegger (1995), por exemplo, é bastante evidente a irresistível atração exercida pela alegoria de Hígino para uma leitura individualizante do ato de cuidar. Incluído na obra como expressão cultural da atitude e da ação do homem frente à consciência de sua finitude, reação tida por Heidegger como acesso privilegiado à compreensão da existência, o Cuidado da alegoria é tomado como personagem que, em uma leitura mais ingênua, surge como um criador solitário, autor de um projeto por ele e para ele concebido, até mesmo contra as resistências de seus

poderosos “colaboradores” (Júpiter e Terra). A força dessa imagem talvez explique por que, malgrado todo o esforço argumentativo de Heidegger para superar o paradigma da consciência na tradição filosófica ocidental, Ser e Tempo ainda tenha sido interpretada por muitos como uma espécie de existencialismo subjetivista ou mesmo como uma reconstrução do velho sujeito transcendental kantiano.

Foucault (2004), por sua vez, ao resgatar a genealogia do arquetípico conceito de “cuidado de si”, na Antiguidade Greco-Romana, deixa claro que, como prática social, ele designa uma prerrogativa e responsabilidade que recaem sobre o indivíduo. É uma tecnologia do Eu, não obstante o profundo sentido ético, por isso socialmente vinculante, a que devia responder essa ascese racional do *cura sui*, que fazia do indivíduo “conhecedor” um sujeito de veridicção, alguém que se orienta pela verdade e conduz os outros a ela.

No campo específico da saúde, de outro lado, a centralidade científico-tecnológica da medicina e sua relação com a consubstancialidade social e técnica da divisão do trabalho em saúde, fizeram da busca das legalidades das ciências biomédicas a base universal dos diagnósticos e tratamentos das doenças, campo de competência dos médicos, delegando-se à enfermagem o manejo particular desses procedimentos em cada caso individual. A esse manejo técnico, não por acidente, vem se associar de maneira crescente ao longo do tempo a denominação de cuidado. Contraditoriamente, é da área de enfermagem que surge, da experiência do cuidado como manejo técnico, relevantes proposições de Cuidado como categoria teórica reconstrutiva – ainda que, na sua maior parte, mantendo o acento no plano das interações interpessoais (ANÉAS, 2010).

Embora o rastreamento dos usos da palavra “cuidado” se mostre um caminho promissor, não será necessário percorrê-lo aqui em profundidade para encontrar linhas de fuga que nos permitam avançar na direção de uma abordagem do Cuidado não restrita ao plano das interações interpessoais, mas lançado simultaneamente no campo político da organização das ações de saúde. A chave para isso parece residir no convite que nos faz a filosofia prática gadameriana, sintetizada no trecho tomado como epígrafe deste capítulo.

Para outra retórica do cuidado

Principal formulador da hermenêutica contemporânea, Gadamer não cessou de defender, já desde sua obra seminal *Verdade e Método* (1996), que a hermenêutica filosófica era a herdeira contemporânea da filosofia prática de raízes aristotélicas. Tal como aquela, a hermenêutica filosófica orienta-se por uma pretensão de universalidade que não é a mesma das ciências, no sentido de busca das regularidades e legalidades dos fenômenos, nem a das técnicas, que buscam as melhores formas de produzir os artefatos mais úteis para vida humana. A hermenêutica debruça-se sobre o mundo da práxis, ou prática. Sua busca de verdade é menos da ordem da certeza e da utilidade do que da virtude e da correção, da busca da Vida Boa e do bem viver, isto é, das verdades continuamente redescobertas e reconstruídas na e pela experiência humana do estar vivendo.

A compreensão dos fenômenos humanos, para além de toda implicação epistemológica que possa ter para as chamadas ciências humanas e sociais, será sempre, portanto, um autoentendimento e um entender-se com os outros sobre assuntos que dizem respeito a todos como seres humanos. Por isso a linguagem, realizadora de todo processo de compreensão, de entendimento mútuo sobre algo no mundo, é, na perspectiva gadameriana, sempre *diálogo*, linguagem em ato. É por esta razão que Gadamer rejeita, por um lado, qualquer ideia de Bem independente do sucesso da construção dialógica que a sustenta e instrui efetivamente boas escolhas práticas, legitimando-as socialmente como valor. Por outro lado, recusa qualquer ideia de diálogo apoiada em condições formais, que assegurem *a priori* suas pretensões e condições de compreensão mútua e acordo. Nem imanentismo, nem voluntarismo: a virtude é uma experiência; nem fundacionalismo, nem relativismo: a razão é linguagem em ato, buscando fundir horizontes e ampliar a capacidade de percepção e governo dos nossos pertencimentos mútuos e nossas livres vontades. A virtude não é descoberta nem invenção. Ela é vontade organizada na e para a experiência prática bem-sucedida.

Vê-se, assim, o porquê da relevância que Gadamer dá à retórica. Na tradição que liga a hermenêutica filosófica à filosofia prática aristotélica (herdada da compreensão platônica, oposta à retórica dos sofistas),

ela não se limita a uma técnica ou arte da persuasão *per se*, como se costuma tomá-la. Ela diz respeito à potencialização de uma capacidade humana, que se mostrou especialmente relevante no contexto da *polis* grega, de fazer confluír os interesses individuais à ideia de um bem comum pela força da argumentação, força esta que não é outra coisa que expressão da sua verdade como saber prático: “... a retórica era, como arte do λογος,³ o instrumento que habilitava o homem a exprimir e veicular os resultados das confluências do intelecto especulativo e prático, tornando-os acessíveis a todos para uma convivência melhor e mais responsável na πολις.⁴ Não uma mera técnica de elaboração de discursos, mas a essência do processo pelo qual o homem tenta interpretar e tornar significativo, para si e para os outros, o mundo real” (ALEXANDRE JR., 2005, p. 27). Historicamente desvalorizada nos contextos políticos oligárquicos, aristocráticos ou monárquicos, ou da sociedade tecnicamente administrada da modernidade, a retórica, na condição de esforço dialógico compromissado com a formação da vontade política racionalmente instruída, volta a despertar interesse prático e renovação conceitual em todos os momentos em que se trata de dirigir a atenção para o espaço público da vida – como aconteceu no humanismo renascentista ou nos atuais movimentos de resistência à colonização do mundo da vida pela lógica sistêmica e instrumental, no dizer de Habermas (1987).

No campo particular das práticas de saúde, é notório o papel que o espaço público político desempenhou na definição dos valores pelos quais se deveriam orientar as ciências e as técnicas da saúde na conformação das nações modernas (AYRES, 2002). A Medicina Social, a Higiene Pública e a Higiene Social são expressões dessa vontade publicamente construída, que revolucionou, entre os séculos XVIII e XIX, os horizontes normativos para os discursos científicos e técnicos da saúde. Na mesma direção e no sentido inverso, os saberes tecnocientíficos, à medida que mergulhamos na “vida administrada”, foram retornando ao mundo prático com poder normativo, pressionando a conformação dos

³ Logos.

⁴ Polis.

interesses de todo e cada cidadão. Passamos a conformar nossa vontade de saúde epidemiologicamente, microbiologicamente, geneticamente, etc.

Ora, o modo como nos interpela o excerto em epígrafe é justamente o da necessidade de buscarmos hoje uma retórica que nos permita compreender (leia-se dialogar, entendermo-nos sobre) como o discurso do Cuidado pode expandir as ressonâncias éticas e políticas da integralidade e da humanização, exercida com crescente impacto sobre a dimensão interpessoal das ações de saúde, conduzindo-a com o mesmo sucesso para o plano macroestrutural da organização institucional das práticas. Qual retórica seria capaz de fazê-lo hoje, no contexto sócio-sanitário do Brasil e do SUS?

Cuidado Público

“Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.” (AYRES, 2004, p. 13) Assim concluíamos, há sete anos, um artigo sobre o tema do Cuidado. Tantos anos depois, essa afirmação ainda soa, como no momento em que foi escrita, como uma espécie de queixa – ou de conclamação, a depender do estado de espírito do leitor. E não se trata de reclamar da ausência de preocupação a respeito do tema. Não há dúvida de que, desde então, e mesmo antes, uma expressiva produção intelectual e diversificadas experiências práticas vêm se detendo sobre as dimensões estruturais da integralidade e da humanização, especialmente da primeira. A volumosa produção veiculada pelo LAPPIS na última década é exemplo disso, inclusive com a publicação de alguns volumes primordialmente interessados nessa dimensão pública da integralidade, reunindo uma ampla gama de pesquisadores e profissionais de saúde de diversas partes do país, com relevantes contribuições teóricas e práticas ao tema (PINHEIRO; MATTOS, 2007; PINHEIRO; SILVA JR., 2010; PINHEIRO; MARTINS, 2011). O que inquieta é observar a dificuldade de se manter o discurso do Cuidado no mesmo bem-sucedido registro retórico quando a reflexão se desloca na direção do espaço propriamente público da saúde.

Talvez isso se deva à dificuldade de se problematizar, desde uma perspectiva pública, o que se ganha e o que se perde quando nos

aproximamos ou nos afastamos do Cuidado. A retórica aristotélica distingue três gêneros de discurso retórico (deliberativo, judicial e epidíctico), sendo o discurso deliberativo aquele que se refere à construção da vontade política, aquele que precisa demonstrar, pela força de seus argumentos, o que é bom e conveniente, aquilo em que devemos ou não apostar como escolha rumo à incerta felicidade (ARISTÓTELES, 2005). Para deliberar baseado em razões, diz-nos, o público precisa conhecer pelos opostos. Como na dialética, não há a demonstração apodíctica de nenhuma verdade, chega-se à boa deliberação não por relações lógicas necessárias, mas pelo exame de posições diversas e contrárias e suas possíveis implicações futuras. Uma hipótese, então, é que talvez não estejamos conseguindo produzir em modo e grau suficiente uma discursividade do Cuidado Público capaz de instruir uma tomada de posição, de formar uma vontade política, por não estarmos conseguindo deixar claro para os usuários do SUS e para a sociedade de modo geral o que estamos deliberando. Sabemos um pouco, talvez suficientemente, o que é e que implicações tem uma relação profissional-usuário orientada como Cuidado ou a sua ausência, assim como sabemos reconhecê-la e reivindicá-la (embora algumas vezes sua interpretação seja limitada a aspectos como gentileza e educação, uma espécie de “etiqueta profissional”). Mas o que significa ganhar ou perder, em termos de integralidade e de humanização, como política pública? O que é conveniente, no que se refere à organização institucional das ações de saúde, na construção da integralidade e da humanização?

Talvez entre nós, profissionais da saúde coletiva, gestores, cientistas sociais, cientistas políticos, enfim, para uma comunidade relativamente pequena que vem se ocupando da construção da reforma sanitária em nosso país, a retórica do Cuidado seja muito familiar, ainda que nem sempre utilizando a mesma terminologia e nem necessariamente compartilhando dos mesmos valores e vontades políticas. Mas enquanto essa retórica ficar restrita a esse grupo, enquanto não atingir a opinião pública de modo mais amplo, não teremos condições de reconhecer e construir as virtudes efetivamente Cuidadoras pelas quais orientar normativamente o Cuidado Público.

A esta “escassez” de discursos e, conseqüentemente, de debate racional e inclusivo, já nos referimos anteriormente como um

déficit conceitual de uma filosofia prática do Cuidado em saúde (AYRES, 2010). Nesse mesmo texto, apontávamos a “Teoria da Luta por Reconhecimento”, de Axel Honneth (2003), como um caminho promissor para relacionarmos o Cuidado, como experiência interpessoal, aos processos sociais mais amplos que possibilitam ou obstaculizam o ideal de diálogo emancipador que o caracteriza enquanto tal. Naquele texto, contudo, permanecemos ainda restritos ao plano da interpessoalidade – em parte pelo tema central do capítulo (o ensino da integralidade), mas também pela imaturidade e timidez resultante de uma primeira aproximação ao quadro teórico de Honneth. O grau de maturidade em relação ao quadro não se modificou substantivamente de lá para cá, mas a necessidade de fazer avançar conceitualmente o quadro teórico do Cuidado nos estimula a enfrentar a timidez e propor, a partir de um caminho lá sugerido, um diálogo da questão do reconhecimento com um conceito, entendido desde suas primeiras formulações (AYRES, 1996) como o antípoda do conceito de Cuidado: o conceito de vulnerabilidade.

Vulnerabilidade como desrespeito e cuidado público como reconhecimento

É interessante notar que, neste primeiro recurso teórico ao Cuidado, não nos dirigíamos especificamente às relações interpessoais, mas ao processo de avaliação de um conjunto de ações de redução de vulnerabilidade e seus efeitos sobre um coletivo: “A avaliação é como o Cuidado da alegoria,⁵ é a curadora do trabalho, sem ser o trabalho em si mesmo. Os desafios e possibilidades inscritos em nosso

⁵ Referência à alegoria de Higino, utilizada por Heidegger como exemplo de interpretação pré-ontológica do sentido existencial da Cura, ou Cuidado: “Certa vez, atravessando um rio “Cura” viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. “Cura” pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como “Cura” quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (*tellus*) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deve receber o corpo. Como porém foi a “Cura” quem primeiro o formou, ele deve pertencer à “Cura” enquanto viver...” (HEIDEGGER, 1995, p. 263-4).

dia a dia são o “*húmus*”, que transformamos com o poder criador de mãos e mentes. O sopro vital que anima nossa criação não nos pertence, são vidas, valores, experiências, vontades do Outro, entes admiráveis em sua singularidade e movimento. Enquanto perdura no tempo, enquanto permanece, o trabalho une e dá sentido a esse misto de contingências e liberdade. A avaliação só tem sentido se ela é esse Cuidado, que amalgama a matéria e o espírito do (e no) encontro celebrado no diálogo educativo; se permanece atenta à efetiva existência desse trabalho como experiência viva; se o assiste com atenção e generosidade, sensível ao curso do tempo e aberta ao imponderável do futuro” (AYRES, 1996, p. 40).

Naquele estudo, ficava claro que, se propúnhamos enriquecer a abordagem dos determinantes da epidemia de HIV/Aids para além dos aspectos biomédicos e comportamentais, ressaltando sua consubstancialidade aos pertencimentos sociais, culturais, políticos, econômicos, etc., das pessoas atingidas e expostas, era necessário transformar também a natureza das respostas que deveríamos oferecer nas políticas, serviços e ações de prevenção e tratamento. A noção de Cuidado, ao apontar para uma relação terapêutica interessada no sentido prático (ético, moral, político) da saúde, para além do sentido instrumental da abordagem biomédica tradicional, mostrou ser um fecundo caminho para tal transformação. Sofrendo a pressão das tradições mais individualistas das retóricas do Cuidado, essa solução mostrou limitações para instruir mais fortemente a construção de respostas sociais necessárias para transformar situações de vulnerabilidade, como apontado acima. Pode ser, então, o momento de retomar essa mesma direção, mas em seu sentido inverso. Se o Cuidado mostrou ser a referência positiva de uma forma de amalgamar êxito técnico a sucesso prático nas ações de saúde, concorrendo para a construção dos projetos de felicidade das pessoas,⁶ é hora de

⁶ *Projeto de felicidade*: modo como atribuímos sentido às nossas vidas e aos processos de adocimento que experimentamos, tendo por referência aquilo que nos faz sentir bem e que julgamos bom e/ou correto; *sucesso prático*: identificação satisfatória das necessidades de saúde das pessoas e construção de respostas adequadas aos projetos de felicidade; *êxito técnico*: aplicação dos melhores meios possíveis (científicos e técnicos) para intervir sobre os processos de saúde segundo as exigências de sucesso prático de cada situação (Cf. AYRES, 2004).

voltar ao conceito de vulnerabilidade como expressão da negação desses projetos de felicidade. Voltando a este antípoda, agora mais conscientes das exigências teóricas da racionalidade prática, a que nos conduziu a discussão do Cuidado, talvez seja possível contribuir mais positivamente para uma retórica do Cuidado Público.

Da vulnerabilidade ao Cuidado caminhamos de um “déficit” – de saúde, de cidadania, de inclusão, etc. – para a sua superação – o resgate dos interesses das pessoas como sujeitos plenos. Temos uma opinião pública relativamente bem formada pelas retóricas tradicionais do Cuidado acerca do que é o resgate da subjetividade plena no plano da interpersoalidade profissional-usuário. Quanto a esta dimensão, as aproximações hermenêuticas contemporâneas têm trazido importantes subsídios, ao se ocuparem sistematicamente da construção do acordo intersubjetivo, do acontecer da compreensão, do diálogo, da fusão de horizontes. Mas, quando se trata de retornar à vulnerabilidade, poderão tais contribuições instruir suficientemente o conhecimento das condições que, ao contrário, negam esta subjetividade plena?

Axel Honneth, dialogando em particular com a Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas, faz o mesmo tipo de indagação. Sua teoria sobre a “Luta por Reconhecimento” (HONNETH, 2003) é resultado dessa indagação. Com base nela, e retomando uma proposição político-filosófica de Hegel, identifica três esferas em que se constrói socialmente a subjetividade. Entendida na mesma perspectiva relacional assumida pelas hermenêuticas contemporâneas, Honneth destaca que a construção da subjetividade é imediatamente relacional. É na medida em que vai participando das diferentes esferas de sociabilidade que se atualiza sua presença como sujeito, desde o plano da esfera privada das relações familiares até o plano da esfera pública política.

Partindo da importância emancipatória que Habermas conferira à constituição da esfera pública moderna (1984) e ao agir comunicativo (1987) como terapêutica para suas “patologias” (neste caso, fundamentalmente a colonização do mundo da vida pelo mundo dos sistemas, ou a vida administrada), Honneth distancia-se criticamente de Habermas em três aspectos básicos:

[...] crítica, inicialmente, de um mundo da vida sem relações de poder; a introdução, por conseguinte, de um modelo de luta social

na teoria da esfera pública; e, por fim, a crítica do modo de análise das ameaças que pesam sobre a esfera pública contemporânea.[...] Em um processo de deliberação, os atores sociais não levantam somente de maneira discursiva pretensões de validade, mas formulam expectativas de reconhecimento. O participante espera não apenas que seus enunciados encontrem lugar no processo de argumentação, mas também que toda sua pessoa seja considerada de maneira positiva. Em outros termos, o acesso a uma dinâmica pública de argumentação supõe, além do domínio das regras de interação e das competências comunicativas concomitantes, uma relação positiva do sujeito consigo mesmo e com o outro, sem a qual as bases elementares para garantir a plena participação na esfera pública não são asseguradas. A relação consigo mesmo é uma construção social que toma forma nas relações do sujeito com o outro: é na ação do outro em relação a si mesmo que o sujeito toma consciência de seu próprio valor e faz a experiência do reconhecimento – mas se confronta também potencialmente com sua própria vulnerabilidade e com a experiência da negação do reconhecimento e do desrespeito social. (VOIROL, 2008, p. 45).

Já resumimos em outro trabalho os traços principais da Teoria da Luta por Reconhecimento. Conforme apontamos:

Honneth, apoiando-se reconstrutivamente em autores como o próprio Hegel, Mead, Winnicott, Weber, Marx, Sorel, Sartre, entre outros, delimita três planos em que se dá a construção do reconhecimento mútuo. Em um primeiro plano, situa a *experiência do amor*. Este é o plano em que, a partir de um núcleo singular e insondável da individualidade (o Eu), constroem-se dinamicamente delimitações e “deslimitações” da identidade pessoal (o Si mesmo) por meio das trocas afetivas com aqueles que se responsabilizam por seu cuidado. Honneth assume, com Winnicott, que é a partir dessa relação com a mãe (ou quem ocupe esse papel), do modo como ela sinaliza sua presença no mundo (com base na presença dela própria), que os processos de delimitação da identidade do Si (e a do outro) vão se plasmando. Mas este movimento de delimitação é indissociável de um movimento no sentido oposto, em que o Eu busca deslimitar-se, na busca incessante de responder aos modos como este passa a ser afetado desde o mundo externo de formas cada vez mais ricas ao longo de seu amadurecimento físico, psíquico e social. É primariamente a figura materna, mas progressivamente também os

demais sujeitos com quem vai estabelecendo contacto afetivo, que, acolhendo seus impulsos deslimitadores, mas conferindo a eles novos limites (a “mãe suficientemente boa”), dá ao indivíduo a segurança e auto-confiança de que necessita para sua individuação/socialização.

Em continuidade a esse processo, Honneth enxerga no plano dos *direitos* a experiência de delimitação/deslimitação de pessoas autônomas, para as quais as interações eu-outro encontram-se já plenamente mediadas por processos racionais comunicativamente operantes. Seus impulsos transformadores relacionam-se não com o núcleo familiar das (quase)incondicionais relações afetivas, mas com a *polis*, regulada pela co-presença de outros cidadãos. A regulação social, como delimitação, é internalizada e já dialoga autonomamente com os interesses deslimitadores. Por fim, e já sob pleno desenvolvimento pessoal, o afetivo pode transitar livremente com a mediação dos processos cognitivos (racionais) de pertencimento, em uma busca de reconhecimento que se dá na experiência da *solidariedade*. Aqui, segundo Honneth, se pode falar de sujeito no sentido pleno do termo, onde os processos de delimitação/deslimitação ultrapassam a própria esfera do direito, sobredeterminando-a como a busca da boa vida social, à qual os direitos devem responder. (AYRES, 2010, p. 132-133).

A vulnerabilização dos sujeitos, entendida assim como decorrência dos processos de (não)reconhecimento, ou desrespeito, constitui um potente indicador de que se está diante de um agravo moral, que tem consequências danosas para aqueles que o sofrem, inclusive em relação à sua auto-estima, ao mesmo tempo em que expõem, ao menos como possibilidade, fragilidades normativas (éticas e políticas) sobre as quais estão assentadas as relações sociais (HONNETH, 2009). Neste sentido, embora continuemos enxergando na ação comunicativa e em uma ética discursiva⁷ o caminho mais virtuoso para construir a Vida Boa (e a Boa Saúde), parece-nos que a “gramática moral” proposta por Honneth introduz elementos práticos de grande interesse. Com efeito, a vinculação que a teoria do reconhecimento busca estabelecer entre o indivíduo e a coletividade, entre o emocional e o

⁷ Entendida como a busca do Bom e do Conveniente, conforme processos contínua e contrafaticamente construídos de um livre e público exame racional de pretensões de validade normativa (Cf. OLIVEIRA; AYRES; ZOBOLI, 2011).

racional, entre a interação dialógica e as relações de poder, faz com que a ideia reguladora de um livre e público exame alcance níveis de maior concretude. Mantém-se a preocupação habermasiana de uma resistência à barbárie de natureza dialógica, buscando na radicalidade democrática a recusa a todo tipo de solução fundamentalista. Modifica-se, contudo, o diagnóstico histórico em relação à patologia social que obstaculiza esse processo emancipatório; “Não são mais as tensões entre sistema e mundo da vida que devem ser colocadas no centro, mas as causas sociais responsáveis pela violação sistemática das condições de reconhecimento” (HONNETH apud VOIROL, 2008, p. 51).

Nos termos desta gramática, talvez possamos redefinir vulnerabilidade em saúde como violação sistemática das condições de reconhecimento dos sujeitos relacionadas a experiências indesejáveis de saúde e doença. Correlativamente, Cuidado Público configura-se como conjunto de políticas, serviços e ações que busquem identificar situações de desrespeito aos sujeitos e prover os meios de superá-las.

Cuidado Público e a construção política da integralidade

Na conclusão deste breve ensaio, muitas questões se abrem como desafios práticos e teóricos. Um novo capítulo seria necessário para percorrê-las todas. A amplitude das questões conceituais que percorremos, que abrange áreas como práticas de saúde, hermenêutica, ética e filosofia política, deixam certamente muitas lacunas, imprecisões, inconsistências. Além disso, a complexidade da tarefa prática a que remete a discussão confere a todo intento de tratamento conceitual um certo tom de ingenuidade, inevitável, ainda mais no âmbito de um trabalho individual e de tão limitadas dimensões.

Uma questão, porém, precisa ser destacada, por ser a questão fundamental do ensaio: até que ponto uma noção de Cuidado Público, traduzido nos termos de uma teoria do reconhecimento, é capaz de somar-se à construção de uma retórica politicamente potente em prol da integralidade, em particular no que diz respeito aos seus aspectos macroestruturais?

Vimos que não são fáceis os caminhos a serem percorridos. Do *ethos* linguístico, que tende a restringir o Cuidado a uma espécie de etiqueta profissional, ao fenômeno político mais amplo de enfraquecimento das

instâncias de construção pública da vontade política, nem o discurso do Cuidado, nem mesmo o discurso da integralidade propriamente dito, parecem ter a força retórica suficiente para fazer confluir interesses em uma ação política mais organizada. A ideia de reconhecimento e sua negação, o desrespeito, parecem trazer um novo alento a este cenário, ainda que com dificuldades.

Reconhecimento implica aspectos racionais, normativos, de difícil apelo nesta era de esgarçamento do tecido social, de pulverização do espaço público político, é verdade. Mas, por outro lado, remete imediatamente a uma experiência vivida e muito potente, a *estima*, o que nos coloca em direto contato com algo que move concretamente as pessoas, favorecendo a condução do debate sobre o bom e o justo às esferas concretas onde fazem sentido, conforme nos alertou a citação de Gadamer, ao início. Essa teoria também tem o mérito, como já apontado, de buscar superar o isolamento entre os aspectos racionais e não racionais das interações intersubjetivas;⁸ nem independência, nem subordinação, o que se procura é a inexorabilidade das mútuas implicações entre os afetos, as relações de poder e as respostas racionais que buscamos para viver em sociedade.

Ocorre que a teoria de Honneth aponta para esferas de reconhecimento, desrespeito e estima bastante diversas (família, sociedade civil, Estado), sendo um trabalho conceitual no qual é bastante difícil reconhecer mediações entre elas. Talvez tenhamos que pensá-las de modo relativamente autônomo mesmo, especialmente quando se trata de pensar essas categorias nas suas relações com as práticas de saúde. Aliás, a conceituação de integralidade da atenção à saúde é similar, aplicando-se a diferentes esferas e aspectos da atenção à saúde (MATOS, 2009). Em nossa própria experiência, identificamos quatro campos retóricos da integralidade:

A) *Eixo das necessidades*: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à

⁸ Direção que, por outras vias, seguem também os trabalhos de Marcel Mauss e seu recente aproveitamento no campo da saúde (Cf. RICOEUR, 2006; MARTINS, 2011).

prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas.

- B) *Eixo das finalidades*: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.
- C) *Eixo das articulações*: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A.
- D) *Eixo das interações*: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas. (AYRES, 2009, p. 14).

Mas talvez não seja proveitoso procurar essas mediações. Talvez tenhamos que explorar as duas gramáticas, a do reconhecimento e a da integralidade, em cada um desses diferentes campos e níveis de aplicação. Talvez descubramos que a integralidade se expressa mesmo por diversas retóricas e que pode estar nessa diversidade a sua força política.

Referências

- ALEXANDRE JÚNIOR, M. Introdução. In: ARISTÓTELES. *Retórica*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2005. p. 13-84.
- ANÉAS, T.V. *Significados e sentidos das práticas de saúde: a Ontologia Fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde*. São Paulo, 2010 Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2010.

ARISTÓTELES. *Retórica*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2005. Livro I. p. 87-155.

AYRES, J.R.C.M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. 282 p.

_____. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/Aids e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: TOZZI, Devanil. et al. (Orgs.) *Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. (Série Ideias, 29) p. 25-41.

_____. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. v.13, n.3, p. 16-29, 2004.

AYRES, José Ricardo de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

_____. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec, 2002. 231 p.

_____. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (Orgs.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 123-136.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 680 p.

GADAMER, H.G. Réplica a Hermenêutica y crítica de la ideología. In: _____. *Verdad y método II*. Salamanca: Sígueme, 1992. p. 243-265.

_____. *Verdad y método I: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme, 1996. 697 p.

HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 397 p.

_____. *Teoría de la acción comunicativa I: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus, 1987, 517 p.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995. 325 p.

HONNETH, A. Entre Aristóteles y Kant. Esboço de una moral del reconocimiento. In: _____. *Crítica del agravio moral: patologías de la sociedad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2009. p. 307-332.

_____. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003. 291 p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 885.

MARTINS, P.H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 39-50.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 43-68.

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M.; Zoboli, E.L.C.P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v.15, n.37, p. 363-375, 2011.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 312 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 401 p.

PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. 447 p.

RICOEUR, P. *Percurso do reconhecimento*. São Paulo: Loyola, 2006.

VOIROL, O. A esfera pública e as lutas por reconhecimento: de Habermas a Honneth. *Cadernos de Filosofia Alemã*. n. 11, p. 33-56, Jan-Jun 2008.

Da Filosofia moral ao *Amor ao Mundo*: contribuições arendtinas por uma ética do cuidado em saúde

BRUNO PEREIRA STELET¹

ROSENI PINHEIRO²

Como indagação universal que atravessa a história do Ocidente, a temática da ética reflete em nosso tempo expectativas, crenças e anseios dos sujeitos em seus diversos territórios sociais. A busca por compreender os valores morais e seus significados nos diferentes contextos históricos pressupõe perceber polêmicas de opiniões, reações religiosas, ideologias políticas e estados de espírito – menos ou mais racionalizados. Do ponto de vista moral, diz-se geralmente que o sujeito se afirma disposto para o bem, para o correto. No entanto, tendem a ser amenizadas ou esquecidas, na conveniência da memória, pequenas deslealdades a esse bem referido – pequenezas cotidianas, aflições humanas ou leves corrupções de caráter.

Partimos de elementos da história do pensamento ocidental para refletir sobre a filosofia moral; ou, melhor, buscamos, nesse texto, pensar de que formas a sociedade ocidental vem instituindo valores concernentes ao bem e ao mal, ao certo e ao errado, ao permitido e ao proibido. Desse caminho percorrido rente a formulações de alguns filósofos e a pensamentos em determinados contextos históricos, discutiremos a virtude pretendida, praticada e ensinada nas instituições de saúde pelo modelo da racionalidade Biomédica.

¹ Graduado em Medicina pela UERJ; mestrando em Saúde Coletiva no IMS-UERJ.

² Doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta no IMS-UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPq Lappis. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

Isto posto, procuraremos elementos para pensar e propor que valores éticos-políticos são esperados ou desejáveis nas práticas do cuidado pautadas pela integralidade em saúde.

Partimos ainda de aproximações do pensamento de Hannah Arendt frente à discussão do campo da moral. Filósofa e cientista política do século XX, Arendt dedicou a maior parte de seus estudos ao tema das atividades que praticamos no mundo, em especial a *práxis* política, a ação e o espaço público. No entanto, podemos dizer que as perplexidades vivenciadas pela pensadora desde o Holocausto da Alemanha nazista até o polêmico julgamento de Adolf Eichmann no início da década de 1960 determinaram os rumos dos questionamentos da autora no que diz respeito à conduta e à ação humanas e às relações entre política e ética: Como aquilo pôde acontecer numa civilizada sociedade alemã com padrões morais supostamente firmes e estáveis? Como compreender que inimigos e, principalmente, que amigos “viraram-se de costas” aos fatos, tornando-se colaboradores da engenharia da fábrica de cadáveres nos campos de concentração? Como Eichmann, condenado de guerra, e tantos outros, serviram a tal maquinaria como dentes de engrenagem, dizendo-se inocentes e alegando, burocraticamente, “obediência a ordens superiores”?

Este texto consiste, antes de tudo, num desafio de aproximar o pensamento filosófico, alinhado à perspectiva de Hannah Arendt, ao campo da saúde, refletindo sobre o cuidado como valor, no movimento de aparecer em ação. A ação é aqui compreendida como “um componente cultural que traduz uma certa forma de pensamento de uma dada cultura, ou melhor, de uma dada civilização, no nosso caso a ocidental” (PINHEIRO; LUZ, 2003). É, ainda, exercício em que o indivíduo apresenta sua singularidade à pluralidade dos homens no mundo.

Uma vez mencionado o agir imbuído de elementos tanto coletivos quanto individuais, podemos pensar no cuidado em saúde como agir (político) e como valor (ético) na construção de práticas eficazes de integralidade, buscando, ao mesmo tempo, adotar e propor a responsabilidade como *ethos* das práticas de cuidado e como modo de agir (PINHEIRO, 2010).

Marilena Chauí nos ensina que, tomando por base os textos de Platão e Aristóteles, no Ocidente, a filosofia moral – ou ética – inicia-se com Sócrates.

Da filosofia moral: gregos, cristãos e Maquiavel

A virtude socrática

Segundo os relatos de Platão e Aristóteles, Sócrates andava pelas ruas de Atenas perguntando a quaisquer cidadãos quais eram os valores nos quais acreditavam. Quando inquiria: “O que é justiça?” ou “O que é coragem?”, os atenienses respondiam: “São virtudes”. Sócrates continuava com seu método indagando: “O que é a virtude?”, e os atenienses: “É agir e viver conforme o bem”. Sócrates insistia: “O que é o bem?”

A maiêutica socrática consistia justamente na maneira como Sócrates guiava os atenienses pelos caminhos do pensamento, revelando que eles respondiam sem pensar nem refletir sobre o que estavam dizendo — apenas repetiam o que lhes era ensinado desde sempre. Dessa maneira, como que desorganizando o estabelecido, Sócrates embaraçava os cidadãos de Atenas ao questioná-los sobre os sentimentos, as condutas e os costumes previamente modelados, que pareciam existir por si, atemporal e naturalmente, provocando um deslocamento para a busca do significado verdadeiro (ou essência) das virtudes atenienses. Como e por que alguns costumes eram considerados bons e outros ruins? O que eram e o que significavam realmente os costumes ensinados?

Ao questionar sobre a virtude, Sócrates faz duas indagações: por um lado, interroga os valores éticos ou morais da coletividade, os que são passados para as gerações seguintes; por outro, questiona as disposições do caráter individual, das características, vontades, atitudes e condutas pessoais que levam uma pessoa a respeitar ou transgredir os valores da cidade e quais os motivos para fazê-lo. A indagação ética socrática orienta-se ao mesmo tempo à sociedade e ao indivíduo.

Uma das análises acerca do método socrático sobre a faculdade de pensar foi feita por Hannah Arendt em *A vida do espírito*. Arendt analisa a atividade do pensar socrático como um constante exercício

de *ciência de si*, cujo próprio método descreve um fluxo contínuo de perguntas e respostas, dando visibilidade às experiências, a reflexão em excelência (ASSY, 2004).

Para Arendt, a atividade do pensar socrático faz aparecer três elementos. De início, o pensamento socrático traz consigo a capacidade de provocar perplexidade e espanto, deslocando-nos do automatismo da vida cotidiana, fazendo-nos pôr em análise padrões estabelecidos, hábitos tomados como certos, incrustados no dia a dia. Um segundo elemento analisado por Arendt é a consciência de si, ou seja, a capacidade de pensar gerando a possibilidade de reviver experiências que apenas nós testemunhamos e das quais ninguém tem conhecimento. Dessa atribuição podemos *aparecer* para nós mesmos, e numa espécie de reflexão-alteridade, evocamos a pluralidade à tão solitária atividade que é o pensar. Nesse sentido, o pensamento abarca outros pontos de vista dentro de nós mesmos, dissipando qualquer indício de solipsismo. Por último, a faculdade socrática de pensar afirma a primazia do diálogo, da diversidade de pontos de vista e da pluralidade na formação de nossa *doxa* ou opinião, ou seja, da nossa maneira singular de ver o mundo e de produzir nossa existência.

A virtude aristotélica

Para se refletir sobre a concepção de Aristóteles de *virtude* é preciso um nível de análise sobre seu modo de entender a política. Ética e política, para Aristóteles, pertencem ao que ele define como “saber prático”, ou seja, relacionado à ação e à necessidade de tomada de decisão, com base em determinadas regras ou valores, e conforme certo “hábito”. É um saber oposto ao “teórico” ou contemplativo (característico da física, da matemática e da metafísica), no qual o homem somente aprende pelos sentidos e raciocínio, sem intervenção e sem escolha. O saber prático, em oposição, é o conhecimento do que existe em função de nossa ação, dividindo-se em dois tipos identificados por Aristóteles: a *técnica* e a *práxis* (CHAUI, 2002).

Na *técnica*, o agente, a ação e a finalidade estão separados. A técnica diz respeito à fabricação de coisas. Por exemplo, ao fazer uma mesa, o carpinteiro realiza uma ação técnica, pois o carpinteiro, a mesa e o trabalho artesanal não são a mesma coisa.

Na *práxis* aristotélica, a ação, o sujeito que age e a finalidade do agir coincidem. Por exemplo, dizer a verdade é uma virtude do agente, inseparável de sua fala verdadeira e de sua finalidade, que é falar a verdade.

Hannah Arendt recorre ao pensamento de Aristóteles buscando erguer os vários componentes da *vita activa*, a fim de compreender como se deu a relação do “agir” político e do “pensar” contemplativo do filósofo. Arendt, em *A condição humana*, remonta três categorias fundamentais para as atividades humanas: labor, trabalho e ação.

O labor e o trabalho seriam atividades desenvolvidas no âmbito privado. Apesar de, contemporaneamente, labor e trabalho serem sinônimos, a autora constrói significados distintos para essas palavras. O labor está associado ao caráter cíclico da natureza e da vida (crescimento, metabolismo e declínio); é a atividade dedicada à produção de alimento para sobrevivência. Dessa maneira, tem caráter repetitivo, sem um começo ou um fim específicos, já que as exigências fisiológicas são constantes. Arendt corrobora a visão aristotélica que interpreta o labor como sujeitado à necessidade, como forma de privação, porque na *polis* grega uma vida de labor significava, originalmente, que a pessoa permanecia tolhida da vida pública; o labor seria pré-condição para a ação política, porque as necessidades pessoais deveriam ser assumidas antes da possibilidade de se encontrar no espaço dos interesses comuns.

O trabalho, diferentemente do labor, produz estruturas mais permanentes (moradias, móveis, etc.). O espaço criado pela fabricação tem caráter mais durável, diferentemente do labor, cujos produtos são perecíveis. Ao construir um mundo de objetos de maior estabilidade, os seres humanos começam a escapar de algumas exigências cíclicas da natureza, deslocando o foco da vida para além da sobrevivência, abrindo a possibilidade para a política. A atividade do trabalho dá-se na privacidade, visto que os operários-artesãos precisam estar sozinhos com suas ideias para criar; mais tarde, porém, eles vão para o mercado de trocas, um espaço público — mas não um espaço político — para o comércio, onde prevalecem os interesses privados. O trabalho contrasta com a ação política porque esta comporta pessoas agindo juntas em busca de objetivos comuns.

A categoria final e mais importante para Arendt é a ação, ou *práxis* política, implicando os seres humanos em sua capacidade mais livre. Arendt acredita que a condição básica para a política é a categoria “pluralidade”, que todos somos iguais porque pertencemos à mesma espécie, mas somos singularidades diferentes, porque, ao mesmo tempo, somos seres humanos únicos e distintos. Para revelar essa singularidade, os seres humanos utilizam as palavras e os atos e, por esse motivo, Arendt afirma que a ação política é a mais especificamente humana das atividades. “No agir e no falar, as pessoas mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais únicas e, portanto, fazem sua entrada em cena no mundo humano” (ARENDR, 1995). Em contraste com o trabalho, que busca criar coisas tangíveis no mundo, a ação expõe quem uma pessoa é, o que a autora descreve como o começo de alguém, não de algo.

Aristóteles tratava sobre ética e política como causa e efeito da virtude, compreendendo o homem como um “animal político”, que vivia na *polis*. Aprender a ideia aristotélica de ética requer, de qualquer maneira, algum deslocamento do modo usual de se perceber o tema. Para Aristóteles, o objetivo da ética era a felicidade e esta consistia na vida virtuosa e digna (BOTO, 2001).

Na conduta individual, mas, sobretudo na esfera pública do convívio coletivo, Aristóteles firma o hábito como o principal elemento regulador da ação. Como corrobora Vergnières, Aristóteles estabelece o *ethos* como o regulador, o começo e o fim da conduta:

[...] adquire-se tal ou tal disposição ética agindo de tal ou tal maneira. O caráter não é mais o que recebe suas determinações da natureza, da educação, da idade, da condição social; é o produto da série de atos dos quais sou o princípio. Posso ser declarado autor de meu caráter, como o sou dos meus atos. (VERGNIÈRES, 1999.)

Para Aristóteles, a virtude consiste em ação prática passível de aprendizagem; não é, portanto, natural ou inata. Tampouco haveria um aprendizado suficientemente eficaz para garantir uma ação virtuosa. Esta, revelada pela prática da virtude, seria constituída tanto por uma disposição de caráter como pelo exercício de conhecer, julgar, ponderar, discernir, calcular e deliberar. Dessa maneira, a prática de uma ação virtuosa requer escolha, deliberação, discernimento,

justamente por se referir a situações passíveis de variação, portanto, contingentes. O mundo é expresso por princípios variáveis e os objetos que surgem diante do homem exigem a necessidade de cálculo e deliberação (BOTO, 2001).

[...] às vezes, é difícil decidir o que devemos escolher e a que custo, e o que devemos suportar em troca de certo resultado, e ainda é mais difícil firmar-nos na escolha, pois em muitos dilemas deste gênero o mal esperado é penoso [...]. (ARISTÓTELES, *Ética a Nicômacos*, p. 501.)

Segundo Chauí (2002), a importância conferida por Aristóteles à vontade, à deliberação e à escolha o levou a considerar como condição de todas, entre todas as virtudes, a prudência. O prudente é aquele que em todas as situações é capaz de julgar e avaliar qual a atitude e qual a ação que melhor concretizarão a finalidade ética; ou seja: entre as escolhas possíveis, qual a mais adequada para que o agente seja virtuoso e realize o que é bom para si e para os outros.

Hannah Arendt, diferentemente de Aristóteles, defende não apenas uma diferença entre ética e política, mas uma complementaridade entre elas. Apesar de a maior parte de seus estudos relacionar-se à teoria política e não à moral, Arendt demarca que a política é pública e sempre envolve o debate com os outros, ao passo que a moralidade é solitária e implica um exame interior do eu em pensamento, particularmente em torno da questão do tipo de pessoa que alguém escolhe ser (ARENDR, 2004).

A declaração arendtiana de moralidade não está baseada em regras morais universais. O fundamental em relação às questões morais para Arendt seria a capacidade de um sujeito pensar e julgar novos cenários por novos critérios, justamente não aceitando meramente regras universais como convenções. “Será que nossa capacidade de julgar, de distinguir o certo do errado, o belo do feio depende de nossa capacidade de pensar?” (ARENDR, 2009.)

Em *A vida do espírito*, Hannah Arendt desqualifica as tradicionais explicações sobre o que motiva uma ação não virtuosa, ou uma atitude maléfica: não seria por falha de caráter ou desconhecimento de causa, como afirma Aristóteles; nem por possessão demoníaca, segundo o pensamento religioso cristão: Arendt apresenta como

alternativa a possível *ausência de pensamento*. Nessa perspectiva, ela examina a relação entre o pensar e o agir. Sua proposição é que a incapacidade de pensar e refletir oferece um ambiente facilitador do fracasso moral (Andrade, 2010).

A interioridade cristã

De maneira diferente de outras religiões politeístas da Antiguidade, o cristianismo surge como religião dos indivíduos que se identificam por sua fé num único Deus. Nas religiões antigas, as divindades se relacionavam com a comunidade organizada política e socialmente. O Deus cristão dialoga diretamente com o indivíduo crente, tendo como consequência o fato de a concepção ética cristã não mais ser definida por sua relação com a coletividade, com os cidadãos da *polis*, mas pela relação do interior espiritual individual para com Deus.

Desse modo, inferem-se duas primeiras virtudes cristãs: a *fé* e a *caridade*; sendo que a fé põe a alma do indivíduo em união com Deus, e a caridade diz respeito ao amor aos outros. No entanto, as duas virtudes têm princípios ligados à privatividade, pois fazem parte da intimidade e da interioridade do indivíduo. Por meio da fé e da caridade, os crentes em Deus têm esperança na vida eterna e no reino dos céus, desviando a experiência humana da perspectiva do mundo — de um lado, para o interior do ser, e, de outro, para a promessa de uma continuidade da vida no paraíso (CHAUÍ, 2002).

Se para os filósofos gregos a vontade era uma propriedade racional, uma força interior cuja função era controlar e ponderar as paixões e os desejos, tornando o homem um ser moral e virtuoso, no cristianismo a vontade está condenada pelo pecado original. Em decorrência da desobediência do primeiro homem aos mandamentos divinos, nossa vontade se perverteu, dirigindo-se diretamente ao mal e, por isso, precisamos da ajuda divina para nos tornarmos morais. Nesse sentido surge a idéia do *dever*, ou seja, a virtude seria a obrigação de cumprir o que é ordenado pela lei divina que define as virtudes morais (moderação, trabalho, castidade, mansidão, generosidade e modéstia) em oposição aos ditos pecados capitais.

As experiências de liberdade interior são derivativas no sentido de que pressupõem sempre uma retirada do mundo onde a liberdade

foi negada para uma interioridade na qual ninguém tem acesso. [...] a interioridade, como região de absoluta liberdade dentro do próprio eu [...]. (ARENDRT, 2009.)

O robustecimento da interioridade e a supervaloração da experiência interior vêm até os dias atuais progressivamente ocupando a esfera pública e inflando o espaço intersubjetivo com interesses privados, idiosincrasias individuais e satisfações pessoais (ASSY, 2004). Hannah Arendt (2009) nos lembra de que antes de se tornar um atributo do pensamento ou uma faculdade da vontade, a liberdade era entendida, na Grécia Antiga, como o estado do homem livre, que o habilitava para se mover, sair de casa, ir para o mundo e encontrar-se com outras pessoas em palavras e ações. Essa liberdade era precedida da liberação: para ser livre, o homem devia ter-se libertado das necessidades da vida. Além da mera liberação, a liberdade necessitava da companhia de outros homens.

Hannah Arendt expõe argumentos em prol de uma virtude impregnada de liberdade, virtude essa que só se materializa como ação num agir que aparece aos outros, num mundo que é comum aos homens.

[...] nossos padrões comuns de julgamento, tão firmemente enraizados em pressupostos e preconceitos metafísicos – segundo os quais o essencial encontra-se sob a superfície e a superfície é o “superficial” – estão errados; e a nossa convicção corrente de que o que está dentro de nós, nossa “vida interior”, é mais relevante para o que nós “somos” do que o que aparece exteriormente não passa de uma ilusão [...]. (ARENDRT, 2009.)

Podemos afirmar que, no sentido arendtiano, a virtude se apresenta no ato de aparecer aos outros; e porque é ação, acontece no exterior, no mundo da pluralidade humana, no espaço público, em oposição à interioridade solitária das virtudes cristãs.

A virtú de Maquiavel

Nicolau Maquiavel passou sua adolescência no final do século XV, no conturbado cenário de uma Itália feudal fragmentada em pequenos ducados, nos quais a maior parte dos governantes não se conseguia manter no poder por um período mais duradouro. Somavam-se,

além da instabilidade interna, invasões de nações vizinhas —como França e Espanha — e interferências da Igreja em todos os aspectos da vida, inclusive nos assuntos políticos. Nesse contexto, o cerne do pensamento maquiavélico é que se fizesse presente um Estado capaz de prover estabilidade à nação; ou seja, a compreensão de suas experiências históricas e a interpretação delas o conduziu à ideia de que uma nova concepção da sociedade e da política tornou-se necessária, sobretudo para a Itália (MAQUIAVEL, 2003).

Nesse ambiente, entre 1513 e 1514, em Florença, é escrita a obra que inaugura o pensamento político moderno: *O Príncipe*, de Maquiavel. Diferentemente dos teólogos, que formulavam teorias políticas a partir da Bíblia e do Direito Romano, e, diferentemente dos contemporâneos renascentistas, que partiam das obras dos filósofos clássicos para construir suas teorias políticas, Maquiavel partiu da experiência real de seu tempo.

Ele se destacou por defender ideias que se confrontavam com a ética religiosa da Idade Média. Um príncipe virtuoso, para ele, não deveria hesitar, mesmo que diante da crueldade ou da trapaça, se o que estivesse em jogo fosse a integridade e o bem-estar do seu povo. Nesse sentido, impõe-se a questão: que tipo de ética propõe Maquiavel? O que ele fez foi afirmar que a moral do governante deveria ser dirigida pela situação política, não se constituindo como um ideal universal e abstrato. Maquiavel privilegia a reflexão laica, não religiosa, e também se recusa a abordar a questão do poder a partir da ética cristã. Política é ação que busca linguagem e métodos próprios de eficácia, desvinculados da fé e da moral convencionalmente evocadas (ALVES, 2008).

Maquiavel apreende uma concepção pessimista da natureza humana, que, segundo ele, é corrompida e propensa ao mal. E o remédio fundamental contra a corrupção natural da humanidade, para ele, é o Estado. A moralidade continua existindo na esfera política, como em outras esferas da experiência humana, pois sem um conjunto de regras de conduta os homens não se reconheceriam. A questão é que, na política, a moral está submetida a interesses do poder. Diferentemente dos gregos, Maquiavel afirma que somente o exercício das virtudes morais não sustenta um principado ou mesmo uma república.

A figura do bom governo encarnada no príncipe virtuoso, portador das virtudes cristãs, é recusada por Maquiavel. O príncipe precisa ter *virtú*, mas esta é propriamente política, referindo-se às qualidades do dirigente para tomar e manter o poder. A virtude política do príncipe aparecerá na qualidade das instituições que souber criar e manter, e na capacidade que tiver para enfrentar as ocasiões adversas, isto é, a *fortuna* (ou sorte).

A tradição cristã transformou o governante num ente místico sacralizado que encarnava a vontade de Deus e a comunidade humana. O príncipe virtuoso maquiavélico rompe com essa figura de ser político: a *virtú* do príncipe não consiste em um conjunto fixo de qualidades morais que ele oporá à *fortuna*, lutando contra ela. A *virtú* é a capacidade do príncipe para ser flexível às circunstâncias, mudando com elas para seduzir e dominar a *fortuna*. Em outras palavras, um príncipe que agir sempre da mesma maneira e de acordo com os mesmos princípios em todas as circunstâncias fracassará. Para ser senhor da sorte ou das circunstâncias, o caráter do príncipe deve variar com elas e, como elas, ser volúvel e inconstante.

Maquiavel introduz a virtude política como astúcia e capacidade para adaptar-se às circunstâncias e aos tempos, como ousadia para aproveitar a boa ocasião e força para não ser arrastado pelos maus momentos. A lógica política nada tem a ver com as virtudes éticas dos indivíduos em sua privacidade. Ou seja, Maquiavel inaugura a ideia de valores políticos medidos pela eficácia prática e pela utilidade comum, afastados dos padrões que regulam a moralidade dos indivíduos na esfera privada (ALVES, 2008).

Apesar de muitas interpretações controversas acerca de Maquiavel, Hannah Arendt recorre ao pensamento do autor em algumas passagens de seus textos, dentre os quais destaca-se o intitulado “Notas sobre a política e o Estado em Maquiavel”, publicado na *Magazine Littéraire*³.

Podemos dizer que, para Arendt, a ação política exige o envolvimento de outras pessoas e, para ter alguma relevância, deve acontecer publicamente, em vez de privadamente. Mediante o agir

³ Número 397, de abril de 2001. O referido texto foi utilizado em um curso de História das Teorias Políticas, pronunciado por Hannah Arendt em 1955, na Universidade de Berkeley.

político, as pessoas revelam quem são. Arendt afirma que “*ser e aparecer*” coincidem no espaço público. Corroborando Maquiavel, na esfera política da aparência a bondade não existe: uma vez conhecida, uma boa ação já não é boa, mas sim vaidade; apenas desejo de aparecer como boa. A bondade desaparece no processo de sua aparição. Maquiavel ensina não a ser bom, no sentido cristão do termo, mas a agir politicamente no mundo das aparências, onde nada conta senão o que aparece. “A glória é o apogeu da aparência e ela só é possível quando os outros veem e onde eu sou visto” (ARENDR, 2001).

O Renascimento e a virtude na racionalidade moderna

Na Idade Média, a racionalidade dominante na sociedade ocidental pautou-se pelos dogmas cristãos, como foi dito anteriormente, especialmente os da Igreja Católica (CHAUÍ, 2002). Esse campo epistêmico teocêntrico vai paulatinamente dando lugar, durante os séculos XV e XVI, a partir do Renascimento, ao estabelecimento da ciência experimental como fonte única da verdade (CAMARGO JR., 1993).

Luz (1988) nos aponta que a construção da racionalidade moderna como razão científica inicia-se pelo conflito, desenvolvendo-se num processo histórico de continuidades e rupturas. A autora ratifica que o Renascimento é, ao mesmo tempo, medievalidade e modernidade, uma época de modificação de costumes e de ideias. Uma série de momentos inaugurais ocorreu na criação artística, filosófica, científica e tecnológica, com ressonância progressiva, partindo dos centros urbanos para toda a Europa, a despeito das reações político-religiosas de conservação e repressão, facilmente ilustradas pelos tribunais da Inquisição, pela contrarreforma, pelas guerras e perseguições religiosas, presentes em todo o período até o século XVIII (LUZ, 1988).

A fundação de um alicerce da racionalidade científica moderna vai gradativamente rearticulando saberes de diferentes cientistas e filósofos (ou, melhor, por combinação dos dois, na medida em que a cisão entre ciência e filosofia foi possível principalmente após o pensamento de Kant) dentre os quais se destacam Newton, Descartes e Kant. O universo assume então o feitio de máquina e uma filosofia pós-kantiana assume cada vez mais o papel de tribunal

da razão (CAMARGO JR., 1993). Mais tarde essa tendência será substituída pelo debate metodológico da ciência, identificada como *modo de produção de verdades*.

A partir de Descartes, é afirmada uma disposição filosófica fundamental: a ordem da *razão* como produtora de conhecimentos, como faculdade que descobre e produz verdades por meio do *método científico moderno* cujo traço-síntese são as ciências físicas e matemáticas. Outros sistemas de expressão de verdades como filosofia, artes, religiões, ação política, culturas, sistemas de saber passados, inclusive as disciplinas ditas “sociais”, foram desqualificados epistemologicamente e compreendidos socialmente como formas de expressão incapazes de produzir um “verdadeiro” conhecimento (o conhecimento científico) (LUZ, 1988).

Dessa maneira, a racionalidade científica moderna, segundo Luz (1988), precisa ser vista como processo histórico de uma forma específica de racionalismo — tanto de caráter filosófico quanto social — que, contemporânea ao Renascimento europeu, vem sendo formada. Ao mesmo tempo, deve ser entendida como estrutura de ordenação e explicação dos seres e do mundo moderno, servindo como princípio moral das relações dos homens entre si e com as coisas.

Do ponto de vista do sujeito, a racionalidade científica moderna terá como efeito a ruptura mais significativa: “a ruptura do próprio sujeito de conhecimento, seu estilhaçamento em compartimentos: razão, paixões, sentidos e vontade”, na medida em que institui agrupamentos epistemológicos e sociais para cada um desses compartimentos — a produção de verdades para a razão (ciência), hierarquicamente superior às outras; as paixões e a vontade para a política e para a moral (ética); e os sentimentos e sentidos para as artes (estética) (LUZ, 1988).

Apesar de a razão, indubitavelmente, ocupar espaço privilegiado na produção do saber, de fato as relações sociais e os costumes e hábitos dos indivíduos, seus sentimentos e paixões parecem constituir, na modernidade, um interesse crescente para a racionalidade científica. Entretanto, há uma suposição de que as leis da razão são universais e aplicáveis tanto ao mundo natural como ao mundo humano (LUZ, 1988). Os sujeitos sociais ordenados pela classificação da racionalidade social passam a ser objetos de um projeto de

construção moral para o exercício de uma conduta “razoável”, isto é, uma vontade orientada por princípios racionais.

Foucault (1977) nos lembra que a racionalização moral desencadeia-se paralelamente sobre os indivíduos e a sociedade por meio de projetos pedagógicos e médicos, e sobre outras instituições e sujeitos sociais, modelando-os através de outros instrumentos teóricos, políticos e institucionais, com o desenvolvimento, por um lado, do direito, da educação, da medicina social, da psiquiatria, das políticas sociais, e, por outro, dos cárceres, dos asilos, dos hospitais, das escolas e dos manicômios. O conteúdo moral e os efeitos políticos desses dispositivos disciplinares desenvolvem seu papel de ordenação das relações humanas e de produção de sujeitos segundo uma ordem racional moralizante adequada à sociedade capitalista industrial em formação (LUZ, 1988).

Desse modo, a razão se apresenta como uma virtude científica na qual o experimentalismo é ao mesmo tempo utilitário (por ser voltado para a solução de problemas impostos pela realidade), exploratório (pela busca de explicações novas) e interventor (por interferir e propor uma nova ordem aos seres e ao mundo), ganhando materialidade na primazia do *método científico*, no qual as regras da produção de verdades se tornam mais importantes, em última instância, que sua “veracidade” em si.

Apesar de não ser objeto central deste texto, consideramos que, para relacionar fundamentos e valores morais na racionalidade científica moderna, há de se ter claro que sua hegemonia foi decisiva para a construção da medicina moderna no século XIX, ou Biomedicina.

A virtude Biomédica

Para Luz (1988), a medicina é disciplina social por produzir um discurso natural sobre uma realidade social. É social, por conta de seus objetos: o corpo do homem, decomposto em elementos que o constituem; o funcionamento e o desajuste desses elementos; as relações desses elementos com esse corpo; as mentes e os sentimentos humanos; a sexualidade humana; seu sofrimento e morte pela doença e também seu comportamento e atitudes diante desses momentos. Luz considera sociais todas essas dimensões do viver e do sofrer que

têm sido, tradicional e historicamente, objetos da medicina — doença e morte, normal e patológico, equilíbrio e desvio.

Com a modernidade científica, tais categorias receberam uma ordenação teórica de disciplinas científicas modernas (biológicas, físico-químicas, etc.), cindindo doença e indivíduo doente: o “paciente” converte-se em objeto da ordenação social à medida que se desvia de um padrão de normalidade; a questão da vida se transforma em questão metafísica da filosofia; ou seja, pouco a pouco, a medicina se baseará na observação dos indivíduos doentes, retirando do seu cerne questões como a vida, a saúde e a cura. “Tudo é desvio em potencial. Juntamente com a doença [enquanto entidade], desfaz-se definitivamente, no grande universo da racionalidade médica, o conceito de saúde” (LUZ, 1988). A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de patologia; a “cura” será substituída pela cessação de sintomas. Buscando eliminar a doença do corpo dos indivíduos, surge a saúde na medicina moderna, ou Biomedicina.

Essa forma de agir e pensar, com suas concepções e valores, tem-se reproduzido nas instituições de saúde (de ensino, de pesquisa, de serviços e nas políticas de saúde). A normalização das noções de saúde-doença – construídas somente a partir de conhecimentos biológicos (anatomo-físico-patológicos), estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo crítico-qualitativo) – utilizada por essas instituições foi frequentemente enaltecida nas análises no campo da saúde, em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os saberes e práticas de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003).

A medicina moderna, dessa forma, evidencia um deslocamento do eixo epistemológico e clínico: de uma arte de curar indivíduos doentes transforma-se numa disciplina das doenças. O objeto da intervenção médica passa a ser, cada vez mais, o corpo individual. Ou ainda: atualmente, com a supervalorização dos exames laboratoriais e o abuso de procedimentos baseados em complexos aparatos tecnológicos, o corpo se torna a imagem radiológica ou tomográfica, se reduz a números e a taxas laboratoriais, nos quais a investigação em busca de um diagnóstico ganha cada vez mais centralidade; não tanto mais o corpo, não tanto mais o indivíduo.

A afirmação hegemônica de virtudes da racionalidade científica moderna – racionalismo, mecanicismo, dualismo, fragmentarismo, metodologismo, quantitativismo – fez minar a potência de outras racionalidades em disputa. A naturalização da racionalidade científica como razão inerente ao homem e à sociedade e a perda real de significados e da possibilidade de apreensão holística do homem são, para Luz (1988), as dimensões mais negativas da concepção da Biomedicina.

Comparando dois tipos de racionalidade médica – a Biomedicina e o vitalismo homeopático –, Madel Luz afirma que este último estaria mais adequado à nossa “humanidade”. O vitalismo, por não poder ser esquadrihado e quantificado, foi negado pelo cientificismo excessivo da medicina moderna. O aspecto *vital* apontaria para a possibilidade de articulação das múltiplas dimensões do homem numa *soma* total orgânica – na qual se reencontrariam razão, vontades e paixões – despedaçado em fragmentos pela razão científica, da qual a medicina moderna é expressão.

Ressaltamos aqui que o modelo Biomédico, como visto no último tópico, foi construído histórica e socialmente, constituindo-se alicerces não apenas para a medicina: em maior ou menor grau, a virtude do cientificismo serviu de base a outros campos disciplinares que compõem a área da saúde como um todo.

Para tentar explicitar o que estamos chamando de virtude Biomédica, podemos dar como exemplo o personagem da série de TV norte-americana, o médico “Dr. House” (Shore, 2008). Criada por David Shore e exibida originalmente nos Estados Unidos desde 2004, a ficção recebeu vários prêmios, dentre eles dois Globos de Ouro. No Brasil, a série é apresentada por uma emissora de canal aberto (onde, desde 2007, é líder de audiência) e por uma emissora de canal por assinatura. House é um médico com todas as virtudes Biomédicas: muito bom tecnicamente, extremamente inteligente e com rápido raciocínio lógico, consegue desvendar os mistérios do mundo das doenças, muitas delas raras, utilizando-se da clínica médica e de sofisticados exames laboratoriais na busca, a qualquer custo, de um diagnóstico. Por vezes revelando falta de respeito não só em relação ao paciente mas também para com os outros membros da equipe, o Dr. House não precisa de ninguém: nem de outros médicos, nem de

outros profissionais. Por pouco, não precisa nem mesmo do paciente. A disputa se dá entre ele e a doença em si.

Grande parte dos equívocos dos saberes e práticas de saúde está justamente relacionada ao fato de ter-se conformado no modelo biomédico a virtude onipotente do caráter técnico-científico, tendo-se a doença reificada como categoria central em detrimento de tudo aquilo que é subjetivo, mutável, complexo, variável – o que talvez melhor evidencie nossa condição “humana”.

Contudo, isso não implica, de maneira alguma, uma recusa dos autores a tudo o que é científico. Não seria possível – em nossa sociedade cujo cotidiano é tão poroso aos produtos da ciência – nem seria prudente abrir mão dos conhecimentos e ferramentas que podem ser úteis ao cuidado em saúde, quando se apreende *doença* numa perspectiva de *sofrimento*:

Doença pode ser entendida como um artefato teórico e heurístico, que organiza o conhecimento disponível sobre determinadas modalidades de sofrimento e auxilia na captação de informações, junto àqueles que sofrem, que idealmente serão utilizadas para, ao menos, minorar seu sofrimento. Mais ainda, ao delimitar uma classe de problemas em que a intervenção técnica é não apenas justificada como eticamente mandatária, circunscreve a esfera de atuação dos profissionais de saúde [...]. (CAMARGO JR, 2007.)

Ou seja, “doença”, segundo Camargo Jr., refere-se a um tipo de sofrimento humano no qual a abordagem técnica oferecida pelos profissionais de saúde é desejável e necessária, e que seja ? capaz de responder, ainda que parcialmente, a essa demanda por cuidado, aliviando o sofrimento que a motivou. Dessa maneira, subordina claramente o campo de atuação técnico-científico a princípios éticos fundamentais. Mas a que princípios éticos? Que virtudes esperamos – e desejamos – na constituição de saberes e práticas de saúde?

Amor ao Mundo como virtude: por uma ética do cuidado em saúde

Neste texto, recorreremos a alguns filósofos numa tentativa de remontar o interesse histórico da sociedade ocidental em refletir sobre a instituição de valores morais e éticos, referentes tanto aos indivíduos como às coletividades, exemplificado por meio de pensamentos desde

a Antiguidade grega, concepções cristã e renascentista até o exercício de articular a racionalidade moderna como produtora de uma virtude cientificista inerente ao modelo biomédico, que, ainda nos dias atuais – e talvez mais que nunca – embasa a construção de conhecimento e orienta o agir em saúde. No decorrer do texto também fizemos dialogar tais fios de pensamentos com as ideias de Hannah Arendt, assumindo, desde o início, o desafio de buscar nos estudos da autora uma aproximação com reflexões do campo da saúde, ou seja, para entender o cuidado como virtude, ou como valor ético, ao mesmo tempo em que o apreendemos como ação, *práxis* política e cotidiana.

Identificamos que, ao escolher Sócrates como exemplo, Arendt nos dá uma primeira contribuição: a maiêutica socrática, tal como “um vento do pensamento”, destruía as crenças dos cidadãos atenienses e nada colocava no lugar, criando um vazio de ideias, necessário para a reflexão das experiências vivenciadas, gerando uma faculdade contra o automatismo burocrático que habitualmente se sucede. No campo da saúde, os protocolos, os fluxos e as normas, tradicionalmente planejados tendo por base modelos ideais (PINHEIRO; LUZ, 2003), precisam ser repensados e refeitos cotidianamente tanto nas instituições de ensino e de pesquisa quanto nas instituições no âmbito da gestão e dos serviços de saúde.

Nesse refletir criticamente, é fundamental reconhecer a centralidade do usuário. A atividade do pensar, para Arendt, é imbuída de um sentimento de pluralidade em que o outro precisa ser incluído num exercício de reflexão-alteridade. É nessa primazia do diálogo como reificação do *plural* que podemos abarcar outros sujeitos à solitária atividade do pensar.

O pensar arendtiano, além da ideia de pluralidade, traz a consciência de si, produzindo um senso crítico sobre *quem* somos e não apenas do *que* somos, excedendo as concepções de multiprofissionalidade ou interdisciplinaridade, já que, para além do profissional de saúde — seja ele enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, gestor ou estudante em formação —, somos pessoas com sentimentos, valores, paixões e medos. Pensar *quem* somos é fazer-nos *aparecer* a nós mesmos, apresentando-nos humanos à frente do jaleco branco.

A partir do diálogo entre Maquiavel e Arendt, podemos pensar sobre a crítica à supervalorização da interioridade, que vem permeando as relações humanas desde a medievalidade cristã. Uma virtude interior como a bondade solipsista tem apenas forma de intenção, ou seja, nasce e permanece na interioridade e não ganha materialidade no mundo. Arendt estudou a postura generalizada, após o Holocausto, “do povo alemão, acusado de omissão; os políticos alemães do pós-guerra, acusados de não terem punido funcionários da burocracia nazista que ainda trabalhavam em órgãos do governo; a juventude alemã, acusada de teatralizar uma culpa coletiva” (ANDRADE, 2010). Por mais que, anos depois, durante os julgamentos dos crimes de guerra, muitos réus dissessem que “prender e matar inocentes não era a intenção”, o que aparecia em forma de ação durante os anos da guerra eram os atos criminosos, ou, pelo menos, de conivência e colaboração com o regime nazista. Dessa maneira, para Arendt pouco importa a boa intenção que pode estar no interior de nossa alma; o que sim, importa, é o que fazemos. Analogamente, propomos o cuidado como valor, como virtude que precisa aparecer como ação.

Ao expor a virtude do cuidado como ação, falamos do cuidado em saúde como agir político, que se mostra no espaço público, onde nos apresentamos à pluralidade humana no mundo. O cuidado em saúde como um valor significa reconhecer os outros também como singularidades plurais em ação, como sujeitos políticos na construção de um mundo comum.

Para Hannah Arendt, e também para Maquiavel, não há um conjunto de regras fixas absolutas e universais que rejam a moral. A virtude do príncipe maquiavélico não consiste em um quadro estático de qualidades a serem usadas para lutar contra as intempéries da *fortuna*, do acaso. Se um príncipe agir sempre da mesma maneira, respeitando os mesmos princípios em todas as circunstâncias, não verá a glória. Para ter poder sobre as circunstâncias, ele deve mudar com elas. Arendt corrobora tal concepção quando diz: “[...] não podemos esperar nenhuma proposição ou mandamento moral, nenhum código final de conduta da atividade de pensar, muito menos uma nova definição, agora supostamente final, do que é bom e do que é mau” (ARENDR, 2003).

O caráter de imprevisibilidade dos eventos que ocorrem nos processos de saúde- doença, de cura e de morte é fortalecido por um alto grau de subjetividade presente nas relações entre profissionais de saúde e usuários e entre esses e os serviços de saúde. Pinheiro e Luz (2003) nos lembram de que “imprevisível e subjetivo” são termos utilizados pelos planejadores especialistas para explicar as dificuldades de se planejar e avaliar a factibilidade de modelos organizacionais de serviços de saúde.

Essa subjetividade carrega um imaginário, fruto de práticas e representações sociais, material simbólico que é expressão cultural de um modo de perceber a saúde e a doença (PINHEIRO; LUZ, 2003). Apesar de tais aspectos serem ignorados pela racionalidade Biomédica, a virtude do cuidado pressupõe que profissionais e serviços de saúde sejam capazes de lidar com o “não-previsto”, pensando novas maneiras para lidar com a diversidade de situações passíveis de acontecer no cotidiano das instituições de saúde.

Para ilustrar: suponhamos que em uma unidade de saúde haja uma norma institucional aceita em que somente serão atendidos pacientes com agendamento prévio. Lá, a população e os profissionais de saúde estão acostumados a tal *modus operandi*. Certo dia, uma pessoa com febre e nitidamente prostrada procura sem agendamento essa unidade. Mas a regra é clara e o atendimento lhe é negado. O paciente é então orientado a procurar, por meios próprios, um serviço de emergência, que, infelizmente, não se localiza nas redondezas.

Hipoteticamente, quantas vezes escutamos ou deparamos com situações parecidas? Mesmo guiando-nos fielmente por códigos e regras estabelecidos, ainda assim podemos incorrer em falhas. Os que não sabem se conduzir sem regras são os mais dispostos e os primeiros a obedecê-las irrefletidamente, tendendo a converter todos os protocolos em dogmas, sem a problematização de seu conteúdo e sua contextualização. Arendt nos lembra de que, durante o nazismo, o código “matarás” substituiu rapidamente a antiga regra “não matarás”.

O critério de certo e errado, a resposta à pergunta: “O que devo fazer?”, não depende, em última análise, nem dos hábitos e costumes que partilho com aqueles ao meu redor, nem de uma ordem de origem divina ou humana, mas do que decido com respeito a mim mesma.

Em outras palavras, não posso fazer certas coisas porque, depois de fazê-las, já não serei capaz de viver comigo mesma. (ARENDRT, 2003.)

Segundo Assy (2003), Arendt cunhou o termo “banalidade do mal” para se referir às ações de uma “compacta massa burocrática de homens perfeitamente normais, desprovida da capacidade de pensar, de submeterem os acontecimentos a juízo”.

Em relação à natureza burocrática das instituições, merecem destaque alguns aspectos sinalizados por Arendt quando a autora analisou o regime totalitário nazista: a transformação de homens em funcionários e meras engrenagens; o fato de um desses homens pertencer a uma estrutura organizacional em que poderia ser trocado, como uma peça, por outro burocrata qualquer, que faria a mesma coisa em seu lugar — e, para um burocrata, a função que lhe é própria não é assumir a responsabilidade, mas sim a de executar tarefas.

A teoria da peça de engrenagem foi utilizada tanto pela defesa quanto pela acusação no julgamento de Eichmann. Segundo a defesa, Eichmann era apenas uma pequena engrenagem na maquinaria mortuária dos campos de concentração. A promotoria, seguindo a mesma lógica, via naquele homem não uma engrenagem, mas o motor do Holocausto (ANDRADE, 2010). Para Arendt, aquele homem comum, sem iniciativas, de mediocridade e superficialidade aparentes, um oficial subalterno, que sempre agia ancorado por leis e memorandos, não era motor de coisa alguma. No entanto, a autora estava de acordo com o fato de que, para as ciências políticas, era importante entender que a essência do governo totalitário, talvez por sua natureza burocrática, fosse justamente desumanizar os homens (ARENDRT, 1999).

A teoria da peça de engrenagem pode servir de alerta para refletir o nosso papel diante da responsabilidade pessoal e coletiva nas práticas cotidianas nas instituições de saúde. Acolhimento, vínculo, humanização e cidadania não podem ser meros jargões no planejamento das políticas, mas um constante exercício de evocar a responsabilização como elemento virtuoso das ações de um cuidado como valor, pautado pela integralidade em saúde. Esse era um tema ético central para Hannah Arendt, pois a responsabilidade pessoal não pode ser transferida para um sistema, apesar de não se poder desconsiderar a maneira como esse sistema opera (ARENDRT, 2003).

[...] na era da sociedade de massas, em que todos os indivíduos são tentados a se considerarem um simples dente de engrenagem em alguma espécie de maquinaria – seja a maquinaria bem azeitada de algum imenso empreendimento burocrático, social, político ou profissional, seja o padrão causal mal ajustado e caótico das circunstâncias em que todos de algum modo levamos a nossa vida. A transferência quase que automática de responsabilidade que ocorre habitualmente na sociedade moderna sofre uma parada repentina no momento em que se adentra a sala de um tribunal. (ARENDDT, 2003.)

Não é incomum ouvir profissionais de saúde que tentam isentar-se de sua responsabilidade pessoal utilizando-se de argumentos relacionados às condições, muitas vezes precárias, do sistema de saúde, do hospital ou da unidade básica como justificativas para “males menores” – que podem ser desde negar atendimento a uma pessoa em obediência às regras operacionais até internar pacientes em corredores de hospitais lotados. Ao invés de transferir a responsabilidade pessoal para o sistema, a virtude da responsabilidade pessoal nos chama – nós, profissionais de saúde, gestores, usuários, estudantes em formação, docentes, etc. – a buscar soluções coletivas para adequar o sistema de saúde às demandas dos sujeitos envolvidos.

A responsabilidade pessoal está amalgamada à responsabilidade coletiva, ecoando a capacidade de olhar a partir da perspectiva do outro, de reconhecê-lo, de imaginar-se no lugar do outro. Desse amálgama surge o sentimento de pertença a um grupo, a uma comunidade, a uma espécie. A responsabilidade coletiva é sempre política, pois “quer apareça na forma mais antiga em que toda uma comunidade assume a responsabilidade por qualquer ato de qualquer de seus membros, quer no caso de uma comunidade ser considerada responsável pelo que foi feito em seu nome” (ARENDDT, 2003), aplican-se tanto para o bem como para o mal.

É importante distinguir entre culpa e responsabilidade, porque muitos se sentem culpados sem terem qualquer envolvimento com um fato; outros muitos são responsáveis sem se sentirem culpados – enquanto os efetivamente responsáveis que se sentem culpados são bem poucos. Arendt (2003) ressalta que a culpa, ao contrário da

responsabilidade, é estritamente individual e refere-se a um ato, não a uma intenção. Nessa perspectiva, não existiria culpa coletiva, pois “onde todos são culpados, ninguém o é”.

Da *Ética a Nicômaco* até Cícero, a ética ou a moral era parte da política, aquela parte que não tratava das instituições, mas do cidadão, e todas as virtudes na Grécia ou em Roma são definitivamente virtudes políticas. A questão nunca é se um indivíduo é bom, mas se sua conduta é boa para o mundo em que vive. No centro do interesse está o mundo, e não o eu. (ARENDDT, 2003.)

Ao falar em ética e moral, o que está em questão efetivamente para as filosofias morais e para o pensamento cristão é o discernimento entre o certo e o errado, entre o Bem e o Mal. Mas essas questões não se resolvem por meio de imposição de regras e normas de conduta. Uma vez preocupadas com o bem e o mal, as filosofias morais costumam buscar no próprio *eu* um padrão moral de conduta.

De uma perspectiva arendtiana sobre a política, que considera a pluralidade humana do mundo, e não o indivíduo ou interesses privados, a ética se constitui como responsabilidade pelo mundo, “esse ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele” (ARENDDT, 2009). A responsabilidade coletiva como valor constituinte do cuidado em saúde pressupõe uma liberdade compartilhada na produção do comum,

[o que] acaba por requerer a inclusão de uma noção de comunidade como um conceito-operativo, no qual os diferentes sujeitos considerem as redes sócio-familiares como vetores de ações inclusivas na produção do cuidado, potencializando os modos oferecidos na prática cotidiana das instituições de saúde para resolver as demandas por cuidado como direito à saúde. (PINHEIRO, 2010.)

Amor ao Mundo é sentimento de pertença à mundanidade, é zelo pela liberdade compartilhada com os outros, é amor àquilo que é criado pelo agir em conjunto. É nos compreendermos singulares em meio à pluralidade humana, onde o cuidado em saúde seja permeado pelas virtudes da reflexão crítica, da responsabilidade pessoal e coletiva – ? evitando os automatismos mecânicos do cotidiano, atentos à imprevisibilidade da vida, compreendendo nosso papel de cuidadores de pessoas, reconhecendo-as em seus sofrimentos e em suas

vulnerabilidades. Evocar o cuidado como valor tem caráter político porque é ação em saúde exercida na pluralidade humana do mundo.

Finalizando este ensaio, mas buscando alargar a discussão, deixamos a seguinte indagação: Como ensinar aos estudantes em formação na área da saúde o cuidado como valor, de modo a apresentar a perspectiva da ética como *Amor ao Mundo*?

Referências

- ALVES, M.A. *A ética como virtude cívica em Maquiavel*. Thaumazein (Santa Maria), v. 3, p. 1-12, 2008.
- ANDRADE, M. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. *Revista Brasileira de Educação* v. 15 n. 43 jan./abr. 2010, p. 109-125.
- ARENDT, H. Notas sobre a política e o Estado em Maquiavel. *Paris Magazine Littéraire*, n. 397, abril 2001.
- _____. Crise na Educação. In: *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- _____. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- _____. *A vida do espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- _____. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. Coleção *Os Pensadores*, v. II. São Paulo: Nova Cultural, 1987.
- _____. *Política*. Tradução Pedro Constantin Tolens. São Paulo, SP: Martin Claret, 2001.
- ASSY, B. Introdução à edição brasileira de “FACES privadas em espaços públicos: por uma ética da responsabilidade”. In: Arendt, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, p. 31-60.
- BOTO, C. Ética e educação clássica: virtude e felicidade no justo meio. *Revista Educação & Sociedade*, ano XXII, n. 76, outubro/2001.
- CAMARGO JR., K.R. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ. Série *Estudos em Saúde Coletiva*. Nº 065, 1993.
- _____. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, 2007, p. 63-76.
- CHAUI, M. *Introdução à história da Filosofia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- FOUCALT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- LUZ, M.T. *Natural, racional e social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAQUIAVEL, N. *O Príncipe*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003, p. 9-36.

PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. da. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

SILVA, F. L. Breve panorama histórico da Ética. *Revista Bioética*, v. 1, n. 1. 1993.

VERGNIÈRES, S. *Ética e política em Aristóteles: physis, ethos, nomos*. São Paulo: Paulus, 1999.

Filme sugerido:

SHORE, D. House – Emancipação, Universal, 2008, DVD, T 5, episódio 8. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Dr_House>. Acesso em 20/07/2011.

Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido

FELIPE DUTRA ASENSI¹

Direito, saúde e instituições

No Brasil, mesmo após duas décadas de sua universalização e adoção de princípios constitucionais basilares, a efetivação do direito à saúde ainda enfrenta desafios de diversas naturezas, os quais remetem a uma série de fatores sociais, estruturais, políticos, culturais, etc. Esses desafios e os debates sobre a garantia de tal direito não se encontram esgotados e abrem espaço para novas concepções, sentidos, investigações e reflexões sobre a forma através da qual se pode torná-lo efetivo.

Principalmente num contexto de fortalecimento de instituições e práticas democráticas no Brasil – tais como os conselhos de saúde, as audiências e as consultas públicas, por exemplo –, o surgimento de novos atores implicados diretamente no processo de efetivação do direito à saúde complexifica as suas estratégias e limites. Dentre as mais variadas dessas instituições e suas práticas correlatas, é possível destacar a valorização do poder fiscalizador e executor dos conselhos de saúde, instituições decisivas na incorporação de demandas sociais nas políticas públicas. Articulando-se aos conselhos, os próprios usuários do sistema de saúde reforçaram suas associações para a efetivação do direito, ganhando relevo o surgimento de núcleos associativos de portadores de HIV, câncer, doenças renais, etc.

¹ Advogado e cientista social; mestre em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e doutorando em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP/UERJ). Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br

Outra prática democrática se refere à reconfiguração das funções e poderes das instituições jurídicas: o Judiciário passou a exercer papel decisivo na resolução de conflitos, em particular na área de saúde, e na definição de políticas públicas em geral, o que vem ensejando a *judicialização da política e das relações sociais* (WERNECK VIANNA, 1999). É possível atribuir a essa relevância institucional alguns elementos, dentre os quais se destacam: a) a ampliação da possibilidade de controle de constitucionalidade exercido pelo Judiciário por meio da via concentrada (ex.: ação direta de inconstitucionalidade, ação declaratória de constitucionalidade, ação de descumprimento de preceito fundamental, etc.) e pela via difusa (por meio de incidentes processuais a serem julgados por juízes monocráticos e tribunais); b) a intensificação dos mecanismos e estratégias de ampliação do acesso à justiça (ex.: Juizados Especiais Cíveis e Criminais, Justiça Itinerante, Defensoria Pública, etc.); c) o incremento do poder político que as associações de magistrados passaram a exercer no contexto brasileiro de efetivação de direitos, principalmente por meio de manifestos e estratégias de pressão (ex.: Associação dos Juízes Federais do Brasil, Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho, Associação dos Magistrados Brasileiros, etc.). Tais fatores permitem reconhecer um reforço do papel institucional do Judiciário em tornar os direitos expressos formalmente em efetivamente exercidos pelos seus titulares.

Além disso, no âmbito do direito, outras instituições foram alçadas ao papel de defensoras da sociedade, com especial destaque para o Ministério Público, o que tem fomentado a *juridicização da política e das relações sociais* (ASENSI, 2010). Com isso, observa-se que estas podem sofrer tanto uma *juridicização* (conflitos que não são levados ao Judiciário, mas discutidos sob o ponto de vista jurídico, principalmente em momentos pré-processuais) quanto uma *judicialização* (conflitos levados ao Judiciário na forma de uma ação judicial).

No âmbito dessas novas esferas estatais, sobretudo na saúde, a juridicização desenvolvida pelo Ministério Público desempenha papel fundamental ao menos em cinco dimensões: a) na ênfase à ideia de *consenso pelo diálogo*, ou seja, na valorização do processo de negociação, pactuação e concessão recíproca entre os diversos atores cujo resultado é construído consensualmente; b) a tentativa de estabelecer estratégias

de execução proativa de políticas públicas, de modo a consolidar recursos, diretrizes e compromissos a ser implementados num dado tempo pactuado; c) a incorporação da sociedade civil como pressuposto para a formulação de consensos efetivamente plurais; d) a pluralidade de atores e instituições no processo de interpretação constitucional, que não se restringe somente à interpretação oficial, geral ou abstrata de um tribunal; e) a constituição de um cenário que busca, por princípio, considerar as especificidades dos contextos em que as demandas estão inseridas para estabelecer estratégias mais efetivas para a sua satisfação.

Com a Carta Constitucional de 1988 e as normas que lhe são posteriores, a saúde recebeu, dentre outros elementos: a) múltiplas dimensões do ponto de vista de seu conteúdo (ex.: individual, social, de cidadania, etc.); b) regras e princípios específicos de sua estruturação (ex.: Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, Normas Operacionais Básicas, etc.); c) um arcabouço jurídico-institucional relevante para a sua efetivação (ex.: formas de participação social, regras de distribuição de recursos, etc.).

Em tal contexto, o estabelecimento de estratégias para a garantia e efetivação do direito à saúde passou a exigir a compreensão da própria especificidade desse direito no ordenamento jurídico brasileiro, o que se irradia sob múltiplos aspectos. Associados à ampliação do papel das instituições jurídicas, os processos de efetivação do direito à saúde têm ensejado discussões sobre: a) o que seria legítimo como demanda em saúde, ou, mais especificamente, o que seria legítimo pleitear no que diz respeito ao direito à saúde de todos e dever do Estado; b) os pressupostos sociais e políticos para a configuração dos sentidos do direito à saúde que extrapolem o sentido oficial estatal; c) o enfrentamento – necessário em razão da existência de uma pluralidade de direitos sociais que exigem a prestação positiva do Estado – dos desafios acerca do aporte de recursos econômicos para a sua plena efetivação, o que amplia as práticas de governar direitos. Portanto, os desafios de efetivação do direito à saúde passam pela reconfiguração da própria prática das instituições, de modo a constituir um direito material materialmente concebido.

Neste artigo, será realizada uma reflexão sobre os desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil, com enfoque especial sobre as

instituições jurídicas e sua relação com a sociedade civil. Para tanto, serão discutidas três propostas de reconfiguração dessa relação com base na ampliação da participação social e na intensificação da efetivação do direito à saúde como um direito material materialmente concebido.

Propostas para a efetivação do direito à saúde

Um direito material materialmente concebido

As reflexões que se desenvolveram no âmbito da teoria do direito produziram diversas ideias e perspectivas que buscam superar o paradigma formalista do direito, o que possibilita a inserção de critérios materiais e substanciais no seu sentido e alcance. Ao longo da história, algumas perspectivas teóricas buscaram pensar o direito no sentido de valor e, assim, promover uma reflexão mais aprofundada a respeito de suas dimensões éticas, políticas e sociais.

Usualmente, sobretudo no que concerne ao direito público, desde o século XIX tem sido realizado o debate sobre as diferenças e simetrias entre a ideia de *Constituição formal* e de *Constituição material*. A primeira, em geral, se associa à cristalização dos direitos num texto escrito, comumente constituído como sua fonte formal. Com isso, conforme salienta José Afonso da Silva, a Constituição formal diz respeito ao “peculiar modo de existir do Estado, reduzido, sob forma escrita, a um documento solenemente estabelecido pelo poder constituinte” (SILVA, 1993, p. 42). Tal documento somente pode ser alterado mediante procedimentos e formalidades especiais próprias da organização do Estado e das leis que lhes são correspondentes.

A ideia de *Constituição material*, por sua vez, permite pensar a existência de direitos constitucionais que não se encontram, necessariamente, positivados, escritos ou previstos na regra jurídica. Ela seria, em verdade, uma constelação de valores presentes numa dada sociedade que se cristalizam como direito vigente. Na perspectiva de Alexandre de Moraes (2007, p. 3), a Constituição material é “o conjunto de regras materialmente constitucionais, estejam ou não codificadas em um único documento”. Trata-se de uma perspectiva que, dentre suas diversas configurações, pode ser associada a dois sentidos: a) amplo, que se identifica com o regime político do Estado; b) restrito, que designa as normas constitucionais escritas

ou costumeiras que regulam a estrutura do Estado, a organização de seus órgãos e os direitos fundamentais.

Diante dessa distinção, as teorias do direito constitucional debruçaram suas reflexões sobre a formulação de diversas tipologias das constituições, sob o pressuposto da existência de normas que não necessariamente se encontram escritas ou previstas expressamente no texto constitucional, mas que são materialmente constitucionais porque refletem valores sociais. Com isso, tais teorias abriram a possibilidade de construção e reconhecimento de direitos que, embora não constantes do texto formal, preservam a sua *força normativa* num dado ordenamento jurídico, de modo a fundamentar sua validade a partir de fontes políticas, sociais, econômicas, etc.

Um dos autores do campo do direito que mais se dedicaram a essa temática foi Ferdinand Lassale. Contemporâneo de Karl Marx – com o qual compartilhou alguns momentos, a exemplo da Revolução de 1848 –, Lassale procurou pensar justamente os aspectos não formais que são constituintes de uma ordem jurídica. Com isso, buscou apresentar uma concepção material-sociológica de Constituição. O autor parte do princípio de que a Constituição não é mera norma escrita, é *realidade*. E, por ser realidade, a ela é informada pela articulação e conjugação de *fatores reais de poder*, isto é, de elementos de poder presentes nas relações que os indivíduos estabelecem em sociedade. A Constituição, portanto, seria um reflexo dos arranjos institucionais, sociais, políticos, econômicos e históricos que permeiam a sua formulação e concretização. Para Lassale, se não corresponde aos *fatores reais de poder* de uma sociedade, essa Constituição consiste em mera *folha de papel*, ou seja, não possui relevância social e eficácia para os atores no cotidiano de suas práticas; seria um texto sem efeitos concretos, uma “forma” sem “alma”, ou, na acepção contemporânea, uma norma desprovida de efetividade.

Segundo Lassale, em essência, a Constituição de um país é “a soma dos fatores reais do poder que regem uma nação” (1988, p. 19). Uma vez que tais fatores reais se articulam e estabelecem pontos de interação que constroem sentidos aos atores, nós “os escrevemos em uma folha de papel e eles adquirem expressão escrita” (Ibid.). Com isso, a partir da incorporação em forma de papel, eles “não

são simples fatores reais do poder, mas sim verdadeiro direito – instituições jurídicas” (Ibid.).

Por essa razão, apesar de não ser objeto próprio de sua reflexão, a concepção de Lassale nos permite, atualmente, afastar a ideia de que o direito é um campo fechado, autopoietico, coeso, ausente de contradições, etc. Lassale nos permite pensar no interior do processo de formulação de normas jurídicas sobre os fatores sociais orientados por relações de poder presentes em qualquer sociedade, e isto é fundamental para pensar as questões de saúde. Ao se admitir esse pressuposto, os problemas constitucionais não seriam, *prima facie*, problemas meramente de direito, mas, fundamentalmente, de poder, o que consistiria na “alma” da Constituição.

No Brasil, a perspectiva da existência de uma Constituição material recebeu atenção de muitos estudiosos e pesquisadores, sobretudo pelo que se convencionou denominar de *doutrina brasileira da efetividade*, que possui, dentre os seus expoentes, o jurista Luís Roberto Barroso. O argumento central dessa perspectiva consiste no seguinte: para além da *eficácia jurídica* que uma norma possui, ou seja, da sua possibilidade de produzir efeitos num ordenamento jurídico porque formalmente válida, o autor sugere o debruçar-se sobre a *eficácia social* das normas, ou seja, sobre a possibilidade de produzirem efeitos concretos no cotidiano das práticas dos atores sociais.

Ao partir do pressuposto de que *o direito existe para se realizar*, a ideia de efetividade significa o desenvolvimento concreto da função social do direito. “Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social” (Barroso, 2006, p. 82-83). Portanto, a ideia de efetividade busca pensar o desenvolvimento dos direitos na prática, de modo a superar a perspectiva formalista que se traduz na mera *eficácia jurídica*.

Acerca dessa questão, Pogrebinschi oferece algumas sistematizações relevantes para pensar a materialidade do direito à saúde. Ao se debruçar sobre as concepções e os sentidos do direito no âmbito de Marx, Pogrebinschi ressalta que eles representam grande contribuição para se pensar as práticas sociais. A autora salienta que, no pensamento de Marx, observa-se uma “tensão entre forma e conteúdo que, acreditado,

só pode ser superada quando a forma do direito é absorvida pela sua substância” (2009, p. 325). Com isso, a autora pensa sobre os limites e possibilidades de associação entre direito e Estado no pensamento de Marx, de modo a promover uma reflexão aprofundada sobre como o direito se constitui enquanto prática social². Segundo Pogrebinschi,

É deste modo que o direito deixa de ser fonte de transcendência para ser imanente; deixa de ser conferido e garantido por um ente exterior, o Estado, para ser encontrado e afirmado pelos próprios homens como resultado da atividade de constituírem a si mesmos; deixa de ser uma forma para ser apenas substância, para ser conteúdo e conteúdo apenas, cuja dinamicidade e reatualização permanentes impedem que ele estabilize-se, institucionalize-se, formalize-se. Apenas assim saímos da esfera do direito liberal formal ou do direito formalmente material para um direito materialmente material, constituído na própria materialidade da vida prática dos homens e da afirmação de suas condições de existência. (Ibid.)

Assim, a democracia é concebida como uma experiência concreta, o que implicaria, portanto, localizar o político em práticas sociais e não em instituições estatais. Na avaliação de Pogrebinschi, “o direito é uma dessas práticas, na medida em que ele existe apenas como uma prática resultante da atividade constitutiva dos homens que é também uma atividade constitutiva da comunidade em que eles vivem” (Ibid., p. 326). Nesse sentido, a autora propõe, com base no pensamento de Marx, uma concepção de *direito material materialmente concebido*. Partindo do princípio de que, nessa perspectiva, não há separação entre aquilo que é constituinte e aquilo que é constituído, Pogrebinschi identifica uma coincidência temporal e uma superposição material entre ambos, “na medida em que são duas faces de um mesmo momento e de um mesmo conteúdo, o que explica sua dinamicidade, sua atualização constante e permanente” (Ibid., p. 328).

² Em diversas passagens, Pogrebinschi (2009) convida o leitor a superar a relação dicotômica entre direito e Estado, a exemplo da seguinte: “[...] verdadeira democracia, portanto, não é incompatível com o direito. Ela é incompatível com a ideia de lei, com o direito do Estado moderno, com o direito posto e positivado, com o direito formal, com a forma jurídica. Mas ela não é incompatível com uma concepção materialista do direito material, isto é, do direito concebido como um resultado da atividade constitutiva dos homens.” (p. 325-6.)

O arranjo institucional criado na saúde a partir da atuação conjunta entre instituições jurídicas, instituições participativas e instituições estatais tem possibilitado cada vez mais uma atuação voltada para a esfera pública, com vistas a constituir um direito materialmente material. À medida que os interesses pessoais passam por um processo de concessão recíproca, o objetivo passa a se centrar na concretização do interesse comum. Em outras palavras, a concretização do direito à saúde a partir da atuação conjunta da esfera social, jurídica e política constitui uma peculiaridade do caso brasileiro. Portanto, temos, no Brasil, um campo específico que prima pela participação para que, por meio da ação política, seja realizado o interesse público. De fato, outros atores também são *guardiões de promessas* e, ainda mais, buscam ser seus principais *cumpridores*. A ação política passa a ser entendida muito mais como uma regra de sociabilidade, e a *juridicização das relações sociais* se apresenta como um movimento que denota as suas especificidades. Portanto, é fundamental estabelecer três propostas para conceber o direito material à saúde, que são fundamentais para orientar a sua efetivação jurídica, política e social.

Três propostas

A positivação do direito à saúde como um direito fundamental na Constituição de 1988 enseja avanços e novos desafios jurídicos, culturais, políticos, sociais e econômicos para a sua efetivação. A tensão inerente aos direitos sociais e, particularmente, ao direito à saúde, consiste na dicotomia existente entre os direitos garantidos formalmente e os conflitos implícitos à sua efetivação no cotidiano das práticas dos atores sociais. Isso permite a inserção das instituições jurídicas nesse processo, seja na *judicialização*, seja na *juridicização* das relações sociais.

No contexto brasileiro, as instituições jurídicas receberam destaque no processo de efetivação da saúde enquanto direito. De maneira geral, tais instituições desenvolveram a capacidade institucional de criar um *espaço de diálogos* ao possibilitar a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde. Isso tem gerado resultados positivos

na horizontalização da relação entre Estado e sociedade, sobretudo porque permite pensar em novos arranjos institucionais que não necessariamente conduzem à *judicialização* das demandas em saúde.

Essa *co-gestão* apresenta-se, por consequência, como um modo de gestão compartilhada, próprio das sociedades democráticas, em que o poder é compartilhado por meio de avaliações e decisões conjuntas, de modo a envolver os diferentes atores sociais que participam do processo. Fundamentalmente, no que concerne à efetivação do direito à saúde, podemos apontar três propostas fundamentais:

- a) o “positivismo constitucional”;
- b) a consideração das especificidades das demandas e dos sujeitos em saúde, de modo a relativizar uma perspectiva mais quantitativa;
- c) a ampliação de estratégias e espaços de diálogo com atores estatais e sociais.

No que concerne à *primeira* proposta – o “positivismo constitucional” –, afirma-se que o direito à saúde seria, antes de tudo, um direito constitucional positivado e presente na norma jurídica. Trata-se de uma perspectiva que adota a norma como ponto de partida e fundamento do direito, que se apresenta como dever do Estado e, por essa razão, deve ser efetivado. Com isso, compartilha-se do entendimento de que o direito à saúde seria um direito universal, de aplicação imediata, diferentemente da amplitude e dos sentidos que os serviços de saúde possuíram nos períodos anteriores à redemocratização da década de 1980³.

Nesse sentido, a saúde seria um dever constitucional do Estado, que atuaria mediante políticas públicas, na medida em que se trata de um direito inerente ao ser humano, perspectiva sob a qual o Estado deve atuar positivamente na implementação desse direito, uma vez que a ideia de “titularidade de todos” enfatiza a dimensão do dever do Estado para a sua consecução, satisfação e garantia. Assim, a ideia de “direito de todos e dever do Estado” traz um potencial semântico que não se reduz ao seu texto, de modo que

³ Para um panorama de tais sentidos, ver Luz (1991).

o direito à saúde potencializa uma gama de sentidos e impulsiona discussões políticas, sociais, culturais, econômicas e jurídicas sobre sua implementação, que encontram amparo na Constituição. Diante desse cenário, é possível afirmar a estratégia orientada pelo *positivismo constitucional*. Segundo Barroso (2006, p. 296):

Este discurso normativo, científico e judicialista não constituiu, propriamente, uma preferência acadêmica, filosófica ou estética. Ele resultou de uma necessidade histórica. O *positivismo constitucional*, que deu impulso ao movimento, não importava *reduzir* direito à norma, mas sim de *elevá-lo* a esta condição, pois até então ele havia sido menos do que norma. A efetividade foi o rito de passagem do velho para o novo direito constitucional, fazendo com que a Constituição deixasse de ser uma miragem, com as honras de uma falsa supremacia, que não se traduzia em proveito da cidadania.

A perspectiva do positivismo constitucional permite pensar uma série de concepções para a efetivação do direito à saúde. Tais concepções possuem como orientação algumas dimensões associadas à ideia de positivismo constitucional, quais sejam: a) a compreensão de que a defesa do cumprimento da norma jurídica é uma necessidade democrática, e não meramente uma postura dogmatista; b) a admissão de que defender a norma jurídica não implica reduzir os sentidos e práticas de efetivação de direitos a tais normas, mas abre a possibilidade de construção e reconhecimento de *direitos vivos*; c) a ênfase na efetividade do direito à saúde, ou seja, no estabelecimento de estratégias para a ampliação de sua eficácia social.

No que concerne à primeira dimensão, é fundamental admitir que os desafios para a implementação dos direitos sociais e coletivos – especialmente a saúde – têm-se desenvolvido paralelamente ao reconhecimento de que tais direitos possuem uma natureza fortemente democrática. Saúde, ambiente, educação, trabalho e moradia seriam direitos necessários ao livre exercício da cidadania. Sobretudo no Brasil, em que a saúde possuiu historicamente uma posição subvalorizada do ponto de vista de sua universalização, a previsão constitucional possibilitou um incremento do papel das instituições jurídicas na democratização e efetivação desse direito.

No que concerne à segunda, podemos pensar a ideia de saúde como um *direito vivo*. O estudo do direito vivo, nos termos propostos por Ehrlich (1980), permite extrapolar o raciocínio calcado na lei e nos livros, de natureza tipicamente positivista, pois assume o direito como um fenômeno social e, portanto, orientado por práticas sociais. Ao longo das ações em saúde, observa-se que a norma se apresenta como ponto de partida, e não como referencial semântico e conceitual que encerra os sentidos desse direito. Nesse contexto, é possível pensar a construção e reconhecimento de *direitos vivos*, que não se reduzem à norma jurídica, mas a tomam como referencial intangível de restrição pelo Estado.

No que concerne à terceira dimensão, é fundamental enfatizar a efetividade do direito à saúde, ou seja, o estabelecimento de estratégias para a ampliação de sua eficácia social. Ao partir do pressuposto de que *o direito existe para se realizar*, a ideia de efetividade significa o desenvolvimento concreto da função social do direito. Tal perspectiva tem buscado justamente se debruçar sobre a dimensão fática do direito por meio de sua *eficácia social*, ou seja, a possibilidade de produzir efeitos concretos no cotidiano das práticas dos atores sociais. O que se observa é que o caráter de direito universal reforça a dimensão social desse direito para a sua prática no cotidiano dos atores, e não para a regra jurídica meramente formal. Considerar a prática significa dar uma abertura à escuta, à alteridade e à construção conjunta do sentido de direito, que não está submetido ou determinado pela norma constitucional. Assim, o *positivismo constitucional da saúde* não se reduz à mera afirmação desse direito enquanto norma constitucional, na medida em que busca incorporar caracteres sociais e de cidadania em seu conteúdo e no estabelecimento de estratégias de efetivação.

No que concerne à segunda proposta – consideração das especificidades das demandas e dos sujeitos em saúde, de modo a relativizar uma perspectiva mais quantitativista –, temos um elemento muito relevante. A recusa ao quantitativismo como único critério para a definição de estratégias tem sido cada vez mais fundamental. Isso pode ocorrer da seguinte forma: a) a valorização da descentralização institucional como desconcentração efetiva de poder, ao menos entre

setores mais avançados politicamente nas instituições de saúde e na sociedade civil; b) o crescimento da necessidade de transparência nas decisões governamentais; c) a superação da clássica dicotomia entre políticas de prevenção e políticas de cura; d) a compreensão de que a saúde não envolve somente ausência de doença, mas também bem-estar físico, mental, psicológico e social; e) a humanização do atendimento, que seria entendida como uma nova qualidade das ações, maior resolutividade, níveis de referência a serviços especializados bem estabelecidos e uma nova forma de compromisso entre os profissionais de saúde e os usuários; f) a ênfase no respeito aos direitos de qualquer cidadão e ser humano, considerando-o em sua singularidade e em sua dor.

No que concerne à terceira proposta – *a ampliação de estratégias e espaços de diálogo com atores estatais e sociais* –, podemos pensar uma nova *arte de governar em saúde*, que engloba, em sua complexidade, instituições estatais (jurídicas e não jurídicas) e, principalmente, instituições sociais, tais como os conselhos de saúde, associações, etc. Tal incorporação vem relacionada a estratégias dialógicas que pressupõem a ausência de hierarquia entre os sujeitos que as compõem, de modo que, parafraseando Dworkin (1982), *os direitos sejam levados a sério*, e que o sejam coletivamente.

Nesses espaços de diálogo e interlocução, tem-se observado a utilização cada vez mais frequente dos princípios constitucionais da saúde. A título de exemplo, refletirei sobre o princípio da *integralidade*, que diversas vezes tem sido utilizado como argumento jurídico na discussão encaminhada pelos usuários junto às instituições jurídicas. Integralidade se constitui como processo de construção social, podendo conferir maior horizontalidade às relações entre seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde –, o que reforça a ideia de *gestão compartilhada*. Em virtude da abrangência semântica desse princípio, observa-se a ampliação das possibilidades de criação de novas tipologias e sentidos jurídicos. Com isso, o princípio de integralidade tem sido empregado como uma proposta de transformação da prática da política de saúde, pois “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61).

Considerações finais: o direito material materialmente concebido na Saúde

A interpretação sobre o direito à saúde não se reduz apenas aos conteúdos do campo do direito, mas inclui conteúdos da gestão em saúde e da participação da sociedade civil. Nesse sentido, a abrangência do conceito de integralidade, ao invés de impedir, auxilia a construção das novas demandas e do próprio direito material materialmente concebido na saúde. A interlocução cada vez maior entre a sociedade civil e a gestão nesse *espaço de diálogo e encontro* constitui um avanço no que tange à compreensão das formas de solução de conflitos. Considera-se ser este um caminho promissor na reorganização das estratégias de luta pela efetivação de direitos sociais na sociedade civil.

O reconhecimento do diálogo como estratégia privilegiada de resolução de conflitos e de ampliação de direitos representa não somente a expansão das possibilidades de atuação dos atores sociais, mas também uma nova forma de sociabilidade, calcada na celeridade e na efetividade da garantia de direitos sociais. Ou seja, para além daquela *integralidade* referente à garantia de oferta de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, conforme as necessidades de cada caso e nos vários âmbitos de complexidade do sistema de saúde, temos uma *integralidade em movimento*, que consiste no próprio processo dialógico dos atores sociais que buscam, em suas ações cotidianas, efetivar seus direitos de forma democrática e participativa com vistas à justiça e à igualdade concreta.

Portanto, a integralidade é, ao mesmo tempo, um *princípio* e um *elemento constitutivo* do direito à saúde, pressupondo que atores não estatais devam participar do processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas de saúde pela simples razão de serem os diretamente interessados no seu sucesso. Nesse sentido, membros de instituições jurídicas, profissionais de saúde, conselheiros, etc. têm reconhecido, cada vez mais, que não basta somente identificar o caráter cidadão do direito à saúde. A conquista do direito à saúde não ocorreria mais na forma da lei ou nos limites da legalidade, pois extrapolaria o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir

o seu sentido. O esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, ou seja, o processo de dar garantias formais efetivamente exercidas pelos atores sociais em seu cotidiano. Não se trata mais de se *ter* o direito, mas de *exercê-lo*, de modo que esse direito seja efetivamente praticado, conquistado pela luta e implementado não pelo Estado, mas por seus próprios titulares, num contexto de juridicização.

Com isso, é possível afirmar que um elemento indissociável do processo de construção do direito à saúde é a polifonia, que se manifesta por diferentes “vozes” que, por meio de um processo dialógico, alcançam um consenso. Mas para que tais vozes ecoem efetivamente nos serviços de saúde, é indispensável pensar a construção de espaços públicos de participação social, inclusive nas instituições jurídicas, para que esse direito material materialmente concebido seja efetivamente democrático.

Referências

- ASENSI, F. D. *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*. 1. ed. Rio Janeiro: FGV, 2010.
- BARROSO, L. R. *O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas – limites e possibilidade da constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
- DWORKIN, R. *Taking rights seriously*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
- EHRlich, E. O estudo do direito vivo. In: SOUTO, C.; FALCÃO, J. (Orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Pioneira, 1980.
- LASSALE, F. *A essência da constituição*. Rio de Janeiro: Liber Juris, 1988.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v.1, ano 1, 1991.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.
- MORAES, A. *Direito constitucional*. São Paulo: Atlas, 2007.
- POGREBINSCHI, T. *O enigma do político: Marx contra a Política Moderna*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- SILVA, J. A. da. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1993.
- WERNECK VIANNA, L.J. et al. *Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Algumas interfaces do direito à saúde¹

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO²

Introdução

Tradicionalmente, a ideia de direito à saúde no Brasil tem-se resumido a uma concepção de acesso aos bens e serviços de saúde. No entanto, essa concepção se choca com a própria história de luta pela afirmação do direito à saúde como direito de cidadania (conforme exigia o Movimento pela Reforma Sanitária). Tal redução está ligada, em parte, à histórica definição de direitos sociais pautada na prestação de alguns serviços à população.

Na contramão desse entendimento, a Constituição do 1988 afirma a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90) define como fatores determinantes condicionantes da saúde 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”. Portanto, uma definição bem mais ampla do que a restrita noção de acesso aos serviços de saúde.

Apesar de sua abrangente definição constitucional, o direito à saúde vem sendo concebido como um dos muitos pilares do direito

¹ Este texto é uma versão adaptada para publicação nesta coletânea do artigo “O Direito à Saúde na Interface entre Sociedade Civil e Estado”, de autoria de Machado (2009) na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 7, n. 2.

² Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador em Saúde Pública da Fiocruz na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Pesquisador do Lappis.

do consumidor. No entanto, associar saúde a consumo implica, necessariamente, uma discussão sobre o mercado, o que transforma, fatalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) em um plano de saúde. Se por um lado essa inflexão possibilita, por exemplo, a requisição do acesso a bens e serviços de saúde na justiça, por outro retira a saúde do rol dos direitos difusos e coletivos (na medida em que o mercado o individualiza) e o reduz a ações pontuais, não comportando, portanto, os determinantes e condicionantes prezados pela Lei Orgânica.

Esse é um dilema que tem sido enfrentado tanto pelos diversos setores sociais quanto pelas muitas esferas de governo. Ao mesmo tempo em que se garante o direito individual a bens específicos em saúde, também se limita a possibilidade da ampliação do direito à saúde ao conjunto da sociedade, e, principalmente, limita-se a ampliação da própria concepção sobre saúde. Embora haja a garantia imediata de determinados insumos e bens e saúde pela via judicial, neste modelo o direito à saúde tende a se apeguar, se limitar em relação à sua amplitude constitucional. No interior da concepção do direito à saúde como algo individual, existe, implicitamente, uma ideia de que, como os recursos são invariavelmente escassos, ou seja, não estão disponíveis para o conjunto da sociedade, eles devem ser garantidos àqueles que o buscam. Assim, o direito individual é garantido e, ao mesmo tempo, é excluída essa mesma possibilidade para outra parcela da população.

Ao contrário de tal perspectiva, a luta coletiva pelo direito à saúde tem ampliado seu escopo de reivindicações. Dessa forma, se, no passado, lutava-se, por exemplo, por acesso a consultas médicas, hoje se reivindica a dispensação de medicamentos. A segunda luta não constitui uma substituição da primeira, mas sua própria ampliação, pois abarca novas necessidades e demandas. A saída para o dilema da gestão dos recursos escassos pode estar no acirramento da construção de espaços efetivos de participação popular. Espaços estes que sejam parte integrante da gestão em saúde (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Os conselhos de saúde têm desempenhado um papel importante nessa discussão, todavia não exercem a função principal de mediação do embate. Muitas vezes são inoperantes, outras são aparelhados e, ainda em outras, são ignorados. Apenas em poucas situações exercem um papel central, o que não lhes tira, de forma alguma, a

importância de suas funções. Talvez a estratégia dos conselhos não deva ser vista como a única forma possível de inserção social no campo da saúde, mas possa ser articulada com outras propostas e iniciativas. Ressalta-se que a criação de uma cultura participativa não pode ser feita por decretos, mas construída cotidianamente, processo que pode levar mais tempo do que o tempo de existência do próprio SUS. Tal cultura participativa tem o potencial de se desenvolver de forma diferente nos diversos estados brasileiros.

Não é intenção, neste momento, explicar a formação da sociedade brasileira e o desenvolvimento da cidadania, mas devemos, minimamente, atentar para a história política brasileira desde pelo menos a Proclamação da República, profundamente marcada por períodos antagônicos e alternados de fortes ditaduras e frágeis democracias. Esse processo histórico, como nos têm mostrado diversos pensadores sociais brasileiros de diferentes épocas, é expressão de uma visão de mundo peculiar não apenas à política no Brasil, mas à própria constituição de nossa sociedade civil.³ Apenas a partir de 1987, com a eleição da Assembleia Constituinte, iniciou-se um sólido ciclo democrático, experiência ainda muito recente se compararmos o Brasil a outros países democráticos.

O objetivo deste artigo é realizar uma discussão teórica a respeito da constituição dos direitos sociais. Assim, é necessária uma rápida revisão teórica a respeito de alguns temas importantes para a constituição da questão do direito. Nosso objeto privilegiado refere-se aos direitos sociais, entendidos como um dos aspectos mais fundamentais de qualquer sociedade moderna no mundo ocidental, pilar do Estado-Nação e embrião das democracias contemporâneas.

Questões históricas

A ideia de Estado Democrático de Direito relaciona-se à necessidade de superação das desigualdades sociais e regionais e à instauração de

³ Autores como Gilberto Freire, Sérgio Buarque de Holanda – que trataram da herança patriarcal do Brasil colonial inculcada em nossas instituições –, Florestan Fernandes, Caio Prado Jr. e Celso Furtado – que se detiveram sobre questões da formação econômica brasileira e a profunda desigualdade social e estagnação da mobilidade entre classes no país – apontaram diferentes caminhos para a compreensão desse fenômeno.

um regime democrático que, efetivamente, realize a justiça social. Para tanto, é necessário ampliar a noção de Estado de Direito tradicionalmente limitada à sua definição formal, como o “governo de leis”, mas compreendê-lo como um Estado material de Direito, em que estejam reconhecidos — ao mesmo tempo, como meta, parâmetro e limite da atividade estatal — certos valores, direitos e liberdades fundamentais, superando, assim, uma noção que se limita a garantir determinadas formas e procedimentos da organização do poder e das competências dos órgãos estatais.

Os direitos fundamentais constituem critérios de legitimação do poder estatal e, por conseguinte, da própria ordem constitucional, na medida em que “o poder se justifica por e pela realização dos direitos do homem e que a ideia de justiça é hoje indissociável de tais direitos” (PINTO apud SARLET, 2002, p. 68). Funda-se, dessa forma, um profundo entrelaçamento entre os direitos fundamentais e o Estado de Direito. Não se trata tanto de justificar a origem e a fundamentação desses direitos: como argumenta Bobbio (1992), a discussão a respeito da justificação da sua origem perde sentido com a adoção nas últimas décadas, pela maioria dos países, de uma declaração universal dos direitos do homem. “É preciso que se esteja convencido de que a realização dos direitos do homem é uma meta desejável; mas não basta essa convicção para que aquelas condições se efetivem” (BOBBIO, 1992, p. 23). Essa meta desejável estabelece uma ligação inequívoca entre as competências do Estado e os interesses sociais. Sarlet (2002), utilizando uma citação de Pérez Luño, insiste na existência de um nexo de interdependência entre o Estado de Direito e os direitos fundamentais, “uma vez que o Estado de Direito exige e implica, para sê-lo, a garantia dos direitos fundamentais, ao passo que estes exigem e implicam para sua realização, o reconhecimento e a garantia do Estado de Direito” (SARLET, 2002, p. 69).

Embora com frequência os termos “direitos humanos” e “direitos sociais” ou “direitos fundamentais” sejam indiferenciadamente utilizados, é necessário diferenciá-los pelos seus próprios processos de construção histórica. De acordo com Sarlet (2002, p. 37), os direitos fundamentais caracterizam-se por serem precisos e restritos, pois são constituintes do conjunto de direitos e liberdades reconhecidos

institucionalmente pelo Estado e garantidos pelo direito positivo, referindo-se, portanto, a direitos determinados no espaço e no tempo, “cuja denominação se deve ao seu caráter básico e fundamentador do sistema jurídico do Estado de Direito”. Já o termo “direitos humanos” diz respeito a uma noção internacional que reconhece o ser humano como tal — a partir da concepção de humanidade —, independentemente de sua vinculação constitucional, referindo-se, portanto, a todos os povos e tempos.

Não há dúvidas quanto à existência de uma vinculação entre os dois tipos de direitos, pois o titular dos direitos fundamentais sempre será um ser humano. Porém, determinado Estado pode não garantir certos direitos fundamentais aos seus cidadãos, o que não lhes tira a condição de seres humanos. A adoção dos direitos fundamentais pelas constituições dos Estados aconteceu muito tempo depois de serem reconhecidos os direitos humanos e, como salientou Bobbio (1992, p. 5), ocorreu por diversas lutas históricas, “não todos de uma vez, nem de uma vez por todas”. A noção da conquista de novos direitos nos remete a outra concepção do campo jurídico: a das “gerações” dos direitos.

Embora autores como Sarlet (2002) prefiram a denominação “dimensão” dos direitos em contraposição a “geração” (de acordo com ele, o segundo termo indica uma ideia de substituição e não de ampliação), aqui será utilizado, para fins de exposição, o termo empregado por Bobbio (1992): “as gerações do direito”. Trataremos neste texto dos mais relevantes, quais sejam os direitos fundamentais de primeira e de segunda gerações.

De acordo com a leitura de Sarlet (2002), nas primeiras constituições escritas, o reconhecimento de tais direitos fundamentais é produto do pensamento liberal burguês do século XVIII, notadamente de cunho individualista. Externava-se dessa maneira a necessidade de delimitação de uma zona de não intervenção do Estado, caracterizando-se como direito de defesa, demarcando uma esfera de autonomia individual frente ao poder do Estado.

Por esse motivo, são apresentados como direitos de cunho “negativo”, ou seja, para sua efetivação é necessária a não intervenção dos poderes públicos, sendo, neste sentido, “direitos de resistência ou de oposição perante o Estado” (SARLET, 2002, p. 54). Destacam-se,

no rol desses direitos, os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei. Posteriormente, eles foram complementados por uma gama de liberdades, incluindo-se as liberdades de expressão coletiva (liberdades de expressão, imprensa, manifestação, reunião, associação etc.), e pelos direitos de participação política (o direito de voto). Para o autor, isso revelou “íntima correlação entre os direitos fundamentais e a democracia” (SARLET, 2002, p. 55).

A inserção dos direitos sociais nas constituições dos Estados nacionais modernos foi inspirada por duas correntes preponderantes do pensamento ocidental que se estabeleceram definitivamente na segunda metade do século XVIII a partir de episódios históricos marcantes, como a Independência dos Estados Unidos (1776), a Revolução Industrial inglesa e a Revolução Francesa (1789). Essas duas correntes seriam a anglo-saxã e a francesa (suscitadas, no primeiro caso, por pensadores liberais, como John Stuart Mill e John Locke e, no segundo, por Montesquieu e Rousseau). Em linhas gerais, a primeira corrente se distinguiria da segunda por sua ênfase na sociedade como projeção dos indivíduos, ao passo que, na última, o indivíduo cederia lugar ao cidadão, criação da sociedade política, isto é, do Estado. A noção de que os direitos individuais teriam precedência e, por conseguinte, proeminência sobre os direitos sociais — isto é, no jargão tautológico do direito, de que os direitos de primeira geração viriam, “naturalmente”, em primeiro lugar, e os de segunda geração, em segundo — provém primordialmente da tradição anglo-saxã, fonte de um dos mais conceituados teóricos do direito do último século, T. H. Marshall.

Os direitos fundamentais de primeira geração, segundo Bonavides (apud SARLET, 2002), são os direitos de liberdade e igualdade formal, os primeiros a constar na normatividade constitucional. Seriam os chamados direitos civis e políticos, que correspondem, historicamente, à fase inaugural do constitucionalismo ocidental, nunca tendo deixado de postular nas constituições até os dias de hoje. O paradigma dos direitos da primeira geração foi o principal ponto de embates até o início do século XX; a partir de então foram engendrados novos direitos fundamentais.

Dado que o século XIX foi marcado pelo advento dos direitos da primeira geração (direitos civis e políticos), o decorrer do século XX caracterizou-se por uma nova ordem social. A simples garantia formal da liberdade e igualdade não gerava frutos para todas as classes sociais, sobretudo à imensa massa trabalhadora explorada no capitalismo da época.

De acordo com Bobbio (1992), os direitos individuais tradicionais constituem-se em “liberdades”, já os chamados direitos sociais consistem em “poderes”. O autor explica que “liberdades” referem-se aos direitos garantidos quando o Estado não intervém⁴ (a atuação negativa do Estado) e “poderes”, aos direitos que exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação. Nesse raciocínio, liberdades e poderes são incompatíveis, e não complementares, como se crê frequentemente. “A sociedade histórica em que vivemos, caracterizada por uma organização cada vez maior em vista da eficiência, é uma sociedade em que cada dia adquirimos uma fatia de poder em troca de uma fatia de liberdade” (BOBBIO, 1992, p. 44).

A nova ordem social apresenta uma estruturação dos direitos fundamentais não mais sedimentada no individualismo do modelo anterior, mas requer, ao contrário, a cessão de uma parte da individualidade em troca de garantias sociais. A diferenciação destes direitos está em sua “dimensão positiva”, uma vez que se trata “não mais de evitar a intervenção do Estado na esfera da liberdade individual, mas, sim, [...] de propiciar um “direito” de participar do bem-estar social” (SARLET, 2002, p. 55). Esses direitos caracterizam-se por propiciar aos indivíduos direitos a prestações sociais estatais, como saúde, educação, trabalho etc.

Os direitos fundamentais da segunda geração se tornam, portanto, tão essenciais quanto os direitos fundamentais da primeira geração, tanto por sua universalidade quanto por sua eficácia. Assim, eles são caracterizados como os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social.

⁴ Estamos adotando aqui a terminologia dos autores ao se referirem à não intervenção estatal.

Os direitos da segunda geração estão profundamente relacionados aos chamados direitos prestacionais sociais do Estado para com o cidadão. É dever do Estado garantir determinados “serviços” à sociedade. Esses direitos passam a incluir o rol de poderes da sociedade, caracterizando-se como uma certa passagem das liberdades formais abstratas para os poderes materiais concretos.

A marca da nova fase dos direitos fundamentais não está somente no fato de esses direitos terem o escopo positivo, mas, principalmente, por caracterizarem-se como “liberdades sociais”, como, por exemplo, liberdade de sindicalização, do direito de greve etc. Em resumo, o direito à saúde integra os direitos fundamentais da segunda geração, pois exige do Estado prestações positivas para, desse modo, evidenciar a sua garantia e efetividade, sendo chamado, portanto, de direito social prestacional. Talvez por isso, a noção de direito à saúde tenha se aproximado da ideia de garantia de acesso a bens e serviços de saúde. Compreender o direito à saúde como direito de cidadania vai além de uma discussão formal ou jurídica.

Cidadania e direitos civis: percursos históricos

Para Marshall (1967), haveria um certo curso “natural” para o alargamento da cidadania, iniciado com o estabelecimento dos direitos civis, pois a formalização dos direitos relativos à liberdade individual representa uma condição necessária à ruptura com o feudalismo e a emergência do capitalismo. Nesse sentido, em primeiro lugar, dever-se-ia garantir a liberdade de propriedade privada e a liberdade de trabalho. Então, seria possível afirmar que é razoavelmente mais fácil garantir os direitos de liberdade ao invés dos direitos sociais, pois, para a garantia dos primeiros, caberia ao Estado apenas a “omissão”, enquanto que para a garantia dos segundos restaria forçosamente a “intervenção” direta. O campo jurídico, “nesses moldes”, discrimina a ação do Estado com vistas à garantia do primeiro grupo de direitos de “ação negativa” e, para o segundo, de “ação positiva”. A ação negativa do Estado visaria à “manutenção” da liberdade da propriedade privada e da igualdade jurídica entre os indivíduos; já a ação positiva se destinaria a “instituir” condições mínimas de existência, como a

saúde, a educação, o trabalho etc. Tal explicação, no entanto, deve ser examinada com cuidado, uma vez que pode induzir graves equívocos.

A afirmação de que a garantia dos direitos de liberdade é “razoavelmente mais fácil” de se obter do que a dos direitos sociais não apenas omite os porquês dessa pretensa razoabilidade como a naturaliza. Se existe tal facilidade, como de fato pode ser constatada, as condições que a possibilitam devem ser perscrutadas. Uma ordem hierárquica que pressupõe a prioridade dos direitos de liberdade sobre os direitos sociais não é um fenômeno isolado e, muito menos, um dado da natureza. Suas origens remetem, indissociavelmente, à formação do Estado de Direito moderno, que, por sua vez, é um produto constitutivo da sociedade capitalista ocidental.

Historicamente, a garantia dos direitos de igualdade jurídica não foi uma evolução natural do direito, assim como não o foi, para a sociedade ocidental, a constituição da propriedade privada. Ambos os processos advieram de rupturas sociais, muito embora, em seus primórdios, tais instituições modernas tenham, inegavelmente, guardado vestígios característicos das instituições que as precederam – o feudo e o jusnaturalismo absolutista –, porém regidos agora por uma lógica completamente distinta (POLANYI, 2000). É, portanto, no mínimo ingênuo imaginar que o Estado é “omisso” na “manutenção” dos direitos de liberdade. O Estado jamais se mostrou omisso, pois, como parte essencial na conformação da sociedade capitalista moderna, foi uma engrenagem extremamente “atuante” na “instauração” dos pressupostos materiais de tais direitos – a propriedade privada e o trabalho assalariado.

O Estado moderno ocidental constitui, ao mesmo tempo, alvo e trampolim de um intenso esforço revolucionário burguês cujas maiores expressões foram, incontestavelmente, em primeiro lugar, a Revolução Francesa (na qual o Estado foi objeto de domínio indispensável para a criação dos direitos de igualdade jurídica, fundamentais na consolidação do “livre contrato de trabalho”) e, em segundo lugar, a Revolução Industrial inglesa (na qual o Estado foi o principal impulsionador da grande indústria moderna). Assim, a proteção dos direitos de liberdade, longe de ser a tarefa “razoavelmente mais fácil”, foi a mais árdua

conquista da burguesia – desde as grandes navegações até o Imperialismo Colonial. A preponderância desses direitos sobre os sociais não apenas é arbitrária, no sentido de não natural, como também é um fenômeno de origem histórica definível. Em contrapartida, a suposta dificuldade em garantir o cumprimento dos direitos sociais revela-se, sob essa ótica, como a expressão mais crua do interesse das classes dominantes. Pensar em propostas transformadoras que alcem os direitos sociais ao mesmo grau de importância dos ditos direitos de liberdade passa, portanto, pela crítica das condições sociais que presidem essa discrepância hierárquica. Tal crítica, todavia, pode adquirir diversas feições no decorrer das lutas sociais, em resposta às circunstâncias políticas concretas de um determinado contexto histórico.

No Brasil a instauração de direitos sociais constituiu, em determinado momento, uma condição para a limitação ou mesmo a supressão dos direitos civis e políticos. Já nos Estados Unidos, os direitos civis e políticos estabeleceram-se simultaneamente no momento da elaboração da Constituição. As duas experiências demonstram a inexistência de uma sequência lógica necessária à expansão da cidadania. O estabelecimento da cidadania resulta, portanto, de correlações de forças e das condições estruturais, próprias a cada formação social e histórica, e não diz respeito à democracia em geral.

Os direitos sociais, conquistados no plano legal com a redemocratização no Brasil, não encontraram meios nem espaços de realização na nova esfera pública regida pela lógica de redução dos gastos públicos, obediente ao novo papel desempenhado pelo Estado de gestor da dívida pública e de avalista do capital internacional. Se, no período da ditadura militar, os direitos sociais foram migalhas de uma promessa de bolo jamais repartido entre a população, na nova ordem democrática eles são considerados, já de antemão, anseios economicamente inalcançáveis, embora desejáveis e legítimos. Bobbio (1992, p. 24) convida a recordar que “o mais forte argumento adotado pelos reacionários de todos os países contra os direitos do homem, particularmente contra os direitos sociais, não é a sua falta de fundamento, mas sua inexecutabilidade”. De acordo com o autor, a enunciação desses direitos congrega diversos atores, sendo o acordo, portanto, obtido com relativa facilidade, independentemente do poder

de convicção de seu fundamento absoluto. Entretanto, no momento de passar da teoria sobre os direitos à ação, ainda que seu fundamento seja inquestionável, começam as reservas e oposições.

O desamparo social da maior parte da população brasileira, ainda que remonte a uma época longínqua, permanece até os dias de hoje quase totalmente inalterado, desde a passagem do regime autoritário para o democrático. Todavia, os movimentos sociais, longe de terem desenvolvido uma ação inócua, possibilitaram a inserção da maioria de seus projetos societários na Constituição brasileira. Apesar de a herança legal deixada por esses atores sociais não ter se revertido, automaticamente, em conquistas materiais, ela cimentou o alicerce sobre o qual toda a sociedade civil pôde se edificar.

A saúde como um direito fundamental social

No Brasil, a adoção constitucional de uma compreensão mais ampliada de direitos, os direitos da segunda geração, proporciona ao Estado momentos de profundas contradições, justamente pela já mencionada nova lógica de atuação do Estado. O arcabouço legal que justificava a intervenção do Estado na vida particular, apenas para manter a ordem, passava agora a conviver com normas que exigiam iniciativas estatais positivas de justiça distributiva mediante políticas econômicas e sociais que garantissem os novos direitos de natureza metaindividual.

O direito à saúde aparece mencionado em diversos pontos da nossa Constituição. Além disso, existem vários outros direitos afins, que se relacionam diretamente com o direito à saúde. Como já mencionado, de acordo com a Constituição, “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”.

Essa concepção de direito à saúde, como já mencionado, tem encontrado inúmeras dificuldades para se tornar realidade, gerando posições contrárias à afirmação constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Tenta-se, nesse sentido, caracterizar a saúde como uma “norma programática”, de forma que “ao invés de se definir em fins concretos a serem alcançados, contém princípios

e programas (tanto de conduta quanto de organização), bem como princípios relativos a fins a cumprir existem apenas na esfera constitucional” (SARLET, 2002, p. 286).

A assunção do direito à saúde como norma programática, mais do que uma simples discussão sobre terminologias, constitui uma tentativa de desonerar o Estado de suas funções precípua, indo de encontro à própria noção de Estado Democrático de Direitos. Essa lógica perversa choca-se com os próprios anseios presentes no movimento que deu origem ao SUS. A nova hermenêutica constitucional se desataria de seus vínculos com os fundamentos e princípios do Estado Democrático de Direito se os relegasse ao território das chamadas normas programáticas, recusando-lhes a concretude sem a qual a dignidade da pessoa humana não passaria de ilusória e mera abstração (SARLET, 2002). É importante destacar ainda que, mesmo a saúde sendo um atributo individual (conferindo, portanto, a cada pessoa o direito de exigir do Estado condições para gozar de boa saúde), sua garantia é realizável apenas por meios coletivos. Não é possível garantir condições de saúde a um indivíduo isolado sem que essa garantia seja extensiva para todos aqueles que partilham com ele o mesmo ambiente.

De acordo com os dispositivos da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde deve ser compreendido (e adotado) como um direito social fundamental. Diz respeito à preservação da vida e ao respeito à dignidade humana, sendo sua garantia requisito fundamental ao alcance da justiça social. Atribuiu-se às ações e aos serviços de saúde o caráter de relevância pública. A alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 é claro ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A ação do Estado é a condição fundamental para a efetivação do direito à saúde. Dessa forma, não se devem impor limites à garantia da saúde dos cidadãos. Nenhum dos entes federados tem o direito de eximir-se de tal obrigação. O direito à saúde apresenta como pressuposto o direito assegurado pela Constituição: todas as pessoas podem exigir do Estado condições de gozar de boa saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que o julgamento pelo Supremo Tribunal Federal do Recurso Extraordinário (RE) 271.286, pelo Ministro Celso de Mello, no ano

de 2000, evidenciou a necessidade da materialidade do direito à saúde no Brasil, descartando a possibilidade de interpretação do direito à saúde como norma programática.

A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSE-QUENTE. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política — que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro — não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

Não sendo norma programática, as justificativas de muitos gestores do Brasil para a não garantia desses direitos têm sido sempre no sentido de reafirmar a escassez de recursos. Além disso, argumenta-se, costumeiramente, que os poucos recursos disponíveis devem ser utilizados com os mais pobres da sociedade. Inicialmente essa lógica parece justa, entretanto, ela não questiona o próprio limite financeiro do Estado. Como alerta Mattos (2005, p. 45), “é fundamental que os gestores acolham o desafio de ir além da simples gerência dos recursos escassos, para se engajar na discussão com os poderes no seu nível de governo, com as instâncias de pactuação e com a sociedade civil como um todo”.

Considerações finais

A condição primordial para o desenvolvimento de qualquer regime democrático é a vida do ser humano, até porque, lembrando mais uma vez a Constituição, “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”; expressam inclusive o grau de democratização deste país no que diz respeito à distribuição de seus recursos pelos seus cidadãos. A garantia do direito à saúde não pode ser colocada em segundo plano nas ações dos Estados e muito menos deve servir como discursos, promessas e moeda de troca nas eleições nacionais.

Os direitos são construções sociais marcadas por lutas entre diferentes interesses possíveis em um momento histórico (BOBBIO, 1992). A definição do conteúdo do direito à saúde não ocorreu e nem ocorre de forma tranquila e passiva. Pelo contrário, requer de cada situação um processo de negociação política, desde o cotidiano dos serviços básicos de saúde até as resoluções no Legislativo e Executivo. Caracteriza-se, dessa forma, como uma luta de hegemonias. Isso é mais visível ao atentarmos para o fato de que a inscrição do direito à saúde como um direito de cidadania na Carta Magna foi possível apenas em razão de uma movimentação da sociedade civil, que lutou para fazer-se presente historicamente no sentido de “exigir do estado, geralmente quase arrancar, direitos políticos, econômicos e sociais de cidadania” (LUZ, 2000, p. 297). O princípio da integralidade, nesse sentido, representa uma importante conquista da sociedade. Mais ainda se compreendermos que tal princípio deve ser compreendido para além de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da *interação democrática* entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do *cuidado de saúde*, nos diferentes âmbitos de atenção do sistema.

Tal definição corrobora para a compreensão de que há um nexo constituinte entre essa noção de integralidade e a idéia do direito à saúde. Isso implica entender que a busca pelo direito à saúde não se restringe à garantia apenas dos direitos já assegurados, mas também, e principalmente, como a possibilidade de construção de novos direitos, tendo em vista a complexidade e a diversidade das demandas por saúde apresentadas por diferentes segmentos da população do país. O princípio de integralidade tem sido empregado como uma proposta de transformação da prática da política de saúde, em profundo desacordo com sua lógica constitucional.

Bobbio (2002) afirma que se deve encontrar o modo mais seguro de garantir os direitos sociais para que, apesar das solenes declarações, ele deixe de ser continuamente violado. A garantia do direito à saúde ultrapassa os limites de ações pontuais e evoca a necessidade de repensar possíveis respostas governamentais para a supressão das desigualdades sociais do país. De acordo com Telles (1999, p. 91),

O que chama a atenção é a constituição de um lugar em que a igualdade prometida pela lei reproduz e legitima desigualdades, um lugar que constrói os signos do pertencimento cívico, mas que contém dentro dele próprio o princípio que exclui as maiorias, um lugar que proclama a realização da justiça social, mas bloqueia os efeitos igualitários dos direitos na trama das relações sociais.

O próprio espaço institucional do Estado permite congregiar diversos atores sociais, mesmo os segmentos que historicamente sempre foram excluídos do processo de formulação de respostas governamentais às demandas sociais. As relações entre sociedade civil e Estado podem estruturar-se a partir da “capacidade de a ordem instituída integrar no processo decisório os múltiplos atores sociais [...] preservando-se as condições para a possibilidade de institucionalização das aspirações normativas desses atores, que dessa forma se transformam em projetos” (COHN, 2003, p. 15).

Por fim, cabe reafirmar a importância do direito à saúde, pois este se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais. Sua garantia, conforme versa a Constituição, é referencial de desenvolvimento econômico e social do país. Ao adotarmos o direito à vida como um valor a ser defendido, assumimos o direito à saúde como ponto indiscutível das políticas sociais, como característica “indispensável” no exercício da cidadania.

Referências

- BOBBIO, N. *A teoria do ordenamento jurídico*. São Paulo: UNB, 1992.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 09-18, 2003.
- DALLARI, S. G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 77-95, 1991.
- _____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.
- MACHADO, F.R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, 2009.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MATTOS, R.A. de. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco, 2005.

POLANYI, K. *A grande transformação: as origens da nossa época*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, J.P.V. da; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R. de S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em Debate*, n. 65, v. 27, p. 234-242, set.-dez. 2003.

TELLES, V. da S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.

**Redes cotidianas de cuidado: desafios
e possibilidades de incorporação de redes sociais
nas práticas avaliativas em saúde**

Práticas avaliativas em saúde, mediação e integralidade: outras possibilidades¹

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR²

CARLA ALMEIDA ALVES²

MÔNICA TEREZA CHRISTA MACHADO²

RICARDO HEBER PINTO LIMA²

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO-SILVA²

Introdução

Este ensaio tem como objetivo principal contribuir para a construção de práticas avaliativas em saúde que tomam os usuários como centro de sua atenção. Revisitaremos nossa discussão inicial (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009) para desdobrar certas questões que nos parecem relevantes. Refletiremos sobre as possibilidades de as práticas avaliativas constituírem um processo de mediação social na compreensão das necessidades da população e na adequação da oferta de serviços e ações de saúde numa perspectiva de direito de cidadania. A discussão não será esgotada: ao contrário, desejamos fomentá-la e amadurecer com o debate certos aspectos conceituais e práticos.

As práticas avaliativas podem ser entendidas no sentido proposto por Vieira da Silva (2005), para quem a avaliação em saúde é uma prática social num campo de disputas. Entretanto, se consideramos a integralidade da atenção à saúde, as práticas avaliativas passam a abrigar as ações efetivas dos atores nas situações de encontro com a diversidade e a pluralidade humana. Elas vão além da execução de técnicas, convivendo e, por isso, sendo definidas por experiências

¹ Pesquisa realizada em colaboração com o Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde - LAPPIS-IMS-UERJ.

² Pesquisadores do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES) e do Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde-LUPA, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

absolutamente humanas e singulares. *O real não advém do conhecimento validado*, mas da apreensão que cada profissional faz do prescrito, de si e do curso da ação, admitindo variabilidade e contornando os fracassos da própria técnica (DEJOURS, 1997; SCHRAIBER et al., 2006).

Acrescentamos ainda, na perspectiva das práticas avaliativas de integralidade, a centralidade do usuário nos desenhos avaliativos, pois, ao ser “objeto” do que se prescreveu para disciplinar seu corpo, ele gera outros saberes e práticas que irão influenciar de forma substantiva esse universo de referências, dado que se amplia a percepção da técnica para além de um procedimento mensurável, de modo a ser compreendida também em sua dimensão ética, estética e (por que não?) afetiva. Nesse sentido, definimos como práticas avaliativas amistosas à integralidade os diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, à medida que forjam acoplamentos de saberes e práticas dos sujeitos implicados (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado em saúde, subsidiando sua avaliação como intervenção; não se esgotando nas ferramentas avaliativas já existentes. Os seguintes atributos conferem a permeabilidade dessas práticas às de integralidade:

- resultam de interações democráticas entre atores em suas práticas cotidianas, estimulando, assim, o dialogismo;
- garantem a inclusão dos usuários na definição de suas necessidades e na tomada de decisão sobre a oferta de alternativas de cuidado;
- possuem elevada potência formativa capaz de produzir conhecimentos que geram novos valores para juízos, que elaboram respostas qualificadas às necessidades e o modo mais adequado de provê-las (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Verificamos em algumas experiências que a combinação de elementos – tais como estilos de gestão mais democráticas com seus dispositivos, a existência de espaços de participação dos trabalhadores e usuários e instrumentos de avaliação apropriados pelos interessados – favoreciam o aparecimento de práticas avaliativas amistosas em relação à integralidade (NASCIMENTO-SILVA; SILVA JUNIOR; PINHEIRO, 2008).

À medida que promovem maior diálogo entre os atores, melhor escuta e compreensão das necessidades dos usuários, mudanças em processos

de trabalho, adequação da oferta de serviços, garantia da articulação e continuidade desses serviços, e a geração de informações que permitiam **permitem?** avaliar os desempenhos e resultados obtidos pelas ações de saúde, essas práticas avaliativas têm uma alta potência formativa.

Formativa não só no sentido técnico e no do aperfeiçoamento de processos como formulado por Scriven (1991), mas, principalmente, no que tange à produção de conhecimentos compartilhados sobre a realidade e à compreensão da saúde como um direito construído pelo esforço de todos (NASCIMENTO-SILVA; SILVA JUNIOR; PINHEIRO, 2010).

Tal concepção é inspirada nas discussões de Ayres (2004), quando propõe a interrogação das práticas avaliativas, buscando privilegiar seu caráter formativo para além (e por meio) de suas finalidades técnicas. O autor nos convida a refletir sobre as mudanças necessárias nas ações de saúde, em especial nas de avaliação, no contexto de uma mudança paradigmática no rumo da promoção de saúde e da integralidade. Critica o cientificismo e o tecnicismo que orientam as práticas, em detrimento da “sabedoria prática” dos atores envolvidos. Sabedoria esta fruto de suas visões de mundo confrontadas com o cotidiano da relação com os outros, no seu jeito de ser no mundo.

É a dimensão “formativa” do encontro terapêutico – com sua natureza compreensiva e construtiva do diálogo mediado pela técnica e pela ciência nas práticas de saúde – que conforma o “cuidado”. A noção de “cuidado” proposta pelo autor pressupõe incorporar ao escopo da avaliação o projeto de felicidade dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde. Isso enriquece os aspectos normativos da avaliação para além do êxito técnico, por incorporar a percepção de um “sucesso prático”, isto é, as repercussões sobre a vida daqueles que se beneficiam das ações de saúde.

Assim é que, ao se definir um horizonte normativo para as práticas de avaliação, há que se buscar junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos e objetividades (os produtos do trabalho em saúde), critérios relativos à antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou, em outros termos, aos projetos de felicidade que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar. (AYRES, 2004, p. 586.)

As experiências observadas em um de nossos estudos multicêntricos nos levam a crer que inovações no campo da gestão, dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores e na participação social estão acontecendo. E que elas necessitam de suporte técnico e político adequado (PINHEIRO; SILVA JUNIOR; MATTOS, 2008).

Entretanto, verificamos também uma importante dificuldade nas práticas avaliativas em vigência no que diz respeito ao olhar do usuário sobre as ações produzidas na política de saúde.

De um modo geral, a participação do usuário, quando ela ocorre, se dá de forma representativa, por meio de um “representante” formalizado, em espaços formais de participação tais como os conselhos de saúde (local, municipal, estadual ou nacional) instituídos pela Lei 6.142/90, ou por meio de “pesquisas de satisfação”.

Sem negar a importância e a legitimidade atribuídas às várias representações de usuários, nos preocupam a assimetria de informações e a hegemonia da lógica tecno-profissional das discussões de saúde que produzem um discurso e uma compreensão de fenômenos distanciadas da realidade dos usuários (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Compreensão esta que ignora, na maioria das vezes, o impacto (positivo ou negativo) das ações de políticas de saúde sobre o cotidiano da população.

Avaliação e participação cidadã

O campo da avaliação vem debatendo as questões referentes ao uso da avaliação na construção da participação cidadã desde o final da década de 1980 (DEMO, 1987; SPRINGETT, 2001; FURTADO, 2006; AKERMAN, MENDES, BÓGUS, 2006; WORTHEN, SANDERS; FITZPATRICK, 2004; BARON; MONNIER, 2003; POTVIN; GENDRON; BILODEAN, 2006).

Destacamos as contribuições de Potvin; Gendron e Bilodean (2006). Ao analisar as práticas avaliativas tradicionais, as autoras remetem ao que chamam de tradição ontológica do realismo empírico, que encara as intervenções em saúde como objetos reais que exercem poderes efetivos para reparar outros objetos defeituosos (problemas em saúde). A avaliação, nessa concepção, tem por finalidade determinar a eficácia das ações ignorando a interferência dos atores envolvidos

em sua realização. Os enfoques participativos de gestão ou avaliação ficam assim dificultados, ou até mesmo inviabilizados com essa concepção de intervenções em saúde.

As autoras comentam também sobre outra corrente ontológica, o idealismo, que aponta a existência de uma correspondência direta, ou mesmo crescente, entre os modelos explicativos e representações que os sujeitos constroem sobre os objetos do mundo real e esses mesmos objetos. A consequência da adoção dessa posição ontológica é pressupor que todo o conhecimento é construído socialmente situado. Os modelos explicativos são os produtos de uma atividade criadora desenvolvida por sujeitos ativos em um espaço-tempo. São colocadas regras e procedimentos para julgar o valor das representações que eles mesmos desenvolvem.

A concepção idealista situa as intervenções em saúde da mesma forma como as situações problemáticas às quais elas respondem, no plano das representações humanas. São essas representações que servem de ponto de ancoragem para a ação. A finalidade da avaliação é, então, reconciliar as diversas representações do problema e da intervenção construídos **construídas?** pelo conjunto de atores implicados, a fim de melhorar a ação localmente. Tal concepção está na base das propostas avaliativas chamadas de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 1989) e de outros autores que aderem às abordagens participativas de avaliação.

Mais recentemente, o aprofundamento da discussão aponta para o surgimento de uma quinta geração de avaliação, que se pretende emancipatória por investir em protagonismo social, e **para?** a construção de uma cultura avaliativa na sociedade, conforme salientam Baron e Monnier (2003). Contudo, Potvin; Gendron e Bilodean (2006) ponderam que nas últimas três décadas as práticas de saúde pública vêm deparando com problemas importantes. O privilégio da participação cidadã ou *empowerment* vem obrigando a uma redefinição dessas práticas de saúde cujo movimento é caracterizado por três elementos:

- a. as intervenções não devem mais ser unicamente realizadas por especialistas. A referência ao diálogo entre diversos saberes e práticas em espaços de participação aumentam a legitimidade das intervenções e a democratização das decisões políticas;

- b. a saúde das populações é tributária de um conjunto de condições sociais, sendo, portanto, promovida por todos os setores de atividade social;
- c. a existência de soluções já prontas e comprovadas é crescentemente questionada, cedendo lugar à legitimação de soluções progressivamente construídas e negociadas, por aproximações sucessivas, por meio das contingências e imprevistos que configurem o mundo complexo no qual devemos agir.

Não se trata mais de aplicar soluções padronizadas aos problemas identificados por *experts* externos aos contextos implicados, mas, antes, de acompanhar esses contextos e lhes aportar ferramentas conceituais e práticas para fazer face a um conjunto de problemas que se colocam em contextos sócio-históricos que seguem suas trajetórias singulares (p. 75).

Esses movimentos de mudanças encontram certas dificuldades ao ser abordados pela corrente ontológica do idealismo e pelas concepções de intervenção em saúde e avaliação por elas inspiradas. A crítica das autoras a essa concepção é que ela aprisiona a avaliação no espaço restrito dos atores singulares das intervenções avaliadas e confina a pertinência dos enfoques participativos a um particularismo que não permite efetivamente refletir sobre os mecanismos subjacentes à ação.

As autoras propõem uma concepção realista crítica, na qual as situações problemáticas, assim como as intervenções em saúde, resultam de ações exercidas por mecanismos que estruturam os objetos no mundo real, os quais podem ser ativados pelos próprios atores implicados na intervenção, uma vez que estes últimos são concebidos como sujeitos ativos. No entanto, essas ações, tão reais quanto os mecanismos de que se originam, só adquirem significado por meio das representações que delas fazem os atores. Nessa perspectiva, a avaliação se reveste de duas finalidades importantes:

- a. guiar localmente a ação, informando as transformações sucessivas dos eventos ligados, a um só tempo, à situação problemática e à intervenção, transformações que resultam de mecanismos ativos na intervenção;
- b. informar modelos explicativos e teorias dos atores, a fim de que possam aprimorar sua apreensão acerca dos mecanismos colocados em prática na produção de eventos.

As autoras apontam ainda três implicações da adoção de uma ontologia realista crítica para a avaliação de intervenções em saúde.

A primeira refere-se à definição do que constitui uma intervenção, objeto de avaliação. Postulam um alargamento dessa definição considerando seus sujeitos ativos produtores, ou seja, planejadores e destinatários das ações. A intervenção é vista, assim, como uma matriz de interações entre uma diversidade de atores cujas ações e suas consequências constituem a intervenção propriamente dita.

A segunda implicação para a avaliação é o privilégio de questões referentes aos processos por meios dos quais os eventos se transformam. Ou seja, além de conhecer as causas e os determinantes de um problema, também se devem conhecer e explorar os mecanismos utilizados para resolvê-lo. É necessário saber como algo se produz, se reproduz e se transforma num problema, assim como compreender os mecanismos e as ações que são desenvolvidos para chegar até sua definição como problema.

A terceira implicação é de ordem metodológica. Uma concepção realista crítica pressupõe mecanismos concretos não redutíveis às percepções que os atores têm da ação.

O papel da avaliação seria o de iluminar tais mecanismos para além dessas percepções. Os mecanismos podem ser continuamente reorientados pelos atores envolvidos, o que obriga o desenvolvimento de outras ferramentas metodológicas fundamentais na observação das mudanças induzidas por uma intervenção, assim como o da modelagem dos processos vinculados a estas mudanças.

Avaliação, comunicação e mediação

Caracelli (2000) apontava a evolução do papel dos avaliadores de imparcial observador externo para um coinvestigador nas ações avaliadas, atuando como um facilitador nas discussões com os atores envolvidos, aportando teorias, soluções e críticas. Esse ponto de vista é compartilhado com Rossman e Rallis (2000), que veem na figura do avaliador o papel de parceiros e coprodutores de conhecimento, defendendo a noção de que o diálogo substitui o debate.

Questionamos a noção utilizada nas práticas hegemônicas de avaliação de “transferência de tecnologias” dos avaliadores para

os interessados na avaliação (gestores, profissionais ou usuários). Remetemos para a noção de “construção conjunta de conhecimentos” dando sentido às apropriações e aos aprendizados na avaliação, expressão mais adequada ao uso ou significado que os interessados compreendem sobre suas realidades, numa perspectiva construtivista.

Preocupados com o “abismo” que se forma entre o conhecimento científico, como o produzido pelas avaliações, e as apropriações feitas pelos decisores e formuladores de políticas, Callon e Latour (1986) desenvolveram uma sociologia da tradução que tenta explicar e eventualmente dar sustentação à transformação de questões políticas em questões técnicas e vice-versa. Essa teoria pressupõe que todo processo e os resultados de pesquisas são modificados por ativos interesses (de atores humanos e não humanos) num processo de construção de uma rede de atores por interações multifacetadas no qual apenas a trajetória das negociações descreve o produto final a ser implementado. Ou seja, o conhecimento é e deve ser transformado pelos atores envolvidos levando em conta seus contextos, usos pretendidos e papéis desempenhados por cada ator e recursos alocados. Tradução, portanto, refere-se à contínua reinterpretação dos atores sobre seus papéis como produtores de inovação nos programas de ação política e que só podem emergir quando levados a cabo por redes de interação (*network*). Nesta teoria, a inovação é precedida de muita discussão e controvérsia, pois os atores possuem pontos de vistas diferentes. Essas controvérsias são solucionadas em parte pelo compromisso, acertado com os atores, de colaboração na solução dos problemas. A tarefa é facilitada pela incorporação parcial e negociada dos diversos interesses (BILODEAU et al., 2002).

Hartz et al. (2008) chamam atenção para a mediação necessária nesses processos avaliativos sugeridos pela teoria de tradução de Callon e Latour. Consideramos importante pensar o processo avaliativo como uma mediação entre os vários atores envolvidos na ação. Cabe-nos discutir os sentidos empregados de mediação que merecem reflexão nas práticas avaliativas.

Mediação, comunicação e informação

Davallon (2003) discute a noção de mediação a partir de duas definições do senso comum. A primeira noção de mediação,

pressupondo conflito de interesses entre diferentes atores, interpõe-se entre as partes utilizando uma “relativa neutralidade”, buscando, por meio de negociações, conciliação, acordos, consensos ou possibilidades de superação de impasses ou conflitos. A segunda noção de mediação é a de possibilitar a circulação de informações entre atores distintos e exemplifica em diversas situações como:

- a) a midiática, na qual circulam informações veiculadas por mídias variadas e a figura do jornalista ganha importância por sua imparcialidade na apresentação de várias versões sobre os fatos;
- b) a pedagógica, em que o formador assume o papel de mediação entre o conhecimento e o aprendiz. Lembra o autor que esta mediação às vezes pode ser feita por elementos tecnológicos não humanos;
- c) a cultural, quando o mediador “traduz” ou veicula produtos culturais para o público, como no caso de exposições, apresentações e outros eventos ou instituições culturais;
- d) a institucional, que remete a uma dimensão política e a outra sociológica. Na política, se aproxima da construção de hegemonia no sentido gramsciano do termo. Na sociológica, refere-se, sobretudo, às mediações sociais que geralmente tratam do “efeito” das novas tecnologias sobre as empresas e as redes sociais;
- e) por último, a mediação na análise de usos das tecnologias, ou seja, as operações, assim como os efeitos, de tecnização do processo de comunicação (mediação técnica) e, ao mesmo tempo, da intervenção da dimensão subjetiva nas práticas de comunicação (mediação social).

Davallon destaca o papel do “terceiro elemento” – um ator com a incumbência de mediar –, ressaltando quatro características em sua ação:

- 1) causa um efeito no destinatário da comunicação, de aprendizado. A ação também é personalizada, o destinatário é respeitado e valorizado como sujeito, não instrumentalizado;
- 2) o objeto, ator e situação de partida sofrem modificações para a integração em outro contexto, a fim de promover a comunicação entre as partes;
- 3) o operador da ação, quer seja humano ou objetivado em um dispositivo ou em ambos, pode ser questionado sobre sua forma e natureza;

4) a ação do terceiro elemento tem impacto no ambiente social em que ele se insere.

Para o autor, numa primeira aproximação, a noção de mediação aparece cada vez que há necessidade de descrever uma ação implicando uma transformação da situação ou um dispositivo comunicacional, e não uma simples interação entre elementos já constituídos, e, ainda menos, uma circulação de um elemento de um polo para outro. Ou seja, recorre-se à mediação quando há falha ou inadaptação das concepções habituais da comunicação: como transferência de informação e como interação entre dois sujeitos sociais.

A maioria das análises do autor é referenciada ao campo da Comunicação e Informação, mas elas podem dialogar com a Mediação no campo da Política.

Mediação e política

Os sentidos de mediação são largamente estudados no campo das ciências políticas, onde ela é observada na relação entre demandas sociais e recursos públicos, assim como no intercâmbio de informações em espaços de choque cultural.

Karina Kuschnir (2000) explora o sentido político da mediação. Seu ponto inicial está em caracterizar o detentor do acesso aos recursos públicos — o político. A mediação ocorre à medida que o político reconhece as necessidades de um grupo social específico, ou melhor, reconhece suas demandas, e faz uso dos recursos públicos aos quais tem acesso para atendê-las. A autora explora diversos aspectos da relação entre o público e o político e de como o político se articula para obter mais acesso aos recursos públicos e para poder abranger mais demandas. Quanto maior o acesso, maior a capacidade de atender às demandas e maior o poder desse político. A materialização do sucesso dessa mediação, do ponto de vista político, é o número de votos recebido pelo candidato. Dessa forma, são as eleições que “sustentam” os mediadores, pois, segundo a autora, somente o político eleito tem acesso aos recursos públicos e, portanto, o poder de mediá-los com as demandas. Para Kuschnir, essa prática clientelista é nociva à democracia. Afinal, os grupos que recebem os recursos necessariamente dependem de uma rede de relacionamentos que os

leve à influência desse “terceiro elemento” (o político). Portanto, socialmente há uma perda, pois os recursos públicos disponíveis para mediação são de todos. O critério de priorização se torna relacional.

No caso analisado por Kuschnir, a forma de mediar é alavancada por meio da sistematização de processos e rotinas que permitem maior acesso ao político pela “comunidade” e, assim, potencializando a identificação e mediação de demandas.

Velho e Kuschnir (2001), no livro *Mediação, cultura e políticas*, reconhecem que a mediação é um instrumento fundamental em um mundo que comporta realidades fundamentalmente diferentes, polarizadas. Exemplificam com a coexistência de comunidades extremamente carentes e bairros muito abastados no município do Rio de Janeiro. Por entre os dois polos de realidade, há o que eles chamam de “capilaridade”, espaço que permite o intercâmbio de informações entre os polos. As metrópoles são usadas como exemplos por serem lugares onde os mundos de cultura conflitante podem criar bastante espaço para mediadores. O fenômeno não é restrito às grandes cidades, mas nelas é mais visível por sua diversidade.

E é exatamente no choque de culturas que se abre o maior espaço para mediação. Vide a trajetória de um dos políticos usados como exemplo pelos autores, que transitava entre o mundo de estratos de maior renda da sociedade – no qual era economista *self-made man* – e os de menores rendas – nos quais era membro de sindicato e crítico da “elite” (no sentido pejorativo da palavra). A habilidade desse político como mediador era exercida entre o poder público e os diferentes segmentos da população. Seja na zona abastada ou em uma favela, há uma tradução das necessidades e dos problemas para que eles sejam resolvidos.

Segundo os autores, a tarefa básica do mediador é encontrar pontos de contato e comunicação entre os diferentes mundos, produzindo novos resultados com o processo. A interferência do mediador pode ser criativa, gerando valores novos e condutas novas. Para que isso ocorra, é necessário que se fale a linguagem que o destinatário entende. O mediador não apenas transita entre os mundos, mas também estabelece uma ponte de comunicação entre eles. O efeito colateral possível dessa prática é tornar as populações “mediador dependentes” em seus processos comunicativos ou dialógicos.

Avaliação, mediação e tradução

Retomando os processos avaliativos como possíveis processos de mediação, Hartz et al. (2008), ainda discutindo a teoria de tradução de Callon e Latour, destacam quatro momentos, não necessariamente consequentes, na operacionalização da rede social para produção de avaliações e inovações. O primeiro momento é o de problematização, orientado por um dos atores, trazendo uma definição de problemas ou ações provisórias para começar a identificar os interesses dos demais atores envolvidos em relação à sua proposta e levantando as principais controvérsias. Isso permite mapear o espaço social da intervenção em discussão. O segundo momento consiste no esforço de convencimento ou negociação dos interesses, o que permite a construção de convergências e alianças, nas quais o ator-condutor (tradutor) tem um papel estratégico. Uma flexibilidade interpretativa é necessária para a compreensão das diferentes concepções dos grupos envolvidos em seus variados contextos. O engajamento no processo de construção da rede definindo a identidade de grupo e os papéis dos membros e interesses comuns a ser trabalhados é o momento seguinte. Por fim, a mobilização, quando a rede formada é ampliada e fortalecida em suas estratégias, legitimando porta-vozes e condutores das ações pretendidas. Em programas de avaliação esses momentos formam um processo de aprendizado social, envolvendo os pesquisadores, os gestores e os usuários em geral na compreensão, interação, análise e ressignificação de suas ações, transformando políticas e instituições numa dinâmica contínua.

A mediação, nesse processo, significa mais do que a intermediação para a obtenção de resultados e impactos sobre problemas: aproxima-se da reconstrução da realidade compartilhada com efeitos na *historicidade* dos componentes da rede e de sua institucionalidade (HARTZ et al., 2008, p. 111).

Mediação e produção de autonomia

Embora não explicitamente, os conhecimentos e as experiências de atores valorizadas nesse processo têm relação com bases científicas e concepções técnicas de alguns atores (avaliadores, gestores e profissionais). O conhecimento e a experiência comuns parecem

submetidos à racionalização técnica e científica, como salientado por Contandriopoulos (2006). Essa aparente limitação nos remete à discussão de Paulo Henrique Martins (2008) sobre a formulação de metodologias centradas nos usuários. Para o autor, a noção de usuário deve ser desnaturalizada e adquirir vários significados conforme se dão as relações de poder entre os diversos atores no cenário dos serviços públicos de saúde.

Fundamentado numa perspectiva fenomenológica, Martins propõe analisar as práticas de saúde a partir do “mundo da vida”, do cotidiano, como referido em De Certeau (1994), em cuja obra o usuário público é visto como a figura de síntese — sempre mutável — de um processo permanente de barganha e de negociação intersubjetiva e voltada para a construção de um imaginário coletivo que mobiliza instantaneamente o Estado e a sociedade civil, formatando os espaços públicos em sociedades complexas (MARTINS, 2008, p. 122).

A ação desse — ou sobre esse — usuário é facilitada (condicionada e/ou emancipada) por fatores intersubjetivos e objetivos gerados nas tensões inevitáveis entre o mundo das organizações estruturadas, das instituições sociais, da imaginação criativa e das emoções interiores. Os fatores estruturadores da ação social são representados conceitualmente no cotidiano por critérios como reconhecimento, amor, amizade, solidariedade, confiança, responsabilidade e dádiva, entre outros.

Na visão de Martins, quanto maior a diferenciação social (da totalidade à parte, da sociedade ao indivíduo), mais complexos são os fatores condicionantes da ação social. E ele chama atenção para a expressão mais vigorosa desses fatores condicionantes no âmbito das instituições primárias como a família, os vizinhos, as interações com profissionais de saúde e outras, definindo uma dimensão microssociológica. Essa dimensão é relevante para compreender a dinâmica das redes de interação intersubjetivas na promoção da saúde e na busca ou oferta de cuidados.

O autor propõe ainda o desenvolvimento de metodologias de análise das redes sociais formadas no espaço público na interação dos sistemas organizacionais e do “mundo da vida” como forma de compreensão mútua entre os diversos atores. Aponta a importância nessas metodologias da observação dos “mediadores” dessas redes

tanto para produzir um efeito sinérgico nas ações de saúde como para compreender as dificuldades existentes na efetividade dessas ações. Destaca também que a visualização dessas redes pelos usuários teria um efeito “empoderador” em suas estratégias de afirmação de direitos de cidadania. Defende, por fim, que as redes sociais e comunitárias interativas podem se constituir em recursos importantes para conceber e se implementar novos critérios e indicadores de avaliação das políticas públicas que tenham efeitos mais efetivos que os tradicionais determinantes sociais epidemiológicos, por integrar ao mesmo tempo os fatores macro e microsociológicos, aqueles pensados a partir da lógica do sistema e aqueles pensados a partir das lógicas do “mundo da vida”.

Vislumbramos na aproximação com tal aporte teórico e metodológico a possibilidade da construção de práticas avaliativas que possam ser usadas como mediadores não humanos, manuseados por mediadores humanos, na complexa tarefa de adequar a oferta de serviços de saúde às necessidades dos usuários na perspectiva da Integralidade. Cumprir-se-ia assim o papel “iluminador” das questões e “empoderador” dos atores conferido pelas práticas avaliativas, apontados por Potvin, Gendron e Bilodean (2006).

Tal possibilidade foi inicialmente materializada em estudos que tiveram suas análises baseadas em Itinerários terapêuticos (BELLATO; ARAUJO, 2006; BELLATO *et al.*, 2008; TAVARES; BONET, 2008; GERHARDT *et al.*, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2008; NASCIMENTO-SILVA *et al.*, 2008; Almeida, 2009). Esses estudos tiveram a capacidade de explorar as redes sociais formadas na e pela busca de cuidados em diversos contextos, revelando os desencontros entre as ações planejadas e executadas por serviços de saúde e as demandas dos usuários. Expuseram também o cotidiano dos usuários e a teia de significações produzida por esse cotidiano na interação com os serviços de saúde. Ofereceram aos gestores e profissionais de saúde novas visões sobre os problemas enfrentados, as soluções ofertadas e o impacto produzido na vida dos usuários.

Pinheiro e Martins (2009) fizeram um esforço de sistematização de experiências em oito importantes municípios das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), que utilizaram

abordagens avaliativas desenvolvidas na perspectiva dos usuários. Novas experiências utilizando Itinerários terapêuticos e outras abordagens que privilegiam a compreensão da “vida do usuário” e, a partir dela, a condução de propostas de mudanças nos serviços e ações de saúde foram efetivadas e mostraram a potência dessas abordagens.

Destacamos a utilização da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano – MARES, que, na visão de Martins (2010, p. 7):

[...] surge como uma tentativa teórico-metodológica de reunir os ganhos conceituais da virada pós-estruturalista presentes em teorias como da análise de discurso, da desconstrução crítica, do interacionismo simbólico e da teoria da dádiva. Trata-se de responder a dois desafios: um deles, resgatar os ganhos resultantes da valorização do saber comum e do cotidiano na liberação da energia psíquica coletiva para organização de esferas públicas primárias que valorizem a democracia de próximos (COOLEY, 1998; DEWEY, 1991). O outro, o de promover um trabalho de descolonização dos saberes de modo a liberar novos saberes descolonizados e voltados para a produção de uma consciência coletiva ampliada e sensibilizada com idéias de público e de associação (CHANIAL, 2009). Nesta perspectiva descolonizar os saberes comuns implica uso de técnicas que incidam sobre redes de pertencimentos primárias como as familiares e de vizinhança e coletivas como associações e os espaços públicos híbridos (CAILLÉ, 2004), situados entre o Estado e a Sociedade Civil.

A proposta da MARES aparece como uma forma de mediação da comunicação e informação entre atores de inserções social diferenciadas, privilegiando aqueles de menor acesso aos recursos, apontando e refletindo estratégias coletivas de superação de obstáculos. Aposta na reflexão sobre as desigualdades e as formas cooperativas e solidárias de organização social para ações de transformação das políticas públicas.

Os estudos desenvolvidos recentemente em várias regiões do Brasil por Lacerda e Martins (2009) no Rio de Janeiro; Silveira *et al.* (2011) e Lofego e Silveira (2011) no Acre; Martins e Cuentro (2011) e Souza *et al.* em Pernambuco; Bellato *et al.* (2011) e Araújo *et al.* (2011) em Mato Grosso; Lopes *et al.* (2011) e Horta *et al.* (2011) em Minas Gerais e Gerhardt *et al.* (2011 a, b) no Rio Grande do Sul demonstraram e validaram a potência dessas abordagens para a

compreensão de demandas diversas e lançaram luzes sobre aspectos da gestão em saúde muitas vezes negligenciados.

A associação de práticas avaliativas no processo desencadeado pela aplicação da metodologia MARES permitiu aportar novas visões de realidade e construir juízos de valor mais adequados à população na análise das políticas sociais. A observação dos mediadores nos vários processos possibilitou a análise das situações e a percepção de fatores facilitadores e dificultadores do acesso e da efetividade das ações de cuidado.

Fortalece-se assim o aspecto formativo desse processo na direção da problematização como concebida por Freire (2009b, p. 193) e salientada por Nascimento-Silva (2010). Para Freire, problematizar “é exercer uma análise crítica sobre a realidade problema”, transformando-a e se transformando por meio de sua *práxis*. Juntamos a isso a questão da autonomia que pode se constituir na experiência de inúmeras decisões que são tomadas no processo. Dessa forma, a “autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser” (FREIRE, 2009a, p. 107). O que nos faz acreditar que no caráter formativo da avaliação transparece o desenvolvimento e fortalecimento da autonomia, estimulados pelo exercício da prática avaliativa ao longo da vida. Essa construção de autonomia estimula a emancipação dos atores para além do seu processo de trabalho, sejam eles trabalhadores, gestores, representantes de usuários e os próprios usuários.

É interessante perceber os pontos de contato destas nossas reflexões com a experiência utilizada por Hartz *et al.* (2008) para exemplificar processos avaliativos onde a mediação-tradução foram inspiradas nas discussões de Callon e Latour (1986). A experiência relatada encontra-se fortemente baseada no processo de problematização de Freire (2009.b).

Considerações finais

Percorremos algumas possibilidades de sentido que a noção de mediação pode assumir e refletimos sobre alguns pontos de contato entre estes e o desenvolvimento de práticas avaliativas centradas no usuário. Podemos observar as experiências desenvolvidas em vários contextos utilizando os referidos aportes teóricos. Podemos assim fazer algumas considerações ainda preliminares.

Processos e práticas avaliativas podem ser úteis em processos de mediação social se agregarem aspectos como facilitação na comunicação entre atores, estímulo ao diálogo, reconstrução da realidade a partir das várias visões (valorizando os de menor vocalização), explicitando e negociando interesses comuns nas ações propostas, legitimando, ou não, atores-mediadores, produzindo novos valores de juízo (sínteses das discussões) e, principalmente, estimulando a construção de autonomia e cidadania desses atores. A perspectiva de inclusão das observações das redes sociais de apoio formadas e/ou mobilizadas alarga a compreensão dos processos de construção do cuidado integral.

Por fim, parece-nos auspiciosa a possibilidade de aportar ao campo da avaliação essas teorias e metodologias, visando a aumentar o diálogo, a capacidade hermenêutica e a tradutibilidade das linguagens, no sentido utilizado por Gramsci (2001), e contribuir efetivamente para colocar o usuário – cidadão no centro da Política de Saúde.

Referências

- AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F. J. (Orgs.) *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 145-160.
- ALMEIDA, S.B. *A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ARAÚJO, L.F.S. *et al.* Análise da demanda do direito à saúde em Mato Grosso e as possibilidades de mediação pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p.185-192.
- AYRES, J.R.C.M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- BARON, G.; MONNIER, E. Un approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Revue "Informations sociales"* n. 110, Septembre, 2003.
- BELATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 167-188.

- BELLATO, R.; ARAUJO, L.F.S. Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde. In: *Seminário Internacional de Estudos Regionais Sul-Americanos: contrastes socioterritoriais e perspectivas de integração regional*. Cuiabá: UFMT, 2006, p. 77.
- BELLATO, R. et al. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p. 177-184.
- BILODEAU, A. CHAMBERLAND, C.; WHITE, D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue Canadienne d'évaluation de Programme*, 17, p. 59-88, 2002.
- CAILLÉ, A. A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, P.H.; FERREIRA NUNES, B. (Orgs.) *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- CARACELLI, V.J. Evaluation use at the threshold of the twenty-first century. *New Directions for Evaluation*, 88, p. 99-112, 2000.
- CHANIAL, P. *La délicate essence du socialisme*. L'association, l'individu & la République. Paris: Le Bord de L'Eau, 2009.
- COOLEY, C. *On self and social organization*. Chicago: The University of Chicago Press, 1998.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.
- DAVALLON, J. La médiation: la communication en procès? *Mediations & médiateurs*, 19, 2003.
- DE CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*: 1. Artes de fazer. 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV, 1997.
- DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. Campinas: Autores Associados, 1987.
- DEWEY, J. *The public and its problems*. Ohio: Ohio University Press, 1991.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2009a.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2009b.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- GERHARDT, T.E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D.L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p.197-214.
- GERHARDT, T.E. et al. A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p. 241-252.
- GERHARDT, T.E. et al. Atores, redes sociais e mediação na saúde: laços e nós em um cotidiano rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011b, p.253-269.
- GRAMSCI, A. *Caderno do cárcere*, v. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989, 294 p.
- HARTZ, Z.M.A. et al. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (Ed.) *Health promotion evaluation practices in the Americas*. New York: Springer, 2008, p.101-120.
- HORTA, J.C.A. et al. Tecnologia e inovação das doulas comunitárias: mediações na assistência ao parto. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p. 223-230.
- KUSCHNIR, K. *O cotidiano da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- LACERDA, A.; MARTINS, P.H. Metodologia de Análise de Redes do cotidiano – MARES: uma etnografia do grupo focal com agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 271-283.
- LOFEGO, J.; SILVEIRA, R.P. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo de útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p. 123-136.
- LOPES, T.C. et al. O plantonista social como mediador na construção da cidadania e das ações de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p.215-222.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 37-52.
- _____. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p.17-42.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAN, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.) *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 65-86.

MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 115-142.

MARTINS, P. H. MARES: atualidade teórica no contexto de declínio do pós-estruturalismo. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Orgs.) *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 407-422.

MARTINS, P.H.; CUENTRO, A.C. Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo de duplo registro. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p.139-147.

NASCIMENTO-SILVA, V.M. O caráter formativo da avaliação nas práticas avaliativas da gestão da atenção básica: o cotidiano dos atores na perspectiva da integralidade. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

NASCIMENTO-SILVA, V.M. et al. Trajetórias assistenciais em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 225-234.

NASCIMENTO-SILVA, V.M.; SILVA JUNIOR, A.G.; PINHEIRO, R. O caráter formativo da avaliação e a integralidade: reflexões teóricas. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.) *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 307- 316.

ROSSI, P.H.; LIPSEY, H.; FREEMAN, E. *Evaluation: a systematic approach*. Bervely Hills: Sage, 2004.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H.M.D. Tecnologias em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

SCRIVEN, M. *Evaluation thesaurus*. New Delhi: Sage, 1991.

SILVEIRA, R. et al. Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 215-224.

SILVEIRA, R.P. et al. Mediação e circulação da dívida no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p.111-122.

SOUZA, M.A.A.; PEIXOTO, M.L.; MACEDO, A.G. Idosos mediadores do cuidado de si: resistência e subjetivação em redes de interação no cuidado da saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p.161-175.

SPRINGETT, J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN, I. et al. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001, p. 83-105.

TAVARES; F.R.G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p.189-196.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Orgs.) *Mediação, cultura e políticas*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M. (Org.) *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-39.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente, 2004.

Redes cotidianas de cuidado: desafios e possibilidades de incorporação de redes sociais nas práticas avaliativas em saúde

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES¹

GUSTAVO COUTO²

BERNADETE PEREZ COELHO³

TIAGO FEITOSA⁴

GISELE CAZARIN⁵

GILIATE COELHO NETO⁶

PETRA OLIVEIRA DUARTE⁷

A institucionalização da avaliação se tornou tema relevante nos últimos anos no campo da avaliação. Reconhecemos que os processos avaliativos podem ajudar trabalhadores e gestores a ampliarem sua capacidade de análise e, conseqüentemente, de intervenção para melhoria do Sistema Único de Saúde (FELISBERTO, 2006; 2010; ALVES, 2008). Tal empreendimento já é um grande desafio em si.

Discutir qual avaliação que se quer institucionalizar, para quê, os sentidos, os significados e como operá-la no cotidiano do SUS, sempre permite um grande debate, especialmente quando perguntamos: quais

¹ Terapeuta Ocupacional Sanitarista, Professora da UFPE. Atual Diretora Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Endereço eletrônico: cinthiakalyne@yahoo.com.br

² Médico Psiquiatra Sanitarista, Secretário de Saúde do Recife.

³ Médica Sanitarista, Diretora Geral de Atenção em Saúde, Doutoranda em Saúde Pública pelo CPqAM.

⁴ Médico Sanitarista, Secretário Adjunto de Saúde do município do Recife, Doutorando em Saúde Pública pelo CPqAM.

⁵ Odontóloga Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Assessora da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

⁶ Médico de Saúde da Família. Assessoria da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

⁷ Farmacêutica Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Assessora Especial do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde.

são as possibilidades da incorporação de redes sociais (de usuários) nas práticas avaliativas? Quais são os desafios a serem enfrentados para a incorporação das redes sociais nas práticas avaliativas? Eis as questões que nos levam a sistematizar ideias sobre o assunto: primeiro acerca das lições aprendidas com a institucionalização da avaliação e a evolução das práticas dos atores no campo; segundo, a partir de uma reflexão sobre as possibilidades de abertura das práticas avaliativas à participação na nossa experiência na Gestão da Secretaria Municipal do Recife.

Inserção das redes sociais nas práticas avaliativas

A inserção de redes sociais nas práticas avaliativas já é uma realidade. Em se tratando de abertura dos processos avaliativos à participação social, Jacob (2005) analisou processos de institucionalização ocorridos em diversos países. A partir dos seus estudos, concluiu que, diante da multiplicidade de objetivos e de expectativas depositadas na avaliação, as finalidades e o grau de abertura à participação são os que permitem caracterizar melhor o desenvolvimento do dispositivo. Assim, ele propõe uma tipologia para a caracterização dos dispositivos institucionais da avaliação alinhando finalidades e grau de abertura, quais sejam:

- **Tecnocrático** - quando os dispositivos avaliativos possuem finalidade de controle, centrado em regras institucionais, com exclusão deliberada de certos grupos e cujos dados só se tornam acessíveis a assessores de confiança, e, portanto, configuram um grau apertado de abertura;
- **Participativo** - quando a avaliação tem uma finalidade de controle, mas se abre à divulgação para o público;
- **Corporativista** - quando apoia as funções gerenciais (*managment*) e, para isso, se baseia na aferição do alcance de metas e resultados, mas restringe a produção de informações ao núcleo de confiança do gestor;
- **Liberal** - quando os resultados da avaliação das metas podem ser amplamente divulgados;
- **Discursivo** - quando possui a finalidade da aprendizagem institucional. Envolve os atores institucionais e permite a troca e o diálogo, mas tem um fraco grau de abertura à participação social;

- **Reflexivo** - quando além de proporcionar a análise crítica sobre as intervenções na própria instituição, visando à aprendizagem, possui um forte grau de abertura à participação. Abre-se, portanto, à participação de trabalhadores, especialistas, cidadãos comuns em um mesmo espaço. Eles participam desde o foco, o debate metodológico até a emissão do julgamento.

A caracterização proposta por Jacob (2005) partiu de análise de experiências concretas de institucionalização e reforça uma busca, cada vez maior, da avaliação que alimenta processos de aprendizagem e agrega múltiplos olhares, desde o início de um ciclo avaliativo com a definição da pergunta avaliativa. Indagar sobre o quanto estamos preparados para ampliar o grau de abertura de um dispositivo avaliativo, que grau de abertura queremos, e como se preparar para uma abertura crescente deve ser preocupação dos processos de institucionalização da avaliação (SILVA; BRANDÃO, 2011).

Sabemos que todos os dispositivos presentes numa instituição resumem as relações entre vários paradigmas das ciências sociais e vários movimentos contemporâneos do campo da avaliação. Cada um deles tem algo distinto para contribuir com o processo de *mainstreaming* (*difusão*) da avaliação (PICCIOTO, 2002).

Um olhar sobre a história da evolução de uma prática é sempre um ponto de partida que nos leva a nos situarmos contextualmente no presente. Hartz (2008), baseada nos estudos de Guba e Lincon publicados em 1989, nos conta que, apesar de ser bastante antiga, a avaliação, enquanto interesse do setor público, evoluiu quatro gerações, e que, nos os dias atuais, já se pode falar da emergência da quinta geração, desta vez identificada por Baron e Monnier (2003).

A primeira geração (1800-1930) deteve-se à padronização de **medidas de resultados** centrada na análise das capacidades dos sujeitos: inteligência, produtividade dos trabalhadores. A segunda (1930-1967), além da **descrição** dos resultados na população alvo dos programas, preocupou-se também com a descrição das relações entre o processo e a estrutura na produção de resultados. A terceira (pós-1967) introduziu a produção de **julgamentos** como característica primordial da avaliação que auxilia a tomada de decisão; até se chegar à quarta geração, na

qual os resultados obtidos pelos processos avaliativos emergem de um processo de interação entre sujeitos e objeto do processo que é facilitado por meio de **denegociação** entre os interessados. Elas são co-produzidas e/ou plurais (GUBA; LINCON, 1989 apud HARTZ, 2006).

A quinta geração implica, necessariamente, a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes graças ao processo de avaliação. Ela se compromete, além da melhoria das políticas públicas, como as anteriores, a ajudar os grupos sociais a ela relacionados a compreender melhor os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los, incorporando mediadores nessa **“emancipação”**, e isso fortalece as dinâmicas sociais. Ela combina tanto a negociação quanto a produção de julgamentos; todavia, implica a vontade explícita de aumentar o **empoderamento** dos participantes graças ao processo de avaliação (HARTZ, 2006). Na avaliação de quinta geração, o avaliador, inserido no grupo participante, deve ser pró-ativo para incentivar o coletivo a transpor as fronteiras do diálogo e caminhar em direção a uma ação concreta integrada de mudança (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

Os “enfoques emergentes” conformaram-se, tanto a partir do acúmulo do desenvolvimento do campo, quanto dos seus objetos introduzidos pelas reformas sanitárias a que se propuseram determinadas sociedades. São tidas como emergentes as práticas avaliativas que se distanciam dos modelos tradicionais hegemônicos, geralmente associados ao enfoque normativo, à análise de desempenho, eficiência e efetividade e que primam pela abordagem quantitativa (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2011).

As avaliações emergentes, de cunho mais qualitativo-participativo, estão mais presentes nos países que assumiram processos de Reforma Sanitária ou de mudanças nos modelos tecnoassistenciais de saúde. Quando eles procuram mudanças tais como garantia da universalidade do direito à saúde e impetram novos modelos de gestão e atenção na produção de saúde, acabam desenvolvendo novas formas de tomar novos objetos em novos processos avaliativos (SILVA; BRANDÃO, 2011).

O direito à saúde, consagrado pelo poder público desde a Constituição brasileira de 1988, ao se tornar objeto da avaliação, traz consigo a necessidade de se considerar outros elementos para além do cumprimento de normas e regras nas práticas avaliativas. Ou seja, agregam os aspectos

políticos, culturais, subjetivos e sociais que contextualizam e interagem com os componentes da intervenção (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). Novas abordagens na avaliação são necessárias para acessar as dimensões sociais e intersubjetivas contidas nas relações de cuidado. Participação, alteridade, a perspectiva do outro, a centralidade no usuário, a dimensão subjetiva, os processos de significação, a inter e a transdisciplinaridade, a humanização nos processos avaliativos tornam-se objeto e objetivo da avaliação. Estas avaliações são, em geral, do tipo participativa, qualitativa, crítica (SILVA; BRANDÃO, 2011). A institucionalização dessas práticas tem o poder de se transformar em: “uma importante ferramenta democrática de *empowerment* dos cidadãos” (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009 p. 39).

Práticas avaliativas: mediadores do fortalecimento da interação entre os serviços de saúde e as redes sociais

A noção de usuário, pela teoria relacional de redes, permite a compreensão de que, ao usarem os serviços de saúde, na prática, as pessoas nunca estão sozinhas, mas acompanhadas por parentes, amigos, vizinhos e até mesmo desconhecidos, como em situações de emergência ou de apoio tão corriqueiras nos ambientes hospitalar e ambulatorial (MARTINS, 2009).

Podemos observar que existem muitas definições e concepções de rede social. Numa perspectiva fenomenológica, as redes sociais são compreendidas enquanto sistema de trocas e reciprocidades simbólicas e materiais, uma vez que são capazes de provocar circulação de dons positivos que reforçam o vínculo, as alianças, gestos, gentilezas, respeito, afetos solidariedade, estima e confiança. O fluxo de trocas nestas redes possuem dois polos de fluxo: aproximação “acordo-paz” e distanciamentos “conflitos-guerra” (MARTINS, 2009). Mediadores humanos ou não humanos (tais como as práticas avaliativas) podem favorecer o desenvolvimento da rede social baseado em laços de confiança e no estabelecimento de compromissos. São exemplos de mediadores não humanos: as práticas avaliativas (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009), os santos das crenças religiosas que são acionados em situações de conflito pelos religiosos (MARTINS, 2009), uma regra institucional, um protocolo (POTVIN; GERDRON, 2006).

A noção de rede traz em si a ideia dos bons valores nas relações sociais, sem, no entanto, deixar de reconhecer os conflitos, as controvérsias, os interesses de determinados atores que atuam e interagem em busca de poder, influência, prestígio quando buscam implementar seus projetos, sejam eles baseados nos interesses individuais ou coletivos (POTVIN; GERDRON, 2006; MATIONI, 2010).

As redes sociais irão se constituir na medida em que os agentes sociais tenham interesses e metas em comum. No entanto, isso não retira a existência de tensões e conflitos nas relações humanas, que também constituem as redes, as quais se valem de diferentes mecanismos de negociação para se viabilizarem. Martins tem a preocupação de distinguir as diferenças entre as redes sócio-técnicas (estrutura social dos programas e das intervenções em geral como adotada por Potvin e Gerdron (2006); das redes institucionais; e das redes sociais em geral e, em particular, a rede de usuários. Elas se instituem a partir de identidades, valores, saberes e finalidades que, em certa medida, são diferentes. No caso da rede de usuários de serviços de saúde, elas se estabelecem na relação da comunidade com os serviços de saúde. Todas elas possuem mediadores humanos e não humanos.

As redes sociais também são mais que grupos sociais, pois podem ser constituídas de vários grupos (MATIONI, 2010). Um movimento social pode ser considerado uma rede (POTVIN; GERDRON, 2009). Elas podem até surgir das ações não programadas, que inevitavelmente fugirão do inicialmente planejado no interior de programas e projetos, assim como surgem também, imprevisivelmente, os gestos da vida cotidiana, os laços de solidariedade, as ações de cooperação, as lutas antagonistas, entre outras (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

O território e as redes sociais:

um palco interativo que amplia as possibilidades

De uma maneira geral, o que se encontra nos espaços institucionais dos serviços de saúde muitas vezes é uma atitude de se evitar a problematização da prática, do concreto, e há resistência em submeter o cotidiano do trabalho instituído em processos de resignificação com o intuito de transformar o trabalho morto, em trabalho social vivo (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011; MERHY, 1997).

Para Martins (2009, p. 150), “o Estado precisa se abrir para incorporar uma diversidade de olhares sobre a realidade de saúde, especialmente quando busca territorializar políticas”, como na Atenção Básica em busca da integralidade da atenção. É a pluralidade de olhares que permite reconstruir uma realidade plural (SILVA; BRANDÃO, 2011).

O território, além de materialidade, se constitui em espaço social pela imaterialidade das relações construídas que podem ser baseadas tanto em relações de disputa, conflito e poder quanto em relações de solidariedade. Trata-se do lugar onde pode ser verificada a interação entre a população e os serviços no nível local, e sua configuração resulta de uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (MATIONI, 2010).

As redes sociais são reconhecidas também como estratégias sociais que buscam o fortalecimento das comunidades e grupos sociais nos territórios, para protagonizarem ações no sentido de melhoria das condições de vida locais. Apoiam lutas pela produção de saúde e pela melhoria na oferta dos serviços públicos de saúde. Dependendo do nível de organização e consolidação dessa rede, podem incidir ações inclusive sobre processos decisórios mais amplos (MATIONI, 2010).

As práticas avaliativas têm o potencial de se tornarem mediadoras da relação entre os serviços de saúde e os atores que integram as redes sociais com vistas ao alcance da integralidade na atenção à saúde num território. Como um dispositivo que favorece o encontro das redes sociais com a rede de serviços, elas podem ser uma forma pela qual os trabalhadores e gestores passam a compartilhar com as comunidades às quais estão vinculadas, fragilidades e potencialidades encontradas no território a favor da saúde das pessoas que ali vivem. Na ocasião deste encontro, é importante a disponibilidade de escuta e fala entre os agentes sociais que se põem em relação, cada qual portando uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação. Da mesma forma, a partir da relação serviço e redes sociais, pode-se construir cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos; constituindo-se assim num

momento de coprodução de conhecimento presentes nas culturas popular e institucionais (MATIONI, 2010).

Um desafio permanente da gestão na relação entre gestores, trabalhadores e a comunidade: estabelecer **compromissos** e acordos no mundo real vivo repleto de contradições. Os processos avaliativos podem ser ferramentas para o estabelecimento e construção compartilhadas de alternativas de desenvolvimento social.

Os compromissos são produtos de debates em torno de controvérsias. Potvin e Gerdron (2006) assinalam que as controvérsias são molas propulsoras dos processos avaliativos. São frutos das diferentes interpretações que os atores trazem consigo e que possuem em relação à intervenção (ofertas de serviços de saúde). Colocá-las em análise é um Ponto de Passagem Obrigatório para, na aproximação dos atores, formalizarem-se acordos; e é desta forma que se ampliam as redes sócio-técnicas de sistemas de avaliação e programação. Este também pode ser um caminho que acolha a rede dos usuários com seus questionamentos, interesses e possibilidades de cooperação e de novos temas e focos para os processos avaliativos.

A crença na produção de compromissos é uma aposta na possibilidade de um caminho intermediário, singular, de conciliação entre a regras e normas, que constituem as estruturas universais das práticas do cuidado instituídas, já ofertadas pelos serviços, e os interesses particulares dos sujeitos com vistas à produção de singularidades e de diferentes graus de autonomia (CAMPOS, 2000).

Considerando ainda que toda relação social também é uma relação de poder, o fortalecimento do poder baseado na participação é uma característica para a construção da democracia participativa e plural. Ainda que não assegure, criar relações mais democráticas frente ao poder centralizados nas estruturas do estado, como os existentes nos serviços de saúde, auxilia a distribuição do poder de elites dominantes. Assim como os processos educativos em geral, a inclusão de redes sociais de usuários nos processos avaliativos em saúde, em particular nas avaliações formativas, pode gerar relações de poder que ampliem a capacidade de negociação e disputa das decisões referente às dinâmicas nos serviços do seu território (MATIONI, 2010; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

A inclusão do usuário como avaliador legítimo e tomador de decisão sobre a definição de suas necessidades em busca do cuidado colabora na adequação entre a demanda e oferta e possui elevado potencial pedagógico formativo, uma vez que este produz conhecimento, alimentando a reflexividade dos sistemas sociais na elaboração de repostas e modos de operar novas intervenções (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

A institucionalização da avaliação, entendida como processo colaborativo entre gestores, avaliadores, profissionais, usuários, instituições de ensino e serviços, no apoio à tomada de decisão, passa a iluminar a árdua e complexa missão de adequar demandas e necessidade à oferta de intervenções com vistas à promoção do cuidado integral, e à formação de sujeitos na operacionalização contínua e diária do direito à saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

As práticas avaliativas que tomam o cuidado enquanto uma dimensão da integralidade, que consideram os usuários enquanto atores sujeitos proativos, que buscam reconhecer os aspectos intersubjetivos inerentes tanto ao cuidado quanto à avaliação, são consideradas amistosas à integralidade e inclusivas de redes sociais. Estas práticas são essenciais para democratização das informações, ao explicitarem os julgamentos e tomadas de decisão sobre os cuidados oferecidos nos serviços de saúde pela o Estado em cada território (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

Essas avaliações não que ser pautadas em processos de institucionalização da avaliação, mesmo em contextos político-institucionais e sócio-históricos favoráveis à implantação das intervenções. Passa a ser um compromisso ético com a democratização das instituições e com o fortalecimento da participação social, princípio inestimável da história do movimento da Reforma Sanitária (ALVES, 2010).

Em meio descentralizado num território, é muito mais fácil incentivar a inclusão de grupos sociais e o estabelecimento de uma boa relação entre as pessoas envolvidas, pedra fundamental para o estabelecimento de uma cultura avaliativa orientada à aprendizagem (WIDMER; NEUENSCHWANDER, 2004).

Reflexividade e aprendizagem

A capacidade de um sistema social se voltar sobre si mesmo, fazer de si mesmo objeto do conhecimento, é o que se pode denominar de

reflexividade. Este termo está relacionado à característica primordial dos sistemas sociais a partir da qual se estruturam os sistemas sociais de avaliação Farmacêutica Sanitarista (POTVIN; GENDRON, 2006).

Nesta perspectiva, as intervenções resultam das deliberações dos atores e suas percepções em interação com mecanismos estruturais presentes na sociedade que atuam sobre a situação julgada problemática. As intervenções (programas, projetos) são sistemas de ação complexos, que podemos tornar inteligíveis (compreensíveis) com o auxílio de modelização. A modelização permite a construção de modelos explicativos e auxilia os processos de tradução e comunicação na rede sócio-técnica do programa, que também constituem a estrutura de um sistema social de programação ou avaliação (POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2006).

Cabe aqui uma reflexão sobre a perspectiva de análise que entende o uso de modelos lógicos, para avaliações de programas, relacionado a um enfoque positivista, policialesco, punitivo, reservado aos especialistas no assunto e incompatível com a participação social. Tal assertiva se ancora no entendimento de que os processos de modelização trazem, subjacentes, uma concepção filosófica realista, na qual as intervenções são apenas objetos da realidade e têm poder efetivo para reparar situações problemáticas (objetos defeituosos) (POTVIN; GENDRON, 2006).

Entretanto, numa perspectiva realista crítica, a construção de modelos lógicos tem também a função de alimentar os modelos e as teorias dos atores. Desta forma, as modelagens permitem uma melhor compreensão dos eventos concretos vivenciados pelos atores, bem como a transformação das suas ações e, por conseguinte, a apreensão dos novos modelos resultantes (POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2006).

Nesta concepção, a avaliação considera que a ação não apenas se vincula à representação social que os atores possuem acerca dos problemas e do próprio programa (concepção idealista). Considera a existência dos elementos estruturais, para além das percepções na influência da constituição das intervenções. Todavia, tais elementos estruturais podem ser ativados e modificados pelos atores em permanente interação. Assim, a participação social é elemento primordial.

As relações na interação destes sistemas são dinâmicas, evoluem no tempo, entre os componentes da intervenção, os contextos, e os diferentes atores que interagem por meio dos seus processos. As práticas ou as condutas dos atores são simultaneamente constitutivas da intervenção e influenciadas pela estrutura destes, tornando-se interdependentes (POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2006). A instituição de um processo avaliativo também constitui uma intervenção. Ao final de um processo avaliativo, a intervenção já não é mais a mesma. O conceito inicial inscrito na modelização inicial também já não será mais o mesmo; deste modo, o modelo inicial não será o mesmo. Os atores também não serão mais os mesmos.

Amparado pelo amplo grau de autonomia que os trabalhadores da saúde possuem no seu fazer e pela ampla capacidade de enraizamento de suas conexões com outros trabalhadores e com os usuários, é possível a constituição de um processo de trabalho criativo, vivo, pautado pela ética do cuidado. Ampliar a capacidade de **autoanálise dos coletivos** em prol da produção de conhecimento sobre o sentido de suas ações e da ética que guia as interações (trabalhador-trabalhador, trabalhador-usuário) é contribuir para a dinâmica das redes construídas, na composição e recomposição de suas conexões, cuja essência é de autogestão, ou seja, gerido pelos próprios atores destas redes. E isto mantém a liberdade os atores institucionais em relação aos processos normativos que tolhem e aprisionam os trabalhadores e suas práticas em atos repetitivos, disciplinares pouco significativos para o usuário. O trabalho vivo, centrado nas necessidades dos usuários, acontece (FRANCO, 2006).

A reconstrução dos itinerários terapêuticos, a aplicação de metodologias como a MARES (Metodologia de Análise das Redes do Cotidiano), que partem integralmente dos usuários (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009; MARTINS, 2009), sejam as Rodas Educadoras de Avaliação (SILVA; BRANDÃO, 2011), que incluem os usuários como avaliadores legítimos e representantes de redes sociais, são importantes estratégias metodológicas que favorecem, na prática, a aprendizagem dos coletivos.

A aprendizagem coproduzida proporcionada pela avaliação num processo sócio-construtivista pode levar para além da análise do

cumprimento dos objetivos, e orientar-se por enxergar os sentidos e os efeitos que o cuidado em saúde, prestado na realidade concreta dos serviços, tem provocado em si e nos outros. Aprender, então, se torna um ato de construir consciência crítica a respeito da realidade concreta do cotidiano; e é neste sentido que avaliação se transforma em prática formativa, construtiva e emancipatória (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009; FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011; SILVA; BRANDÃO, 2011).

Abrir-se a compartilhar informações, produzir conhecimentos em cogestão e instituir práticas avaliativas participativas, pluralistas e emancipatórios depende das características da própria Gestão, do quanto ela se dispõe a se abrir à participação social (WORTHEN, 1995).

A experiência do Recife

O município do Recife, no período de 2000 a 2008, viveu intensa expansão da rede de saúde no seu território: ampliou a Estratégia Saúde da Família, como forma de estruturar a Atenção Básica; ampliou policlínicas e maternidades, estabeleceu políticas de saúde da criança, da mulher e adolescente, adulto e idoso; instituiu programas por agravos prevalentes (COELHO, COUTO, 2009), aumentou o acesso e a oferta de serviços na atenção à saúde mental (COELHO; COUTO, 2009). As ações intersetoriais de vigilância em saúde foram amplamente disseminadas no interior do governo e se espalharam no território. As ações de educação popular em saúde ganharam destaque nos cenários local e nacional da Atenção Básica; programas como o Academia da Cidade ganharam expressão nacional; o Modelo de Cidade Saudável orientou a estruturação do modelo de atenção e gestão à época.

No terceiro período de um governo democrático (2009-2012), a Secretaria de Saúde, consonante com o projeto político apresentado à população, que permitiu a permanência do partido político no poder, definiu como prioridade da agenda setorial a qualificação da gestão e dos serviços e dos programas de saúde. A percepção construída era de que a ampliação dos serviços precisava mais do que ofertar procedimentos. Precisaria se comprometer com a produção de saúde e produção de sujeitos individuais e coletivos. Um cuidado que buscasse a promoção em saúde na integralidade do cuidado e que promovesse articulação das potencialidades nos territórios. Buscar-se-ia superar a

racionalidade médico-centrada das práticas de saúde para constituir uma nova clínica cuja centralidade fosse deslocada para o usuário. Mas como fazer isso?

Os rearranjos organizacionais para estruturação redes de atenção

Além de assumir a Atenção Básica enquanto reorganizadora do sistema, e isso ainda exigia uma expansão, que agora se faria em menor velocidade, apostou-se na implantação de um novo modelo de atenção e gestão: Recife em Defesa da Vida. Este se apoia na análise institucional no âmbito das ciências sociais e introduz o método de gestão paideia proposto por CAMPOS (2000) para apoiar a análise a cogestão de coletivos. Compreende a gestão de coletivos não só como espaço de produção de serviços, mas com função pedagógica e terapêutica. “Um lugar no qual se produz aprendendo e também, ao mesmo tempo, reconstrói a própria subjetividade (COELHO; COUTO, 2009).

A Diretoria Geral de Atenção à Saúde reestruturou sua atuação por meio do Apoio Institucional e introduziu as diretrizes da cogestão, do Acolhimento, da Clínica Ampliada e da Saúde Coletiva Ampliada no centro dos projetos estratégicos. Definir a cogestão como diretriz foi um gesto do grupo gestor no sentido de se abrir à inclusão de vários olhares tanto no interior da secretaria (gestores e trabalhadores) quanto na sociedade – ou seja, usuários e demais instituições preocupadas com a produção de saúde e formação de sujeitos. Busca-se assumir, cotidianamente, o compromisso com a democratização das ações em todas as direções: gestores, trabalhadores e usuários. Implica-se então com a discussão sobre novos modelos de gestão e de atenção para operar no cotidiano dos serviços os princípios e as diretrizes do SUS, assumindo os propósitos de humanização.

A implantação dos 18 Fóruns de Micro na totalidade dos distritos sanitários, o fortalecimento e a constituição de colegiados gestores nas diretorias e distritos sanitários, as reuniões com as comunidades, com a presença efetiva de representantes da gestão, sistematicamente nos serviços de saúde, no território, foram se instituindo e adquirindo sustentabilidade. Dessa interação, com o concreto dos serviços de saúde, e da disposição em manter olhar crítico e o reencantamento com o SUS real, surgem novas possibilidades. A Educação Permanente, que toma a

reflexão do trabalho em saúde como objeto de análise e de intervenção passou a fazer parte destes espaços, tendo o apoiador institucional como ator central nesse processo (COELHO; COUTO, 2009).

Vale ressaltar, como práticas embrionárias de modelos voltados para a promoção da saúde com ênfase na integralidade, a implantação dos “Forinhos”, articulados pelo Programa de Saúde Ambiental. Uma ação contra-hegemônica de prática de promoção de saúde que envolveu múltiplos atores no território das diversos setores do governo (Assistência Social, Limpeza Urbana e Meio ambiente, Educação e do próprio Orçamento Participativo) e da sociedade (Campos de Futebol, Associações de Moradores, Casas Voluntárias de Adesão ao controle da Dengue e da Filariose) com alto poder de mobilização social. Foram responsáveis pelo delineamento de estratégias compartilhadas de controle da filariose, do combate à dengue e à leptospirose como jogos, gincanas, teatro de fantoches, mutirões, etc. Esta ação da Saúde Ambiental foi bastante efetiva para os resultados alcançados na eliminação da filariose e no combate à dengue. O programa deu o primeiro passo em torno da discussão da gestão no território.

Outro programa que se destaca como elemento disparador inicial da discussão sobre a integralidade e a promoção da saúde foi o da Academia da Cidade. Este, além de todo o envolvimento e movimento que produziu no território, ressignificou a relação do público com o espaço urbano, potencializou a autonomia dos participantes para com o autocuidado e discutiu, desde o início, de forma permanente, os padrões de avaliação e a forma de institucionalizá-la. O novo modelo de atenção e gestão provocou a implantação do colegiado do programa que hoje se constitui num espaço concreto e vivo de educação permanente.

Da aproximação e diálogo intenso com as unidades de saúde, novas ofertas de serviços foram viabilizadas no território. Surgiram para aumentar a efetividade da Atenção Básica: o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Tais iniciativas passaram a apoiar a horizontalização e o matriciamento do cuidado em rede, ampliando-se o vínculo e a solidariedade também entre as unidades. As áreas de saúde, educação e assistência social foram articuladas com a presença desses novos

apoiadores, tornando o território espaço profícuo para o trabalho vivo. O seminário comemorativo do primeiro ano do NASF pode apresentar como o programa ofertou as melhores práticas no atendimento às necessidades do usuário e como ousou na articulação viva do cuidado no território e todos os serviços ali colocados pelo próprio poder público. As práticas integrativas também passaram a ser mais uma forte na resolutividade dos serviços que se conciliaram com a proposta de apoio matricial. O Plano de Combate ao Crack foi capaz de agregar 11 secretarias; o Programa Saúde na Escola passou a desenvolver ações articuladas entre a vigilância e atenção à saúde e a Secretaria de Educação.

Busca-se então, cotidianamente, produzir o menor dano possível em toda a rede, sobretudo com a inclusão do outro na construção de projetos terapêuticos, o aumento da capacidade de gestores e equipes estabelecerem compromissos e contratos com equipes usuários, famílias e comunidades (COELHO; COUTO, 2009). Proporcionam-se espaços de construção de subjetividades à luz da análise institucional e da perspectiva da cogestão. Embora se reconheçam as dificuldades para se avançar na democratização das relações, tanto no interior das organizações como na relação com a sociedade, os arranjos e dispositivos ofertados permitem ressignificar as práticas dos trabalhadores e gestores em saúde por meio da reflexão analíticas das situações concretas (COELHO; COUTO, 2009).

O apoio institucional, escolhido enquanto estratégia metodológica, para pôr em prática uma forma de ampliar as funções de gestão, permitiu às equipes apoiarem usuários no autocuidado e nos modos de caminhar a vida (COELHO; COUTO, 2009). Também foi a partir do apoio institucional que surgiram novas abordagens avaliativas que se espalham pelos colegiados das diretorias, distritos e unidades de saúde.

Embora possam ser identificadas práticas avaliativas instituídas ao longo do amadurecimento da Secretaria Municipal de Saúde nas duas gestões anteriores do governo, elas se caracterizam por seu pequeno grau de abertura à participação social, focadas nos aspectos de controle e gerenciais, aproximando-se mais de modelos tecnocráticos e gerenciais do que participativos ou reflexivos. Estão instituídas práticas avaliativas nos seguintes setores: Gerência de Avaliação e Controle;

Gerência Operacional de Avaliação de Qualidade; Supervisão de Avaliação Ambulatorial; Supervisão de Avaliação Hospitalar; Gerência Operacional de Programação e Informação; Setor de Supervisão de Informação e Sistemas; Gerência Operacional de Controle e Auditoria; Gerência de Assistência Farmacêutica e Material Médico-Hospitalar; Gerência Operacional de Programação e Avaliação; Supervisão de Acompanhamento e Avaliação; e Gerência Operacional de Informação e Avaliação. Na Diretoria de Vigilância à Saúde: Gerência de Epidemiologia, Gerência Operacional de Informação de Mortalidade e Natalidade. Na Diretoria de Planejamento e Gestão Gerência de Informações Estratégicas: Gerência Operacional de Informação; Diretoria de Gestão do Trabalho na Gerência de Operacional de Gestão de Pessoas Gerência de Serviços de Análise de Desempenho dos Serviços de Saúde. No Laboratório Municipal: Gerência de Serviços de Controle de Qualidade. A estruturação dos comitês de avaliação do óbito infantil e materno, como dispositivos avaliativos da qualidade de serviço, já possui certo grau de abertura às outras instituições de saúde não pertencentes à secretaria municipal.

A existência dessas práticas, mesmo ainda restritas ao âmbito institucional, já constitui um avanço para o *mainstreaming*. O modelo de atenção e gestão adotado, especialmente no exercício da cogestão, proporciona o diálogo entre o instituído e permite reeditar o normativo. Percebe-se que essas estruturas estão sendo afetadas, em permanente transformação, num movimento contínuo, dinâmico, mas dialético, de análise e aprimoramento. A adoção desse modelo se torna um arranjo organizativo capaz de desencadear movimentos nos saberes e poderes constituídos, tendo no diálogo e na ação conjunta a força mediadora da articulação e evolução. Transforma-se o antigo e ao mesmo o novo se institui de uma maneira nova; teoria e prática e se encontram.

Vale destacar outra prática avaliativa, desta vez com amplo grau de abertura. Desde a segunda gestão do governo, as conferências do terceiro ano de gestão adotaram com grande responsabilidade e incentivo o caráter avaliativo, e este importante fato permitiu que o julgamento na avaliação da implantação do Plano Municipal, construído nas conferências dos primeiros anos de gestão, fosse co-produzido em um amplo grau de abertura à sociedade. Todas as

proposições advindas da conferência e aprovadas pelo Conselho de Saúde, quando da análise do Plano Municipal, foram submetidas à avaliação dos movimentos sociais, desde as plenárias microrregionais e distritais à Conferência Magna local. Todavia, o processo hegemônico ainda foi o normativo, baseado nos julgamentos sobre os compromissos: ação realizada, não realizada e em andamento, que embora não tenha sido impeditiva ao debate sobre o sentido das ações produzidas e em andamento, proporcionou a mediação de entendimentos em relação aos rumos da implantação do modelo de uma maneira menos conflituosa e mais inclusiva.

O apoio institucional foi disponibilizado em 2010, utilizando a avaliação como ferramenta de análise e fortalecimento dos coletivos no seu processo de trabalho. Os apoiadores da Atenção Básica modelizaram as diretrizes operacionais do Recife em Defesa da Vida, com a participação efetiva dos trabalhadores, e introduziram a avaliação da implantação da cogestão, acolhimento, projeto terapêutico singular como objeto e objetivo. A prática, hoje, funciona como mediadora da relação entre trabalhadores e gestores, mas precisa evoluir para a inclusão da comunidade.

De uma forma geral, o incentivo à participação dos trabalhadores nas reuniões de equipe, nos fóruns de microrregiões, no matriciamento, na consulta compartilhada e na construção de projetos terapêuticos singulares, constituiu espaços importantes de co-análise e de educação permanente, que permitiram democratizar as relações no interior da instituição. As reuniões comunitárias, a forte atuação do Conselho de Saúde e o sistema de Ouvidoria totalmente implantado, são potencialidades do sistema municipal de abertura das práticas avaliativas à participação social.

A gestão do trabalho, a educação na saúde e as práticas avaliativas

A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foi reconhecida enquanto área estratégica, tanto porque a mudança efetiva do cuidado depende da adesão dos trabalhadores à proposta, quanto pelo compromisso do governo com sua base política. A desprecarização dos vínculos com realização de concursos públicos no qual foram admitidos mais de seis mil profissionais de saúde; o fortalecimento

da Mesa Setorial de Negociação; e a revisão de um Plano de Cargos, Carreiras e Desenvolvimento se destinam à valorização do trabalho vivo, em ato, e à implementação de mecanismos de apoio à mudança do modelo Recife em Defesa da Vida.

A diretoria responsável pela área elaborou, inicialmente, o modelo lógico de sua política com a participação de gestores e trabalhadores e submeteu à apreciação do núcleo gestor e dos sindicatos na mesa setorial de negociação permanente. Mudanças nos processos internos de gestão se alinharam às diretrizes do novo modelo. O colegiado da diretoria e o colegiado ampliado, com a participação dos distritos sanitários, foram instituídos. Trabalhadores da diretoria incluíram-se no Apoio Institucional Integrado e passaram a se imbricar nos espaços de cogestão no território em parceria com a Diretoria de Atenção à Saúde. Representantes da Gestão do Trabalho também mantiveram participação sistemática no grupo de acompanhamento da folha, que também passava a adotar um modelo matricial de apoio devido à implantação da controladoria municipal que conduziu o processo, envolvendo a Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas e Secretaria de Finanças, Educação e a Administração Indiretas.

Ainda como mecanismo de reorganizar o processo interno de trabalho, a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho implantou o Acolhimento ao Trabalhador, centrando a reorganização do seu processo de trabalho em atender às demandas trazidas pelo trabalhador de saúde, principal usuário dos serviços ofertados. Isso permitiu que os trabalhadores vivenciassem a diretriz tão cara à gestão: humanização e acolhimento.

Outro espaço importante de cogestão, com maior grau de abertura, foi instituído para agregar a rede de formação dos futuros trabalhadores de saúde: o Colegiado de Formação e Educação Permanente, incluindo, além de representantes de instituições de ensino público e privada (no nível técnico e da graduação de serviços de saúde), os trabalhadores, estudantes, controle social e representantes das demais diretorias. Nesses espaços, os processos avaliativos estão sendo pautados, inicialmente, com a delimitação do foco e com a construção de padrões que balizarão os convênios e as relações de trocas positivas que sustentarão a Rede SUS-Escola.

A Mesa Permanente de Negociação, dispositivo legítimo de negociação entre gestores e trabalhadores, inclui a rede social do movimento sindical. Transformou-se num espaço de cogestão importante de trabalhadores e gestores. Embora tivesse sido prevista a participação de representantes dos usuários no processo, isso não vem ocorrendo. Ainda há um distanciamento dos conselhos de saúde.

No que tange à avaliação de desempenho, os critérios, as dimensões e as finalidades foram abertas à negociação. As propostas de avaliação de desempenho tanto no que se refere à carreira, bem como os critérios de progressão foram pactuados com a participação efetiva do movimento sindical. Do mesmo modo, a revisão do pagamento da produtividade foi alvo de intenso debate com as categorias profissionais. O grupo de trabalho de revisão da produtividade discutiu e propôs incentivos para a implantação do modelo de atenção e gestão e um novo modelo para o seu pagamento, construído coletivamente. A ideia principal é a conformação de contratos singulares de gestão que superem a lógica de pagamento baseado nos valores dos procedimentos até então vigentes (avaliação de primeira geração). O objetivo é constituir processos avaliativos formativos de valorização do trabalho de trabalhadores que produzam projetos terapêuticos e atos de cuidado integral e não baseados apenas no pagamento quantitativo por procedimentos, lógica criada ainda pelo antigo INAMPS. Ampara-se então, um novo conceito de qualidade, mais qualitativo, e aproximam-se de modelos de avaliação participativos.

A participação de representantes de usuários no processo de proposição dos indicadores e nos ciclos anuais de avaliação, enquanto membros da comissão de avaliação, visa ao fortalecimento da participação social na prática avaliativa. Essa atitude da gestão foi um mais um gesto para trabalhadores, em busca de incentivar práticas que vão além do procedimento e se preocupam com a produção de saúde a formação de sujeitos.

Vale ressaltar que a introdução de aspectos subjetivos na avaliação do desempenho dos trabalhadores é algo muito temido, uma vez que a relação da avaliação enquanto processo punitivo habita o imaginário do movimento sindical. Introduzir a avaliação da gestão e da estrutura ofertada por ela para viabilizar o alcance das metas, em termos de

condições de trabalho e educação permanente, foi ponto de passagem obrigatório do acordo, o que minimizou a tensão.

Inicialmente, houve pouco entendimento da participação dos usuários, cuja proposta inicial era introduzir nos componentes da avaliação uma dimensão relativa à satisfação dos usuários. Ao final de muito debate, chegou-se ao entendimento de que eles deveriam estar envolvidos desde a proposição do foco até a análise e recomendações. Este é um mais um passo para a abertura das práticas avaliativas à participação avaliativos aos usuários do sistema, encontramos limites internos e necessidade de desenvolvimento de capacidade avaliativa para a condução de processos avaliativos no âmbito dos serviços de saúde.

A necessidade de democratizar a própria relação entre trabalhadores e gestores foi prioritária inicialmente; a partir de então, processos avaliativos participativos poderão ser conduzidos de forma mais democrática com a sociedade, compromisso primordial da Reforma da Saúde Pública.

As pesquisas avaliativas sobre os dispositivos instituídos passaram a ser objeto de várias pesquisas, em diferentes projetos de diferentes instituições acadêmicas de ensino superior. Exemplo disso foram os projetos de pesquisa contidas no Projeto de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde). Um desafio que se impõe é o uso das avaliações e das pesquisas avaliativas produzidas, pela Gestão. Com o intuito de favorecer o acesso aos resultados dessas pesquisas, está se apostando na criação de um espaço virtual que deixe à vista tais relatórios. Esta iniciativa será inserida na política de tele-educação em implantação no município. Contudo, o incentivo à participação dos trabalhadores em atividades de pesquisa favorece bastante o uso.

Considerações finais

A opção pelo fortalecimento da cultura avaliativa é uma decisão dos gestores, cabendo a eles, inclusive, estruturar políticas para avaliação de políticas, democratizando processos de construção de conhecimento e resignificação das práticas cotidianas a partir do interior das instituições. A abertura da Gestão à participação social, ao decidir pela institucionalização das práticas avaliativas, expressa

o compromisso dos gestores em pôr em prática um dos princípios mais caros ao Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira: a democratização participação e controle social.

As práticas avaliativas que tomam como objeto o cuidado em saúde como dimensão importante da integralidade não podem se restringir à análise do cumprimento ou não das regras de cada programa, mas instituir um sistema social que espelhe a produção de saúde e o impacto sobre a produção de sujeitos a partir dos significados que a oferta dos serviços disponíveis no território provoca nos trabalhadores, usuários e suas redes sociais. A avaliação pode, sim, ser uma mediadora da relação serviço de saúde e comunidade. Quando se compromete com o fortalecimento da capacidade de aprendizagem dos envolvidos, produz gestos e atitudes que promovem mudanças perceptíveis de melhoria do cuidado e de produção crescente de autonomia com vínculo, respeito e corresponsabilização.

Os dispositivos de cogestão criados ou potencializados com a implantação do Modelo Recife em Defesa constituíram espaços privilegiados de desenvolvimento das práticas avaliativas tanto no interior da instituição (colegiados, fóruns de micro, núcleo gestor, comitês) quanto na interface com as redes e movimentos sociais (mesa permanente de negociação, colegiado de formação e educação permanente, conselhos municipal e distritais). Estes espaços devem incluir na agenda processos autoanalíticos e de autoavaliação não só quanto ao cumprimento de metas e objetivos inseridos nos planos, programas, projetos e serviços, mas, sobretudo, em relação à repercussão que as intervenções têm produzido tanto para a produção de saúde quanto para a produção de sujeitos individuais e coletivos no cuidado usuário-centrado.

Um desafio específico à Gestão do Trabalho é apoiar o processo de institucionalização das práticas avaliativas participativas reflexivas e emancipatórias, valorizando e incentivando processos desenvolvidos pelos trabalhadores no âmbito da instituição, reconhecendo como potencial ferramenta de aprendizagem institucional e de fortalecimento da capacidade técnica e política dos trabalhadores. Com refere Furtado (2011), para que trabalhadores e gestores

enxerguem e se enxerguem, compreendam e se compreendam. Ao mesmo tempo, então, torna-se necessário articular os processos de gestão do trabalho à gestão da educação, seja em processos formais, debatendo a necessidade de reorientação dos currículos junto às instituições de ensino; seja no cotidiano e nos espaços de educação permanente hoje já institucionalizados.

Especialmente, na revisão dos processos de incentivo à qualidade do sistema de saúde, introduzir elementos qualitativos e de participação social é hoje uma possibilidade concreta de ampliar o grau de abertura dos processos internos institucionais de avaliação à sociedade. É ao mesmo tempo um desafio, na medida em que tal participação precisa ser sustentada ao longo de muitos anos e ser conduzida por gestores que possuam disposição e qualificação para conduzir processos avaliativos, e gerar acordos e compromissos no contraditório das interações que se estabelecem nas relações das redes sócio-técnicas e na relação com a rede de usuários. A habilidade de construir consensos, enquanto acordos provisórios para avançar nas conquistas da saúde, é um grande desafio presente no dia a dia da gestão democrática do SUS.

Referências

ALVES, C.K.A. *Institucionalização da avaliação na Atenção Básica: análise do programa em uma gestão estadual*. 2008 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. Avaliação de políticas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp, 2011. p. 41-62

CAMPOS, W.S. *Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

COELHO, B.P.; COUTO, G. A. O Modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. *Rev. Divulgação em Saúde para Debate*. Série Conasems/CEBES, n. 44, p. 113-122, maio 1999.

FELISBERTO, E. et al. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.M.R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.p. 59-72.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo do debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul/set. 2006.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro, Cepesc, 2006.

FURTADO, J.P.; LAPERRIÈRE, H. A Avaliação da Avaliação. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp, 2011. p. 19-39.

HARTZ, Z. Pesquisa Avaliativa. In: SEMINÁRIO AVANÇADO: PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006, Recife. *Apostila...* Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006.

JACOB, S. Réflexions autor d'une typologie des dispositifs institutionnels d'évaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Ottawa, v. 20, n.2, p.49-68, 2005.

MARTINS, P.H. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 53-89.

MATIONI, F.C. *As redes sociais no fortalecimento da ação comunitária: possibilidades e desafios para a promoção da saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MERCADO, Francisco et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In.: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). *Avaliação Qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes. 2006.p. 22-62.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

PICCIOTO, R. The logic of mainstreaming- a development evaluation perspective. *Evaluation*, Minneapolis, v. 8, n.3, p. 322-339, 2002.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A Centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-51

POTVIN, L.; GENDRON, S. Programação e avaliação em Saúde. In: SEMINÁRIO AVANÇADO: PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006, Recife. *Apostila...* Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In:

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). *Avaliação Qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes. 2006.p. 65-86.

SILVA, R.R., BRANDÃO, D.B. Nas Rodas da Avaliação Educadora. In: CAMPOS, R. O., FURTADO, J.P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp, 2011. p. 139-158.

WIDMER, T.; NEUENSCHWANDER, P. Embedding Evaluation in the Swiss Federal Administration. *Evaluation*, Minneapolis, n.4, v.10, p.388-409, 2004.

WORTHEN, B. R. Some observations about the institutionalization of evaluation. *Evaluation Practice*, v. 16, n.1, p. 29-36, 1995.

Como a avaliação pode constituir-se em uma intervenção democrática? Uma discussão sobre aparelhos, redes sociais e ação política na produção do cuidado em saúde

FRANCINI LUBE GUIZARDI¹

FELIPE DE OLIVEIRA LOPES CAVALCANTI²

A fuga da fragilidade dos negócios humanos para a solidez da tranquilidade e da ordem parece, de fato, tão recomendável que a maior parte da filosofia política, desde Platão, poderia facilmente ser interpretada como uma série de tentativas de encontrar fundamentos teóricos e meios práticos de evitar inteiramente a política. O que caracteriza todas essas modalidades de evasão é o conceito de governo, isto é, a noção de que os homens só podem viver juntos, de maneira legítima e política, quando alguns têm o direito de comandar e os demais são forçados a obedecer.

(Hanna Arendt, 1981, p. 234.)

Introdução

O surgimento do campo da avaliação de programas e políticas públicas costuma ser reportado à Grande Depressão nos Estados Unidos e ao período pós-Primeira Grande Guerra Mundial, quando a gravidade das questões sociais enfrentadas tornou relevante a necessidade de avaliar as políticas públicas e sua capacidade de responder aos problemas que as justificavam (GUBA; LINCOLN,

¹ Pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. Pesquisadora do LAPPIS. Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: flguizardi@gmail.com.

² Médico sanitário do Instituto Nacional do Câncer e doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: felipeolcav@yahoo.com.br.

1989). Contudo, apesar da direta relação histórica entre esse período e a consolidação da avaliação, consideramos que é possível, e necessário, tecer outra narrativa a respeito das práticas formais de avaliação.

Nessa outra narrativa, tais práticas têm sua emergência relacionada a um conjunto de questões colocadas para a administração, e que são formuladas a partir de interrogações sobre o custo-benefício de ações e intervenções, sobre sua eficácia, efetividade, etc. Se olharmos em perspectiva histórica, é possível observar que tais preocupações, e as práticas institucionais e organizacionais que pretenderam a elas responder, começaram a articular-se em torno da gerência técnica dos processos produtivos. Como controlar a atividade e a produtividade do trabalho? Como avaliá-lo de modo a aumentar o controle sobre sua realização e sobre seus resultados? A respeito dessas perguntas, vale resgatar toda minúcia com que F. Taylor analisou os processos de trabalho a fim de normatizar sua execução e estabelecer parâmetros para a avaliação de sua produtividade. Em resumo, essas são questões que justificaram e requisitaram historicamente a prática formal da avaliação, já no começo do século XX, e que fizeram com que, nesse percurso, a avaliação fosse sendo identificada ao propósito de mensurar para gerir, avaliar para decidir.

Essas duas premissas sintetizam uma série de relações constitutivas do modo de produção capitalista, baseado na expropriação e exploração do trabalho. Para compreender tais relações, e como se efetiva a dinâmica da expropriação/exploração, é preciso ter em conta a centralidade que possui a separação entre as atribuições de concepção e execução do trabalho, por meio da qual a prerrogativa de sua avaliação e formulação é centralizada em um grupo social restrito (administradores/gerentes), cabendo aos trabalhadores cumprir as determinações estabelecidas, executar o trabalho “conforme o que foi prescrito”.³ Como disse Henry Ford – fundador da Ford Motor Company e ícone da estruturação do modelo produtivo característico

do século XX, quando o modo de produção capitalista forja e consolida a sociedade de massa –, esperava-se do operário que deixasse o cérebro junto ao chapéu ao entrar na fábrica. Ou seja, nesse contexto, a avaliação foi largamente empregada como forma de produzir subsídios para a tomada de decisões que cabia àquele grupo restrito.

Mas por que resgatar essa relação histórica entre avaliação e gestão no capitalismo, frente ao objetivo de discutir a avaliação em saúde no contexto do SUS? Não estamos situados na esfera de atuação estatal? Qual a pertinência dessa comparação?

Tais perguntas tornam a discussão um pouco mais confusa quando se levanta o argumento de que um gestor público necessita fundamentar suas decisões, posto que elas implicam recursos e o interesse público. Porém, apesar de não negarmos a importância dessa fundamentação, quando associamos a prática formal da avaliação à história da administração procuramos explicitar a correlação de forças baseada na centralização do poder de decisão, tão característica das instituições e organizações sociais modernas. Com isso, nosso objetivo é evidenciar sua contradição com a noção de direito à saúde, principalmente porque um dos fundamentos dessa concepção de direito é a participação social.

Ao aproximarmos-nos da administração pública, tal implicação deve ser ainda contextualizada nos movimentos de reforma do Estado que surgem no cenário europeu e norte-americano na década de 80 do século passado, ganhando força no Brasil a partir dos anos 90 desse mesmo século. O modelo gerencialista, que então se torna referência para a gestão pública, alinha-se a esses valores e critérios da administração privada (produtividade, flexibilidade, eficiência, etc.), com vistas a reduzir os gastos públicos, exaltando o papel regulador do Estado em relação à produção e provisão de serviços. Ao Estado caberia avaliar e manejar tecnicamente os parâmetros e critérios a partir dos quais os entes não estatais (ONGs, associações comunitárias, organizações sociais, empresas privadas) respondem por essas atividades (em geral com financiamento público), e, em particular, por aquelas relativas às redes de proteção social. Nesse modelo, política e administração são retoricamente apartadas, por meio do uso da legitimidade do discurso científico como fonte

³ Diversos autores discutem criticamente essa presunção, negando a possibilidade de sua efetiva realização, mesmo no modelo taylorista-fordista, na medida em que o trabalho sempre requisita o manejo de um conjunto de variabilidades, cuja plena antecipação é impossível. A esse respeito ver SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

“técnica e neutra” para o conjunto de decisões e ações decorrentes das práticas avaliativas efetuadas no contexto do gerencialismo.

Respondendo às perguntas acima ensaiadas, consideramos que este curto e limitado preâmbulo histórico contribui para apresentar a proposta deste texto, que busca discutir a avaliação em saúde como processo político, interrogando as possíveis contribuições que a prática avaliativa pode ofertar à efetivação do direito à saúde. Retomar as linhas gerais que conformaram os usos gerencialistas da avaliação é um passo importante para essa tarefa, pois nos permite visualizar quantas rupturas são necessárias a tal propósito, tendo em vista as heranças que historicamente nos são legadas.

Nesse sentido, pensar a avaliação como processo político implica evidenciá-la como produção de saber e intervenção. Assim, destacamos o fato de que a dimensão do saber é aquela que “ordena o real de certo modo e a ele faz adequar-se a intervenção dos agentes sociais” (SCHRAIBER, 1993, p. 15), o que indica a impossibilidade de separar a produção do conhecimento das relações sociais, a cidade científica (com suas regras e valores) da cidade propriamente humana, social e historicamente determinada (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990).

Nosso propósito é pensar a avaliação como prática de intervenção política e social, que está irremediavelmente associada à transversalidade de formas de consciência e ação. Em tal apreensão é falaciosa toda pretensão de reduzir a prática avaliativa a quaisquer aparatos técnico-científicos. Ao contrário, interessa-nos remeter a avaliação ao desafio de democratizar as relações constitutivas de toda sociedade, ao desafio de constituir e materializar o direito à saúde nas práticas sociais e nos arranjos institucionais do SUS.

Dessa forma, procuramos trabalhar neste texto o tema da avaliação com a perspectiva de refletir criticamente sobre as condições necessárias para produzir práticas avaliativas que nos ajudem a caminhar na “construção permanente da democracia, como valor e como prática” (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p. 38), em direção oposta aos usos da avaliação no contexto do gerencialismo, como recurso de controle e concentração do poder de decisão. Para tanto, propomos discutir a avaliação a partir de dois eixos analíticos, a

saber: 1) a polarização entre aparelhos e redes sociais; e 2) a relação entre visibilidade, espaço público e ação política.

Aparelhos e redes sociais: desafios institucionais para a produção do cuidado em saúde

As instituições de saúde, sobretudo as públicas, aparadas em questões de amplo espectro – desde as técnico-científicas, como as infecções hospitalares; até as administrativas-financeiras, como a restrição da presença de acompanhantes pela dificuldade de fornecer alimentação –, tenderam a tornar o sofrimento ligado ao adoecimento um processo solitário. Em especial no que se refere às internações hospitalares, construiu-se um progressivo isolamento: até mesmo a visita foi se tornando cada vez mais restrita, com horários que, se não impediam, dificultavam muito o acesso da rede social dos usuários ao espaço institucional.

Nesse contexto, e muitas vezes em internações que duravam longo tempo (mais de um mês), os usuários do sistema público de saúde eram como que apartados de suas redes sociais, de suas redes de cuidado originárias, sendo relegados aos cuidados rotinizados e normatizados dos hospitais. Ainda assim, várias redes de relações se construía nesse contexto, fosse entre os usuários em si, fosse entre usuários e trabalhadores. O sofrimento, o adoecimento passava a ser significado e amparado coletivamente numa rede até então desconhecida, mas plena de potência, de cuidado.

Atualmente, entretanto, o envelhecimento da população e a mudança do perfil epidemiológico, com o crescimento da importância das doenças crônico-degenerativas, alteram substancialmente o paradigma hegemônico na produção do cuidado. Ainda que se encontre tal realidade predominando em alguns lugares, o cuidado por parte dos familiares e outras pessoas de suas redes sociais é muitas vezes requerido, quando não investido diretamente, como nos mostram de maneira emblemática os arranjos na internação domiciliar e na construção de serviços substitutivos da saúde mental.

Apesar dessa ambivalência, é importante reconhecer que em todos os pontos do sistema de saúde os serviços são abordados por usuários e suas redes sociais – constituídas ou não por familiares –, os quais

demandam atenção a suas necessidades ou fazem juízos de valor sobre a qualidade dos serviços prestados. Os serviços de atenção básica costumam ser mais permeáveis, por seus fluxos mais fluidos, no encontro do trabalhador com os usuários é mais fácil de acontecer, além do vínculo que é característico nesses serviços. Ou melhor, nos serviços de atenção básica o investimento no território e no conjunto de relações sociais é não só recomendado como requisitado como indispensável ao cuidado dos usuários e da população.

Por outro lado, ao observar outras esferas do sistema, constatam-se níveis crescentes de rigidez, partindo progressivamente dos ambulatorios e serviços de média complexidade até os hospitais, tão mais rígidos quanto maior a incorporação de tecnologias duras em seus processos de cuidado.

No entanto, não é possível estabelecer uma relação direta de determinação entre a esfera do sistema e a qualidade da relação, uma vez que a produção do cuidado depende muito dos arranjos organizacionais e de processos de trabalho forjados pelas instituições. Um exemplo é a conformação de espaços de escuta. Facilmente é possível perceber um arranjo na atenção básica que se constrói como muro às demandas ou, por outro lado, arranjos de cuidado em hospitais que se tecem de maneira muito mais atenta para perceber as diversas dimensões de necessidades requeridas no cuidado aos usuários (CECÍLIO, 2009). Nesse sentido, a maior formalização por meio da constituição de um espaço oficial de escuta – como as ouvidorias hoje existentes no SUS – pode funcionar como dispositivo de fortalecimento ou esvaziamento das demandas, pois estas podem ficar restritas aos circuitos da burocracia da gestão. Em outras palavras, a enunciação de uma avaliação a ser expressa pelos usuários e suas redes sociais – especialmente quando negativa – pode meramente ser remetida a esses espaços formais de escuta, isolando os profissionais de algo que costuma ser recebido como “aborrecimento”.

Esse cenário relativo à produção do cuidado no SUS nos apresenta um conjunto de dilemas e dificuldades para materialização do direito à saúde, colocando-nos a interrogação sobre como fazer para tornar a avaliação uma intervenção democrática.

Para pensar sobre essas perguntas, retomamos as reflexões de Jacques T. Godbout sobre o que o autor considera um fenômeno central da modernidade. Segundo ele (GODBOUT, 2004), a sociedade moderna instituiu uma ruptura entre produtor e usuário, da qual advêm as relações mercantis e políticas que a caracterizam, em contraposição ao modelo comunitário antes predominante. A cisão referida, intrinsecamente vinculada ao modo capitalista de produção, conformou um novo tipo de relação social, diferente da solidariedade e da sociabilidade que marcavam as comunidades tradicionais.

Com a ruptura entre produtor e usuário, é instituída uma condição de exterioridade que passa a estruturar as relações sociais no conjunto da sociedade moderna: produção e uso são divorciados e, com isso, se configura, como um elemento exterior à produção, um determinado público. Os indivíduos que formam esse público não têm com ele uma relação de pertencimento imanente, o que instaura tanto os desenhos da relação Estado-Sociedade Civil, como a dicotomia produtor–consumidor que organiza o setor mercantil.

Dessa forma, o público, que passa a ganhar importância política a partir do século XVIII, é um ente diferenciado tanto do Estado como do Mercado, e converte-se na grande marca da modernidade, conformando uma ampla gama de relações sociais a partir de sua condição de exterioridade. A figura, um dos símbolos da tradição utilitarista, tem sua importância defendida por essa corrente com base no argumento de que, com a conformação do público, a utilidade passou a ser avaliada não em uma relação de autoridade, pela aristocracia, mas por cada indivíduo, na “liberdade” do mercado.

Ainda que o advento da sociedade de massas tenha transformado o público em consumidor, tornando-o mais segmentado e passivo, Godbout (2004, p. 82) analisa:

Se o público – no sentido dos utilitaristas do começo da modernidade – desaparecesse completamente como entidade social, os dias da democracia representativa estariam contados. Porque este princípio de exterioridade é também esse anel estranho que fundamenta a democracia e coloca o Estado no seu lugar.

A leitura realizada pelo autor evidencia que a democracia moderna nasce situada nos marcos da representação, tendo como característica central o afastamento da população dos processos decisórios diretos. Tal concepção de democracia advoga a impossibilidade de organização de uma democracia direta nas complexas sociedades modernas, fazendo com que, nos limites desse pensamento de inspiração liberal, a participação política seja compreendida justamente como o direito desse público à representação.

[A respeito da definição liberal de democracia] A cidadania é definida pelos direitos civis e a democracia se reduz a um regime político eficaz, baseado na ideia da cidadania organizada em partidos políticos, e se manifesta no processo eleitoral de escolha dos representantes, na rotatividade dos governantes e nas soluções técnicas para os problemas econômicos e sociais. Essa concepção de democracia enfatiza a ideia de representação, ora entendida como delegação de poderes, ora como ‘governo de poucos sobre muitos’, no dizer de Stuart Mill. (CHAUI, 2005, p. 23.)

A ruptura instituída entre usuário e produtor e a condição de exterioridade que sustenta a concepção liberal de democracia realizam-se na dinâmica social por meio do que Godbout (2004), com base no trabalho de Vincent Lemieux, conceitua como *aparelhos*, ou seja, “agrupamentos de agentes sociais organizados especificamente para fins de regulações externas dos públicos” (GODBOUT, 2004, p. 78). Os aparelhos podem ser pensados como organizações produtivas que, embora se justifiquem socialmente pelas necessidades de um público, diferenciam-se dele, organizando-se na demarcação entre as relações interiores e exteriores que estabelecem. “Todo aparelho dedica, aliás, uma porção importante de suas energias para gerenciar suas relações entre interior e exterior, relações que se encontram sempre em estado de tensão” (GODBOUT, 2004, p. 78). Eles são, portanto, heterorregulados, na medida em que se encontram referidos a um público externo. Como indicado nos estudos de Weber sobre a burocracia, os aparelhos têm como característica a hierarquia e a autoridade, a linearidade e a centralização de suas estruturas de poder e decisão, além de serem marcados por grande rigidez em sua organização.

Para compreender essas organizações modernas e suas implicações para as relações sociais, o autor utiliza como contraponto ao modelo dos aparelhos o modelo das redes, destacando que estas não possuem público, na medida em que são referidas a um conjunto de membros que se reconhecem como participantes da rede, ainda que tenham estatutos diferenciados, os quais, contudo, não implicam uma ruptura. Além desses aspectos, a rede tem um funcionamento autorregulado, “[...] uma estrutura muito mais leve, fracamente hierarquizada, flexível, informal, variável” (GODBOUT, 2004, p. 80). O modelo de redes é importante na análise das relações sociais porque põe em evidência a interatividade entre os atores, tendo como foco as relações e destacando o caráter mutante, imprevisível e dinâmico da vida social.

Noberto Elias (apud MARTINS, 2004) também recorre ao conceito de redes para compreender a dinâmica das relações humanas, na tentativa de escapar do uso da liberdade individual e do constrangimento coletivo como sistemas explicativos. Advoga que a sociedade é uma rede em constante movimento, tecendo e desfazendo ligações, de modo que, “efetivamente, cresce o indivíduo, partindo de uma rede de pessoas que existiam antes dele para uma rede de pessoas que ele ajuda a formar” (p. 41).

Por outro lado, o modelo de redes também pode ser trabalhado a partir do sistema da dádiva, do paradoxo entre obrigação e liberdade que se revela presente na tríade “dar - receber - retribuir”. Por meio dela é formado um circuito em que os bens e as coisas circulantes nas trocas sociais são menos importantes do que os vínculos e relações estabelecidos. Isso porque o que verdadeiramente justifica tal circuito é a obrigação compartilhada: “ao receber e aceitar algo, devo-me, de certa forma, àquele que me ofereceu o bem” (CAILLÉ, 2002, p. 192). Como forma de escapar à dívida, esse bem é retribuído ou repassado, fazendo com que a obrigação teça uma rede simbólica de produção de sentidos e referências coletivas. Assim, a dádiva é conceituada como “[...] qualquer prestação de bem ou de serviço, efetuada sem garantia de retorno, tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social” (CAILLÉ, 2002, p. 192).

Segundo essa perspectiva, a obrigação compartilhada é a própria condição de existência do vínculo social, mesmo nas sociedades

modernas, sendo possível afirmar que a base das trocas sociais é simbólica, uma vez que o vínculo social se constitui na circulação de valores intangíveis (afetos, sentimentos morais, crenças, estima etc.).

Retomando o tema específico de nossa discussão, fica a interrogação: por que a discussão sobre os aparelhos e sobre as redes sociais pode ser útil para concretizar a avaliação como uma intervenção democrática na produção do cuidado em saúde?

O conceito de aparelho oferta um referencial analítico bastante útil para analisarmos os serviços e demais organizações de saúde, afinal são eles referidos a um público que justifica sua existência social. Tal público, entretanto, é externo, não participa de modo imanente das definições sobre sua configuração e estratégias de ação, seja no tocante às prioridades (o que fazer), seja no que diz respeito a sua realização (como fazer) ou, ainda, no que concerne às formas de avaliar os resultados da ação/intervenção desses serviços e organizações. O aspecto que nos parece central ao debate — e que este conceito ajuda a visualizar de maneira oportuna — é justamente a fronteira que os aparelhos, no caso os serviços de saúde, delimitam em relação ao exterior e ao seu público, e as consequências que essa dinâmica traz em termos de manutenção de processos institucionais centralizados e hierarquizados, que encontram grande dificuldade em incorporar a voz e a perspectiva de seus usuários.

Não é ocasional que tenhamos tanta dificuldade em incorporar e forjar mecanismos de participação direta dos usuários e dos trabalhadores nos processos decisórios das organizações de saúde. Também não é aleatório que o princípio da participação tenha sido traduzido enquanto **como?** prática social e institucional quase exclusivamente por meio de dispositivos de representação. Em outros termos, o funcionamento dos aparelhos é intrínseco à realização da democracia representativa, portanto liberal, nas relações sociais. A pergunta que nos resta é: conseguiremos efetivar o direito à saúde nos limites desse funcionamento?

Por outro lado, como salienta Paulo Henrique Martins (2004, p. 44),

Apenas pela integração de uma visão sistêmica, paradoxal e interativa da vida comunitária e local, pode-se, pois, pensar novas modalidades de políticas públicas que sejam mais eficazes e interativas,

respondendo às exigências de participação e de reflexividade da sociedade civil mundializada e regionalmente localizada.

Frente a esse desafio, a dinâmica das redes sociais tem muito a ensinar ao campo da avaliação. Para apreender a extensão dessa assertiva, basta retomarmos suas características centrais: a mobilidade, a horizontalidade e o caráter integrativo das redes, a relação paradoxal entre obrigação e liberdade que expressam, sua força na constituição do vínculo social, bem como a produção de pertencimento que ensejam. Tais atributos, por sua natureza, incidem diretamente no funcionamento dos aparelhos, pois destoam frontalmente de sua racionalidade. Nessa medida podem ser uma significativa referência para a construção de intervenções democráticas, principalmente quando olhamos para a relação entre o movimento das redes sociais e a produção de relações de reciprocidade e solidariedade, divergentes do cálculo utilitarista baseado unicamente no valor econômico.

É preciso esclarecer, contudo, que não propomos a constituição de novas redes avaliativas, mas sim a permeabilidade das organizações de saúde às redes sociais existentes e, principalmente, às redes de cuidado em saúde. Isso porque a criação de redes especificamente avaliativas poderia instituir mecanismos de restrição do acesso baseados na legitimidade do saber técnico-científico. Nesse caso, em pouco contribuiria para a transformação dos aparelhos, tendendo a manter a exterioridade do público. O grande enfrentamento a ser realizado depende, antes, da capacidade de tornar os serviços de saúde porosos às experiências, sentidos e significados valorados por seus usuários, de forma a superar a ruptura entre produtor e usuário que caracteriza a dinâmica dos aparelhos.

As redes sociais, que escapam aos aparelhos tradicionais da modernidade, podem — a partir da potência das relações de cooperação e solidariedade — ser importante recurso no engendramento de outros arranjos institucionais que não têm encontrado abertura nas organizações de saúde. Dessa forma, ao aproximar o campo da saúde do referencial analítico das redes, percebemos a necessidade de questionar os arranjos institucionais que materializam a política de saúde, principalmente no que diz respeito às suas fronteiras e muros simbólicos.

Por isso uma perspectiva de instituição porosa, que se exponha e se confunda com as redes sociais do território, tornando-se eficaz também em inventar nessa aproximação relações éticas de pertencimento. A referência à ética é aqui significada como reconhecimento do outro e de suas diferenciações, sem o que não conseguiremos concretizar os serviços de saúde como espaço de pertencimento solidário. A noção de pertencimento apresentada confronta-se, portanto, com a lógica tradicional de identificação que opera nas organizações, e que se efetiva como estabelecimento de fronteiras em função das quais os aparelhos tendem a fechar-se em suas relações internas, ao situarem com seus muros simbólicos a diferença como externalidade.

A perspectiva de uma instituição de saúde porosa às redes sociais requer a construção de dispositivos de encontro e de experiência da alteridade, que desmitifiquem o outro como ameaça ou contraponto de uma posição identitária. Inclusive, porque todos circulamos por diversos territórios subjetivos, somos vários nesse sentido, e tal reconhecimento é fundamental a uma implicação ética com a produção de saúde. Aspecto que remete, diretamente, à circulação de afetos, à disponibilidade com que nos colocamos em relação ao outro, pois, como indica Lazzarato (2006), “diferença é sentir, pathos” (p. 33), não pode ser reduzida ao registro da cognição, do direito formal, das obrigações profissionais, pois “agir significa modificar a maneira de sentir junto [...]” (LAZZARATO, 2006, p. 32). Assim, a noção de pertencimento tem aqui o sentido de reconhecimento, integração, experiência de afecção, de sentir o outro em sua diferença como alguém com quem se compartilha o direito ao bem comum.

Porém, se não estamos propondo redes avaliativas, como a discussão pode ser aproximada do campo da avaliação em saúde? Qual o sentido de falar em redes sociais nesse contexto?

Visibilidade, espaço público e ação política

Como dito anteriormente, o propósito de refletir sobre as possibilidades de aproximar a avaliação em saúde das redes sociais não corresponde à intenção de constituir novas e específicas redes sociotécnicas. Em outra direção, procuramos, neste texto, problematizar a avaliação como processo político, na perspectiva de forjá-la como

uma intervenção democrática, capaz de contribuir na efetivação da saúde como direito. Nesse movimento importam menos os procedimentos técnicos e as definições metodológicas (o que não significa desconsiderar sua importância), e mais a capacidade que a avaliação terá de articular e promover um tratamento político às questões que evidencia sobre o cotidiano e as relações de poder presentes nos arranjos e práticas institucionais.

O passo fundamental a esse esforço consiste em evidenciar que a prática política, entendida como ação social, depende da constituição de espaços públicos, da possibilidade de enunciar discursivamente nossa pluralidade e diferença. Como argumenta Hanna Arendt (1981), o espaço discursivo da aparência é fundamental à experiência política. O fato de ser condicionada pela possibilidade de trazer à aparência processos que de outro modo passariam por naturais e autônomos é o que determina a especificidade dessa experiência e torna a ação e o discurso seus elementos essenciais. Em decorrência, a vinculação entre política e linguagem apresenta-se no fato de que, mais do que expressar sentidos, a linguagem é primordial em sua produção, ao oferecer a palavra como meio de relação com o outro.

[...] Tudo o que os homens fazem, sabem ou experimentam só tem sentido na medida em que pode ser discutido. Haverá talvez verdades que ficam além da linguagem e que podem ser de grande relevância para o homem no singular, isto é, para o homem que, seja o que for, não é um ser político. Mas os homens no plural, isto é, os homens que vivem e se movem neste mundo, só podem experimentar o significado das coisas por poderem falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos. (ARENDR, 1981, p. 50.)

A autora reporta a prática política a um espaço de aparência, mediado pela linguagem, em que a experiência pode ser compartilhada, e onde se efetiva a construção e apropriação coletiva de objetos e referências. Dessa forma, o espaço público mostra-se fundamental à experiência política, na medida em que é condição de enunciação e valoração dos sentidos e efeitos da ação humana. Em decorrência, a experiência política implica diretamente o modo como são forjados esses planos de visibilidade, nos quais a ação pode ser verbalizada, analisada, avaliada e, por fim, significada. A produção de espaços

públicos mostra-se, então, como um desafio político, principalmente quando atentamos para o funcionamento dos aparelhos.

Enfrentar esse desafio significa pensar em processos de democratização que sejam efetivos em romper com as limitações impostas pela compreensão liberal de governo, questionando a presunção de exterioridade que legitima a ruptura entre produtor e usuário. Quanto a isso, compartilhamos a hipótese, lançada por Negri (2003), de que o fundamental não é a tomada de poder (o que supõe a manutenção da relação e dos aparelhos), mas a produção de novos e diversos contra-poderes que transformem os espaços institucionais e a produção das normas que os determinam.

Essa perspectiva depende tanto da articulação de redes de cooperação como da produção de saberes, artifícios técnicos e dispositivos institucionais. A avaliação pode contribuir ao constituir-se como espaço público, integrando as redes sociais em um movimento de reconhecimento que questiona as fronteiras e muros simbólicos que protegem as organizações. Isso implica pensar em processos avaliativos que, ao mesmo passo que integrem as redes sociais à dinâmica institucional, possam produzir visibilidade para os processos organizacionais e para as decisões que os conformam, normalmente opacas para os grupos sociais que são seus usuários. Assim, um importante papel para a avaliação em saúde é produzir aparência para as dinâmicas naturalizadas no cotidiano das organizações de saúde e possibilitar, com isso, trabalhar os conflitos e divergências por meio da linguagem, sem que os sujeitos dessa relação sejam desqualificados por intermédio da legitimidade excludente do discurso técnico-científico.

A permeabilidade das práticas avaliativas às redes sociais implicaria, nesse contexto, na abertura de um plano de relações, na incorporação das vozes silenciadas e estrangeiras aos aparelhos. Nesse sentido não estamos nos referindo ao espaço público como espaço físico, mas como espaço relacional, do qual depende a construção de valores compartilhados, que sustentam a experiência política como constituição de um território comum.

A potencialidade das redes residirá justamente no confronto de racionalidades que elas são capazes de promover, nos vínculos que podem estabelecer e na produção simbólica que as caracteriza. As

redes sociais de cuidado, articuladas em práticas avaliativas, podem dar passagem ao discurso e à ação política, na medida em que sua horizontalidade interroga as relações de poder e as clausuras características das organizações de saúde. Em síntese, parece-nos que a principal estratégia para afastar a avaliação em saúde de usos gerencialistas consiste em trabalhar suas implicações políticas na direção da constituição de inéditas institucionalidades democráticas.

Referências

- ARENDRT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981, 338p.
- CAILLÉ, A.; GRAEBER, D. Introdução. In: MARTINS, P.H. (Org.). *A dádiva entre os modernos*: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 17-32.
- CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface* (Botucatu), 2009, v. 13, supl.1, p. 545-555.
- CHAUÍ, M. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. *Pólis Publicações* (Instituto Polis), v. 47, p. 23-30, 2005.
- GODBOUT, J. Digressão sobre as redes e aparelhos. In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. *Redes sociais e saúde*: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004, p. 77-92.
- GONÇALVES, R.B.M.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 37-63.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. The coming of age of evaluation. In: _____. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications, Inc. 1989, p. 21-49.
- LAZZARATO, M. *As revoluções do capitalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, 268p.
- MARTINS, P.H. As redes sociais, o sistema de dádiva e o paradoxo sociológico. In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. *Redes sociais e saúde*: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004, p. 21-48.
- SCHRAIBER, L.B. Programação hoje: a força do debate. In: _____. (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 11-35.

Possibilidades e desafios à incorporação das redes sociais nas práticas avaliativas em saúde

ITAMAR LAGES¹

Redes cotidianas de cuidado

A expressão que intitula este tópico remete o pensamento para a realidade das famílias de baixa renda das áreas urbanas. Nos espaços onde vivem, essas famílias se integram e buscam recursos para a satisfação de suas necessidades afetivas, sociais, econômicas e políticas.

Movidas pelo sentimento e pelo entendimento de que vivem sob as mesmas ameaças internas e externas, as famílias adquirem a certeza de que a ação conjunta pode ser a melhor maneira de viver e de superar os problemas. Algumas famílias fazem mais do que outras; no entanto, todas oferecem contribuições. As famílias envolvidas com o cuidado de si mesmas, agora representadas por seus indivíduos, em meio às muitas dificuldades, insistem na aquisição de condições próprias para projetar-se para além dos problemas que estão postos. Assim, as famílias se engajam na causa da integração, cuidando uma da outra e do espaço onde vivem.

O engajamento é uma importante qualidade, pois se opõe ao conformismo, à resignação e à apatia política, sustenta e intensifica as práticas de cuidado e, conseqüentemente, a integralidade. Além disso, faz com que os coletivos organizados se mobilizem para ocupar lugares em instâncias políticas, como o do orçamento participativo e

¹ Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco; membro do Núcleo Integrado de Saúde Coletiva da UPE. Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE (2002).

dos conselhos de saúde, nos quais por vezes consegue alterar, ainda que minimamente, a agenda de obras públicas.

Uma das principais marcas da integração das famílias é dada pelo gesto da oferta. As famílias que recebem também fazem ofertas, seja àquelas de quem recebeu a doação ou a outras que também são necessitadas. Alimentos, roupas, medicamentos adquiridos nos serviços públicos de saúde, momentos de cuidados a crianças, idosos e doentes, são os principais objetos de doação. Outra oferta muito comum é a do espaço domiciliar para acolhimento de crianças enquanto seus pais estão nos locais de trabalho e para a realização de atividades de interesse coletivo, tais como as que são executadas por trabalhadores das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) que operam a atenção primária.

As doações feitas nos espaços onde vivem as famílias de baixa renda exigem a presença, e conseqüentemente, o tempo, a dedicação e o respeito de quem faz a oferta; esta, por sua vez, fica impregnada com as qualidades do seu agente, de maneira que o objeto de doação se torna representativo do indivíduo e da família ofertante. Quem recebe atribui à oferta os significados de amizade, distinção e honra, complementando assim o conjunto de valores que permeiam as práticas de cuidado que cotidianamente são efetivadas. Cuidado é assim entendido como o fenômeno cuja aparição acontece nas práticas de dar e receber ofertas, e também como categoria das boas ações, as quais se efetivam em uma tessitura intersubjetiva fundamentada e ao mesmo tempo realizadora da integralidade.

Em suma, as famílias de baixa renda vivem em permanente articulação entre si, com outras comunidades, empresas e com vários órgãos governamentais. Nesse processo praticam o cuidado de diversas maneiras, inclusive quanto a reivindicar a atenção à saúde da família e a melhoria da qualidade dos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos outros setores públicos. Essa articulação até tem sido chamada de rede, na qual fazem circular as práticas, os objetos e produtos do cuidado. Este por sua vez é concebido como todo o ato que faz bem ao outro, que é o indivíduo e/ou a família da mesma situação.

Ressalte-se, no entanto, que todo o processo de articulação entre as famílias, e destas com as equipes de PSF, dentre outras que prestam serviços públicos, acontece em meio a muitos problemas: domicílios

precários, ausência de esgoto para escoamento higiênico de dejetos, alimentação inadequada, violência doméstica contra mulheres, crianças e idosos, comércio e uso de drogas ilegais, doenças transmissíveis e doenças crônicas não-transmissíveis, dentre tantos outros. Esses problemas são estruturalmente determinados pelo modo de organização social, mas são reforçados por indivíduos e grupos cujas práticas oprimem e desagregam. Entretanto, o processo de articulação das famílias resiste porque há práticas que integram, animam, embelezam, divertem, distraem e fomentam a associação para a luta por bens e serviços básicos. Essas práticas eficazes e eficientes para estabelecer gradativa e simultaneamente o engajamento, a vivência em rede e a integralidade que motivam e dão suporte às práticas de cuidado.

Para manter e melhorar essas condições de ânimo, os grupos organizados dessas famílias praticam a avaliação da qualidade das articulações internas, e principalmente das externas ao coletivo. Dito em outros termos, o objeto mais comum da avaliação é a constituição de redes, e os grupos comunitários a realizam com os saberes que estiverem disponíveis. Disso decorre que por vezes a avaliação é sofisticada; em outras, é carregada de incompletudes. Todavia, a avaliação sempre acontece.

Nos mesmos espaços onde as famílias de baixa renda vivem, o poder público tem implantado o PSF, por vezes em resposta às reivindicações das organizações comunitárias. As equipes de PSF são agentes da atenção à saúde da família. Suas práticas e ações devem ser de cuidado. Com elas o direito pode ser cotidianamente exercido, embora que parcialmente, pois não alcança os determinantes estruturais da doença, mas somente a prestação do serviço. Isso, todavia, não é pouco, pois em cada momento de relação entre os profissionais e os usuários, estão em cena duas possibilidades: uma interação que leva em conta os aspectos afetivos, civis e políticos, ou a que se deixa orientar para a produção de acolhimento, vínculo e responsabilidade (MERHY, 1997; 1998).

Formalmente, as equipes desse programa são orientadas a estar cotidianamente em contato com as famílias, estabelecer vínculo, agir de maneira pró-ativa frente aos problemas de saúde, organizar programaticamente a atenção a partir do conhecimento da situação

de saúde da população, sem se fechar às demandas espontâneas, e articular o acesso das aos serviços clínicos da média e alta complexidade (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006).

Duas características marcam a equipe de PSF. A primeira é a de incluir, em sua composição, o Agente Comunitário de Saúde, um trabalhador que marca a equipe com as atitudes, valores e crenças comunitárias, e ao mesmo tempo influencia as famílias com os objetos institucionais. A segunda característica é que, diferentemente de todas as outras equipes de trabalhadores de saúde, apenas a de PSF pode exercer cotidianamente quatro práticas – clínica, saúde pública, promoção da saúde e gerência – para desenvolver permanentemente quatro projetos: caracterização da população, levantamento de problemas, programação e avaliação da atenção à saúde.

A segunda característica faz com que a integralidade apareça para as equipes de PSF como uma possibilidade para incrementar qualidade às práticas de cuidado. Essa possibilidade, no entanto, tem se constituído muito mais em um desafio do que se traduzido em práticas integrais de atenção à saúde.

A possibilidade de exercício das práticas integrais esbarra no elevado quantitativo de pessoas cujas famílias são cadastradas à equipe de PSF, e também das áreas sem cobertura da atenção primária. Como a maioria dessas pessoas tem uma história de longo tempo de inacessibilidade aos serviços para apresentar os sofrimentos decorrentes de várias doenças, em vez de integralizar, as equipes se concentram na assistência médica e realizam algumas atividades da prática gerencial.

Outro limite muito comum à realização da integralidade acontece quando uma pessoa precisa ser encaminhada pela equipe de PSF para um serviço de média ou alta complexidade, visto que os procedimentos e mecanismos de integração entre os serviços de saúde se mostram ineficazes.

As dificuldades enfrentadas pelas equipes de PSF contribuem para reforçar a baixa frequência de uso dos recursos técnicos do planejamento e, conseqüentemente, da avaliação. Com isso se perdem as oportunidades de sistematizar uma prática avaliativa que problematize os limites e as possibilidades do exercício da integralidade das práticas de atenção à saúde, e destas com os processos de

articulação das famílias e dos grupos comunitários. Pode-se então dizer que cotidianamente as práticas avaliativas são assistemáticas, impregnadas de senso comum, e nem sempre são realizadas.

O que se observa é que as redes cotidianas de cuidado, no que se refere ao modo como as famílias de baixa renda se organizam, existem. Pode-se admitir que entre estas e as equipes de PSF se formam redes de cuidado nas quais atores de outras instituições são incluídos. A partir do PSF, no entanto, essas redes se estendem precariamente para os serviços de média e alta complexidade. Em vista do exposto, é possível pensar na incorporação de redes sociais nas práticas avaliativas em saúde?

A avaliação em saúde

A avaliação, enquanto prática profissional especializada para intervenção em uma dada realidade, e enquanto prática de pesquisa, está em evidência desde os meados dos anos quarenta do século XX, com o final da Segunda Guerra Mundial. Um novo impulso foi dado com a retomada do liberalismo econômico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). No Brasil, a prática de planejamento é de 1967. Nesse momento, as reformas administrativas nos órgãos do Setor Público Central concorreram “[...] para que a lógica do planejamento passe a fazer parte dos diversos setores do Estado, inclusive da Saúde” (LUZ, 1978, p. 167). Ainda assim, só a partir de 1983 com as Ações Integradas de Saúde (AIS) em pleno exercício, e depois com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), é que o planejamento e a avaliação foram valorizados através da Programação e Orçamentação Integrada (POI) (PAIM, 2005).

Por outro lado, no plano dos estudos científicos, várias propostas foram desenvolvidas, tais como a metodologia de avaliação fundada nas ações programáticas, e antes disso, na teoria do trabalho em saúde, a partir das reflexões sobre a prática médica e da crítica à naturalização da doença (MENDES-GONÇALVES, 1993; 1994a; 1994b; 1995).

É importante ressaltar que Lígia Giovanella e colaboradores (2002) formularam uma proposta de pesquisa para avaliar as estruturas dos sistemas municipais de saúde quanto às seguintes dimensões da integralidade: primazia das ações de promoção da saúde e de

prevenção de doenças; articulação de ações de promoção, proteção e recuperação; articulação das ações de promoção e de proteção à saúde; articulação da assistência médica nos três níveis de complexidade; abordagem integral do indivíduo e famílias.

Destaca-se também a proposta de Cecília Minayo (2006), que, preocupada com os limites das perspectivas positivistas e compreensivas, propõe uma abordagem integrada que realize a síntese. Para a autora, isso é possível a partir da reunião de pesquisadores de distintas expertises desenvolvendo um mesmo projeto e, sobre este, exprimindo suas distintas visões e dialogando no sentido do consenso. Dois dos saberes específicos – os elementos da análise das estruturas, dos processos e dos resultados, e os da sociologia fenomenológica – devem ser combinados desde o início do projeto, e a estes devem ser incorporadas diversas contribuições “[...] teórico-metodológicas, de forma a permitir movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macrorrealidades.” (MINAYO, 2006, p. 173).

Há quase 15 anos, a professora e pesquisadora Zulmira Hartz (1997a) publicou um livro considerado por Lília Schraiber (1997) como um empreendimento complexo e de grande importância teórica e política. O referencial teórico é constituído pela teoria dos sistemas, devidamente atualizada por Morin (1982), de quem adota a noção de complexidade, pelo processo de modelagem de produção de conhecimentos e pela pesquisa-ação, as quais fundamentam a avaliação de programas de saúde proposta por Hartz (1997b), a exemplo do programa materno-infantil na Região Nordeste do Brasil (HARTZ et al. 1997).

De fato, essa produção concorreu para muitas contribuições teóricas e práticas ao campo da avaliação em saúde², o qual aparece com elevado grau de autonomia frente ao planejamento, embora aberto a este³.

² Os estudos desenvolvidos apenas por Zulmira Hartz ou em colaboração, e os que seguiram a sua perspectiva, alcançam um quantitativo que ultrapassa os limites e objetivos desta reflexão.

³ Isso pode ser atestado, por exemplo, no estudo que propõe o monitoramento da Equipe de PSF no sentido de fornecer subsídios aos trabalhadores e usuários para compreensão das

Em outro momento, Zulmira Hartz e Ligia Silva (2005) publicaram um livro que destaca o estudo que trata do estado da arte sobre a avaliação em saúde (SILVA, 2005), e outro que discute limites e possibilidades da integração dos serviços de assistência médica nos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde do Quebec, Canadá. Mais recentemente, as duas autoras mencionadas e Eronildo Felisberto (2008) publicaram um livro no qual são divulgados vários estudos nos quais foram utilizados de pesquisas avaliativas dos Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), as quais contribuem tanto para consolidar cientificamente a avaliação no Brasil, quanto para propiciar a implantação e desenvolvimento do acompanhamento da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). Acrescente-se que o PROESF se ocupa em apoiar a conversão e expansão da ESF, ação esta que implica o desenvolvimento de pessoal para o trabalho e os processos de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2005).

Um produto do PROESF, anterior ao livro de Hartz, Felisberto e Silva (2008), mas desenvolvido de acordo com o mesmo referencial, é a Avaliação de Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Este, diferentemente dos anteriores, pode se fazer presente no cotidiano de quem deve praticar cotidianamente a avaliação no nível primário de atenção à saúde: profissionais que atuam na gestão dos sistemas municipais, nas coordenações e nos serviços de saúde da família. Para que isso ocorra, é preciso apenas o cumprimento dos acordos protocolares entre as instancias de gestão do SUS (BRASIL, 2005).

O documento que apresenta a AMQ parte de uma breve narrativa da história da Estratégia Saúde da Família, suas diretrizes organizacionais, os campos de atuação, as diretrizes para o trabalho dos profissionais as equipes de profissionais, e as vicissitudes no processo de implantação, apresenta detalhadamente o tema da qualidade em saúde aplicada ao projeto de avaliação dos serviços.

necessidades e intervenção eficaz e eficiente. Este estudo também adotou como base teórica o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (SAMICO et al., 2002). Outro exemplo é o estudo de Vitória Ferreira e Ligia Maria Silva (2005) que também utilizou elementos do planejamento de Mario Testa.

Os motivos, objetivos, definição, abordagem, considerações metodológicas e os instrumentos são todos apresentados em um mesmo documento, além do que são feitas três orientações básicas. A primeira concerne à definição de qualidade em saúde como

o grau de atendimento das necessidades de saúde de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos atuais, as normas e protocolos que organizam as ações e práticas [...] os valores culturalmente aceitos [...] as necessidades percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como a resposta às necessidades definidas tecnicamente. (BRASIL, 2005, p. 15).

A segunda diz respeito à abordagem por um modelo baseado na teoria de sistemas. A terceira, sobre o que considerar acerca da gestão do SUS municipal, da coordenação e das equipes de saúde da família. Os dados a serem avaliados são coletados por cinco instrumentos⁴ que reúnem 24 critérios e 300 padrões de qualidade⁵. Um dos critérios é o da integração da rede serviços de saúde, pelo qual apenas a gestão municipal do SUS é considerada mediante a apreciação de 19 padrões.

A AMQ, enquanto metodologia de avaliação da qualidade de uma intervenção política, a Estratégia Saúde da Família, resulta da linha mais atual e avançada de estudos da história da avaliação, visto que sua correta aplicabilidade oportuniza a instalação de um processo de negociação entre gestores e trabalhadores visando à melhoria dos padrões de qualidade (GUBA; LINCOLN, 1990 apud CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Quando se considera que a avaliação da qualidade de serviços de saúde, em termos de estudos e operacionalização, está na terceira etapa de desenvolvimento, visto que enfatiza o usuário do serviço e se preocupa com a humanização (SERAPIONI, 2006), é possível afirmar que a AMQ é sim, um produto atual.

⁴ Os instrumentos são utilizados para avaliar a Estratégia Saúde da Família pelas seguintes dimensões: desenvolvimento, coordenação técnica das equipes, unidade de saúde, consolidação do modelo de atenção e a atenção à saúde. Os três primeiros instrumentos se dirigem à gestão municipal e à coordenação; o quarto, a todos os profissionais da equipe, e o quinto, aos de nível superior.

⁵ Os 300 padrões da AMQ são agrupados em cinco classes que correspondem aos estágios de qualidade avançada, boa, consolidada, em desenvolvimento e elementar, aos quais correspondem, respectivamente às letras A, B, C, D e E (BRASIL, 2005).

As possibilidades da incorporação

Face ao exposto, é possível incorporar as redes sociais na prática avaliativa? A exposição sobre os avanços no campo da pesquisa avaliativa em saúde, inclusive com efeito prático nos serviços de saúde da família, também é uma maneira de argumentar em favor da possibilidade de incorporação das redes sociais nessa modalidade de prática, ou mesmo em atividades ligadas à gestão nos serviços do SUS.

O fato de que a avaliação em saúde está em um campo, a Saúde Coletiva, e as redes sociais estão em outros, como a Sociologia, também não constitui um obstáculo, visto que muitos dos estudos apresentados se constituíram nessa interdisciplinaridade, e assim continuaram a perspectiva construída por outros que chegaram a criar um novo objeto. Esse é caso de Cecília Donnangelo (1976), que fez uma profunda análise da imbricação entre o capitalismo e as práticas da medicina preventiva e criou o campo da Sociologia da Saúde. Sérgio Arouca (2003) deve ser sempre consultado, porque analisou as relações entre Medicina e Sociedade utilizando a categoria de cuidado médico. Sonia Fleury fala muito bem sobre isso:

Com essa análise, Arouca lançou as luzes para que pudéssemos identificar a especificidade das políticas sociais, que residem, exatamente, nessa relação singular entre dois sujeitos sociais [...] Ao apontar a incidência do cuidado sobre valores vitais, que definem biológica e socialmente as necessidades humanas, podemos divisar uma das principais estratégias que caracterizou a Reforma Sanitária Brasileira, qual seja, a construção de coalizações amplas em torno de valores que transcendem o conteúdo meramente classista. Sem negar a determinação do trabalho médico pela estrutura social no qual ele se realiza, é necessário compreender as necessidades sociais como expressão da contradição entre o vital e o social, definindo aí os limites e possibilidades das práticas sociais (FLEURY, 2003, p. 245).

Contribuições também foram dadas por Madel Luz (1978; 1979; 2004) e por Mendes-Gonçalves (1993; 1994a; 1994b; 1995), já mencionados aqui. Por fim, cumpre apresentar Roberto Passos Nogueira (1994), que desenvolveu um estudo de denúncia à superficialidade e ao utilitarismo dos que defendem a qualidade em saúde a partir do neoliberalismo e da perspectiva da gestão da

qualidade total, desenvolvendo assim mecanismos de proteção ao sujeito que chamam de consumidor de serviços de saúde. Nogueira (1994), baseado nos clássicos, argumenta que a qualidade em saúde deve se prestar à cidadania e, conseqüentemente, se pautar pela universalidade, equidade e integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A possibilidade mais recente está dada pelo conjunto de reflexões teóricas, metodológicas, e de pesquisas teórico-empíricas que fizeram aplicabilidade do referencial desenvolvido em parceria pelo Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e pelo Núcleo de Cidadania e Mudanças (NUCEM) do qual resultaram duas coletâneas (PINHEIRO; MARTINS, 2009; 2011).

O título da apresentação do livro mais recente, “Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde: o cuidado como reconhecimento recíproco de direito, dádiva e responsabilidade” (PINHEIRO; MARTINS, 2011, p. 9), ilustra o referencial teórico do LAPPIS-NUCEM, concernente ao

[...] tema específico da avaliação, a importância de se considerar o valor da integralidade nasce da compreensão de que o cuidado como valor plasma a responsabilidade coletiva e pública como direito doutrinário, com cumprimento do desígnio do direito à saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009, p. 11).

Os conceitos de redes sociais (MARTINS, 2008; FONTES; EICHER, 2004), de cuidado e de integralidade (PINHEIRO, 2011), bem como a abordagem compreensiva (CAPALBO, 1979; MARTINS, 2007) orientaram a narrativa dos motivos, interesses, contradições, sentimentos e entendimentos presentes na formação e no desenvolvimento das articulações sociais que se efetivam pela mediação das práticas de cuidado que constitui o primeiro tópico deste texto. A narrativa também expôs que os grupos comunitários e as equipes de PSF, no tocante à prática de avaliação, se assemelham e, guardadas as proporções, vivenciam as mesmas dificuldades, tais como o elevado grau de incerteza acerca dos encaminhamentos e o contínuo uso do hábito e do improvisado como ferramentas tecnológicas, em detrimento de uma racionalidade técnica, limitando de alguma maneira as articulações, as práticas de cuidado e, conseqüentemente, a integralidade.

A metodologia de análises de redes do cotidiano (MARES) é a possibilidade sociológica de incorporação das redes sociais nas práticas avaliativas, seja para utilização com ou sem inclusão de elementos objetivos da estrutura, dos processos e resultados. No caso de incluir, como é feito por Hartz e colaboradores (1997b) e outros estudiosos, a MARES pode compor a triangulação de métodos defendida por Cecília Minayo (2006). A outra situação foi bem explorada nos diversos estudos que compõem ambas as coletâneas; ainda assim, os elementos da avaliação de serviços aparecem e são tratadas quanto aos significados que lhes são atribuídos pelos sujeitos que participam dos estudos.

MARES é uma metodologia qualitativa, informada pela crítica ao utilitarismo em quaisquer dos seus modos de apresentação, baseada no conceito de redes sociais, de dádiva e de reconhecimento. Tendo como fundamento filosófico a fenomenologia e a hermenêutica, os procedimentos do referido método operam o aprofundamento do cotidiano e desvelam crenças, rotinas, valores, regras e sentimentos, e com essas variáveis os significados atribuídos aos determinantes sociais. Tem-se assim o que Martins (2008) chama de planos de organização das intersubjetividades. A MARES também adota como princípio que “[...] as redes sociais de usuários são construídas sempre nos espaços públicos, situados entre os sistemas e as experiências” (MARTINS, 2009, p. 75). Disso decorre a narrativa apresentada no primeiro tópico quanto à aproximação entre os grupos comunitários organizados e a equipe d PSF. O terceiro princípio da MARES é dado pelo entendimento da mediação, enquanto processo no qual alguns humanos coordenam, por assim dizer, a circulação de dádivas. Sobre esse importante aspecto, também tratado em narrativa no primeiro tópico deste texto, Martins (2009, p. 76) ensina que

As redes sociais se conectam por eles humanos e não-humanos que se reproduzem em diversos níveis de vivência e de decisão, sendo tais elos aqui denominados “mediadores”. São referências simbólicas e/ou míticas, como indivíduos (cidadãos comuns, agentes de saúde, etc.), grupos (movimentos de bairros, associativos, etc.), e instituições (ONGs, conselhos, etc.) e símbolos (fé, santos, ícones). São inibidores quando perpetuam conflitos; são colaboradores quando são acionados para mediar conflitos e administrar alianças

e soluções e tomar iniciativas que diminuam as tensões estruturais ou que produzam novas situações sociais inéditas.

O quarto princípio orienta a pesquisa para a possibilidade sempre certa de que os procedimentos técnicos da MARES irão identificar e compreender os significados dos problemas específicos da atenção à saúde pelos usuários dos serviços. Esses produtos podem, como afirma Martins (2009, p. 77),

[...] constituir recursos importantes para se conceber e implementar novos critérios e indicadores de avaliação das políticas públicas que tenham efeitos mais efetivos que os tradicionais determinantes sociais epidemiológicos, por integrarem ao mesmo tempo os fatores macro e microsociológicos, aqueles pensados a partir da lógica do sistema e aqueles pensados a partir das lógicas do mundo da vida.

Considerações finais

Considerando que a defesa de que é possível incorporar as redes sociais na prática avaliativa foi apresentada nos termos alcançados pelo autor, pretende-se ainda fazer dois destaques.

Para tratar do primeiro, retoma-se inclusive a classificação de estudos sobre avaliação (GUBA; LINCOLN, 1990 apud CONTANDRIOPOULOS et al., 1997) para defender que a MARES, devido ao referencial teórico que lhe fundamenta, estaria avançando para o quinto estágio, ou seja, substituindo o caráter de negociação e, portanto, instrumental e utilitário da negociação, pelo de mediação.

O segundo aspecto diz respeito à possibilidade que a MARES tem, no caso de tratar o tema da qualidade em saúde, de se inscrever diretamente na quarta etapa, visto que o estágio mais desenvolvido é o das pesquisas sobre esse tema, o terceiro, pois não avançam para a compreensão que se fundamenta na sociologia fenomenológica, como bem observou Serapioni (2006).

As possibilidades de contribuir e fazer com que o campo das pesquisas avaliativas, e particularmente do tema qualidade em saúde, estão postas para a MARES, bastando apenas a ação de pessoas interessadas por esse tipo de empreendimento. O desafio que está posto então é o de que, em tendo sujeitos interessados com esse

arsenal, que se proponha a aprendê-lo nos termos em que estão e possam dar continuidade deste particularmente, e assim contribuir com o processo geral de produção de conhecimentos.

Por fim, é importante lembrar que a incorporação de redes sociais nas práticas avaliativas exige a desconstrução/reconstrução do pensamento, considerando as contribuições advindas do referencial teórico e metodológico produzido pelo LAPPIS/NUCEM. Em suma: é preciso considerar que as articulações de pessoas a partir dos seus espaços de moradia, articulações estas que constituem as redes cotidianas do cuidado, são feitas por humanos, ou seja, seres em movimento, projetos-em-integralização que se realizam agindo com a natureza, com os objetos culturalmente inventados e coletivamente, se inserindo nas esferas públicas e nelas realizando em plenitude a existência, dada a presença de cada um e a copresença do outro. Sabe-se, no entanto, que isso é operado em movimentos de retrocesso, dissolução, retomada e avanço. Entretanto, todas as nuances devem ser preservadas por quem quiser apreender avaliativamente esse fenômenos que são as redes sociais, agora certamente passíveis de serem incorporadas à prática de avaliação em saúde para que estas sejam melhores instrumentos com os quais se pode “Lutar pela afirmação do imperativo ético da dignidade humana e cidadania numa civilização tecnologicamente controlada” (PINHEIRO, 2011, p. 63).

Referências

- AROUCA, S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006*: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelecendo a revisão de diretrizes e normas par a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2010.
- _____. *Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010*: estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=286>. Acesso em: 17 jul. 2010.
- _____. *Programa de Saúde da Família*: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 16 p.

_____. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia da saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2011/7508.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

CAPALBO, M.C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Shutz*. Rio de Janeiro: Antares Universitária, 1979, 102p.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.

FERREIRA, V.S.C.; SILVA, L.M.V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 103-150.

FLEURY, S. Para uma teoria do movimento sanitário. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP, 2003. p. 243-247.

FONTES, B.; EICHNER, K. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. In: MARTINS, P.H.; NUNES, B. (Org.). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 215-241.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GUBA, E. G.; LINCOLN. Y.S. *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1990.

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997b, p.19-28.

_____. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997a, p.19-28.

HARTZ, Z.M.A. et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.19-28.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V.; FELISBERTO, E. (Orgs.). *Meta-avaliação da atenção básica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 410p.

LUZ, M.T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p.157-171.

_____. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004. 207 p.

MARTINS, P.H. Uma nova compreensão da família no processo de descentralização da política de saúde. In: AUGUSTO, L.G.S.; BELTRÃO, A.B. *Atenção à saúde: o ensino da saúde na comunidade*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008, p. 120-130.

_____. Crítica ao utilitarismo econômico a partir do sistema de dádiva e o fato social total: questões teóricas e metodológicas. p. 148-163p.

_____. Mares (Metodologia de análise de redes do cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 61-89.

_____. Mares: desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011, p. 75-88.

MATUS, C. *Teoria do jogo social*. São Paulo: Fundap, 2005, 524p.

MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 176 p.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 37-63.

_____. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D.C. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1994a. p. 36-87.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Abrasco, 1994b. 278p.

_____. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “razão e planejamento”. In: GALLO, E. (Org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 13-36.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.

In: CAMPOS, C.R. et al. (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 163-190.

NOGUEIRA, R.P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994, 176p.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-39.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 61-89.

_____. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001, p.51-66.

SALA, A. Avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993, p.117-138.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 163-190.

SCHRAIBER, L.B. Prefácio à segunda edição. In: _____. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993, 243 p.

_____. Prefácio. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.9-15.

SAMICO, I. et al. A sala de situações na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, a. XXVI, n.61, p. 236-244, 2002.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 200-217.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-39.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995, 306 p.

Ação formativa na saúde: desafios para construção de redes de aprendizagem docente sob o eixo da integralidade das ações de saúde

Ação Formativa no cultivo de um *ethos*¹ como competência

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS²
JANAÍNA MARIANO CÉSAR³

Um aluno bate à porta da sala de aula e pergunta: — “*Professora, pode vir aqui pra eu conversar com você?*” — “*Precisa ser agora?*” (Isso porque depois de muitos atrasos no início da aula, havíamos enfim conseguido estabelecer um momento de atenção e investimento.) — “*Sim, tem que ser.*” — “*Tá bem! Pois não?*” — “*Professora, preciso te explicar, sou seu aluno neste módulo, mas não posso vir à aula hoje cedo. Preciso que a senhora entenda, não é má vontade minha, mas olha só, estou fazendo quatro pós-graduações e todas começam hoje. Vim te pedir pra equilibrar as minhas faltas. Imagine, professora, estou fazendo quatro pós, mas eu sou um só!*”

Essa cena do cotidiano, tão curta, parece excessiva nos seus sentidos. Transbordam nela as entradas possíveis para discutirmos como nos movemos hoje nos processos de formação e ainda qual a relação destes com os mundos do trabalho. Afinal, como nós nos relacionamos na atualidade com a produção de conhecimento e ainda como, efetivamente, tais conhecimentos nos auxiliam nas outras dimensões da vida cotidiana?

¹ Foucault (2006) aponta em suas pesquisas o *ethos* como algo produzido e não como uma regra a priori a ser seguida. É algo que se constitui no decorrer da vida de um indivíduo, por meio de uma prática de si. É ainda aquilo que, ao longo da prática, traz a possibilidade de uma transformação no ser. Compreendemos que esse também é o sentido no qual se apoia Varela ao trabalhar uma competência ética.

² Professora no Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br

³ Psicóloga pela UFES, mestre em Psicologia pela UFF e doutoranda em Educação na UFES.

Este é o convite que fazemos aqui: o de nos perguntarmos sobre o que estamos a construir como processos de formação e que educação temos auxiliado a efetivar por meio de nossos investimentos e práticas.

O mesmo aluno, mais tarde, nos diz: — “*Professora, estou aqui só pra enriquecer meu currículo*”, argumento endossado por outros colegas. É claro que não se trata de avaliar tal fala separadamente, ou ainda de acreditar que essa relação com a formação profissional seja própria do aluno que assim enuncia. Entendemos que tais são os efeitos de longos séculos em que o conhecimento foi sendo desinvestido de sua capacidade de transformação. Para o acesso aos saberes e sua construção, não mais se exige que o próprio ser do sujeito seja modificado, que haja qualquer mudança disparada pela produção de conhecimento (FOUCAULT, 2006). Trata-se de acúmulo de informação sobre um mundo já dado, que torna tudo enfadonho e cansativo. Educação bancária, como já nos aponta Paulo Freire, cumulativa, mas que não vislumbra a transformação de um certo estado de coisas instituído e estabilizado.

Deparamos, portanto, frequentemente, com processos formativos que não dão ouvidos ao seu tempo, ao que acontecimentaliza, não ouvem os barulhos de nossa atualidade — formação, então, de um certo alheamento, no qual o cotidiano não deixa marcas. Flutua-se no tédio infernal do mesmo. Poderia parecer mais fácil lidar com a educação dessa maneira, pouco exigente sobre nós mesmos, mas o que isso nos traz é a experiência de um certo vazio e sofrimento paralisante, que promove maus tratos com a vida (NEBES, 2009).

Como construir processos formativos em saúde atentos aos problemas de nosso tempo — como acontecimentalizar processos de formação? Como construir processos de formação como construção de picadas — que reverberem em nossas vidas, nos incomodando em nossas mesmices, forçando nosso pensamento — e não seguir autoestradas, caminhos velozes, sem parada, sem sentirmos a viagem, sem sofrer desvios, só interessados em chegar ao lugar já dado, como caminhos preestabelecidos?

Nessa direção a formação tem seu foco nas variações, nas bifurcações, na errância. E a produção de conhecimento se faz como viagem, expulsão para o exterior e feitura de um caminho transversal

e paradoxal. Um movimento formativo que se efetiva, também, por um aprender fora dos lugares onde se ensina instituídamente. Aliás, a formação nunca se faz apenas na sala de aula e esta não é seu domínio privilegiado, por ser sempre composição de encontros de qualidades diferentes e por necessitar do cotidiano para inventar seus sentidos — arte de inventar, domínio da passagem.

Mas tais questões nos fazem, novamente, caminhar numa certa circularidade fundamental, indispensável para pensar tal **ação formativa em saúde**, como desejamos afirmar neste trabalho. Essa circularidade faz com que ao olharmos para os movimentos formativos encontremos o mundo em que vivemos, e ao olhar para o mundo vejamos nossos processos de formação em andamento. Saber = fazer, não podemos nos distanciar dessa fórmula (MATURANA; VARELA, 1995).

E como saberes e fazeres se forjam de forma tão inseparável? Sem que sequer, às vezes, disso nos demos conta? Um bom exemplo nos traz Schwartz (1997) quando nos lembra de que as mudanças na política, nos hábitos de consumo, nas configurações geopolíticas no mundo, na economia e na organização do trabalho das últimas décadas levaram gestores de empresas a substituir, progressivamente, o termo “qualificação” pelo termo “competência”, para pensar o melhor ajuste das pessoas aos seus postos de trabalhos, às tarefas e aos objetivos destas, e, ainda, fez surgir uma série de saberes de avaliação de tais competências.

Tal mudança, que pode nos parecer simples, tanto pede de outras áreas de conhecimento — da Administração, Psicologia, Educação, Saúde, etc. — a sustentação de tais práticas, quanto se espraia para nosso cotidiano, nos levando a perguntar: será que somos competentes? Tenho competência para isso? Você é um profissional competente no que faz? Mas... que incompetência! Práticas dicotômicas se afirmam: competência e incompetência. Saberes e fazeres se alimentando e produzindo nossos mundos.

Podemos ainda perguntar: Temos formado profissionais de saúde competentes? Ajustados ao modo de organização do trabalho, conscientes das tarefas e objetivos que lhes estão propostos? E não queremos apenas isso: como é possível formar profissionais flexíveis, autônomos, inteligentes, criativos, e, sobretudo, participativos?

Aqui é necessário cautela, pois esses são, exatamente, os requisitos que a face atual do capitalismo contemporâneo vem solicitando. Schwartz (1997), nesse sentido, nos alerta que a avaliação de competências é um problema real que todos enfrentamos de forma mais clara ou não, e que guarda um paradoxo. Quando partimos do princípio de que toda situação de trabalho convoca “*dramáticas* do uso de si”, que se referem aos usos a partir dos quais o trabalhador avalia trajetórias, efeitos das ações e construção de outras normas para realizar o trabalho, outra definição se desenha: **competência como o que se constitui no concreto das experiências de trabalho em saúde**. Não seria possível defini-la antecipadamente, pois não é possível antecipar o necessário para viver. Logo, a competência não pode estar dissociada das condições que, no dia a dia, dão “conta de nossa capacidade de viver”. É na articulação do corpo com as paisagens que elas vão se constituindo nos processos de trabalho, que incluem linguagem, valores, uso industrioso de si, múltiplas circulações de sentidos que se põem em prática para viver, que podemos avaliar competência. Como nos indica Schwartz (1997),

Reutilizações, transferências, aprendizados multidimensionais, bloqueios compõem a massa de um patrimônio de recursos que se distribui de modo diferencial, se estende, se põe à prova, se gasta, envelhece nas diversas regiões da experiência humana. Não se pode, portanto, isolar uma vida, um espaço próprio às competências que somente fizesse sentido, somente incidisse num único palco, o das entidades jurídicas e técnicas regulando o uso mercantil do trabalho.

Trata-se, então, de competência industriosa, que se constitui no deslizamento da superfície de intercessão de regimes de signos, valores, histórias, desviando-se das produções discursivas que tentam aprisionar/fixar práticas, que são refratárias de vitalidade e impermeáveis às sensações experimentadas em situações concretas. Rotinas e prescrições para o trabalho necessitam sempre do exercício ético-político para não se tornar sufocantes, obstacularizando processos inventivos. Competência como algo “rotinizado”, definido e estabilizado no quadro institucional dos estabelecimentos não é o bastante para contemplar a mobilidade e a diversificação crescente das situações que exigem

que a “dramática das competências” não seja pensada apenas a partir de quadros que antecedem a experiência do labor.

Então, se estamos partindo de uma concepção de trabalho como “indústria humana”, incluindo-o, portanto, num campo muito mais amplo, genérico e enigmático, resulta ser impensável tratar as competências independentemente das normas e características que definem os processos de trabalho: o que tais processos demandam dos humanos industriosos? Como se compõe, neles, um patrimônio fabulado ao longo da história das profissões e que se estiliza em gestões singularizantes? Como se articulam nos processos de trabalho atividade e valores? Como se operam os processos de normatização das variabilidades das situações de trabalho?

Bem, se assim é, falamos de competência como modalidade dessas negociações sempre complexas. Trata-se de partir das condições específicas que se atualizam em cada forma de trabalho, a partir das diferentes articulações entre os vetores-dobras que constituem os processos de trabalho, quais sejam: sujeitos, saberes, poder e políticas institucionais. Com Schwartz (1997), afirmamos que se trata de considerar esse plano de uma “competência *industriosa*”, e não de avaliar conhecimentos e possíveis progressos de um indivíduo em determinado campo de saber disciplinar. Isso não significa que os conhecimentos específicos em áreas da produção acadêmica devam ser excluídos da avaliação das competências, mas urge considerar a articulação de “ingredientes heterogêneos” que a constitui e que, portanto, não pode ser avaliada a partir de modelos predefinidos. É em situação de trabalho nos serviços de saúde e no coletivo que podemos avaliar competências.

Como indaga, ainda, o autor:

O que vem a ser a virtualidade para “fazer direito”? Como compreender a possibilidade de *níveis* nesse fazer direito? Toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, descritível, por um lado, como seguimento de um protocolo experimental e, por outro, como experiência ou encontro. Isso nos parece estar no princípio mesmo de todo processo ergológico (SCHWARTZ, 1997).

E, ainda, “propor-se a um processo de computação da competência sem ter consciência desse paradoxo equivale [...] a flertar com a charlatanice”. Paradoxo por quê? É claro que a preocupação com as normas de trabalho e a que se refere a como cada trabalhador pode estar mais bem inserido em suas rotinas é importante, como também não deixa de ser interessante pensar a participação, a autonomia, a flexibilidade, etc. Mas, tomar tudo isso sem uma atenção ao presente e ainda exigir que a formação de tais trabalhadores atendam “às exigências do mercado” é tomar a realidade numa visão separatista em que sujeito e mundo são coisas já dadas e inquestionáveis; é, ainda, não avaliar os perigos e limites envolvidos nessas práticas e saberes.

O paradoxo exige que tomemos a questão ao invés de abandoná-la e que a recoloquemos de outra maneira: De que competências estamos falando? Que competência queremos? Há como formá-la? Aqui vamos propor uma modulação radical no modo como essa temática tem sido pautada e, no caso específico deste artigo, no campo da saúde.

A vida nos demonstra que parece ser necessário mais que uma competência ao nível do “registro de informações ambientais com o fim de reconstruir uma parte da realidade do mundo físico” (VARELA, 1992, p. 23), ou seja, a necessidade de investigar um mundo, posto à nossa frente, separado de nós mesmos, a fim de compreendê-lo. Parece ser importante uma formação que vá além das competências técnicas e saberes racionais para trabalhar **numa dada** realidade. A compreensão de nosso mundo por meio de conhecimentos racionais e abstratos não nos garante, de fato, a intervenção em nossos problemas e desafios cotidianos. Parece-nos ser necessário, também, outra qualidade de competência a ser construída e cuidada nos processos formativos. Schwartz, como vimos, a chamará de competência *industriosa*, que se faz como exercício ético-político no concreto de nossas experiências. Com Varela, chamamos a esta de uma competência ética, que, mais que uma nova habilidade a ser somada àquelas de que já dispomos, é, paradoxalmente, a de **constituir um *ethos* como competência**.

Trazemos a questão do cultivo da ética porque entendemos ser fundamental pensá-lo diante de nosso mundo contemporâneo. E, ainda, diante de nossos processos formativos desinvestidos de gastar o corpo e a vida no exercício da transformação.

Mas, para acessar esse *ethos* como competência, há que se atentar a pelo menos dois pontos. O primeiro é que a ética, segundo Varela, não pode ser vista sob um ângulo moralista. A moral tende muito mais para um código prescritivo de regras a ser obedecido que para a invenção destas. Está atrelada ainda a um “executor competente” que escolhe entre preceitos e normas e as aplica em situações particulares. Portanto, podemos pensar também o quanto a formação que colocamos em andamento não está muito marcada por essa faceta moralista, em que nos apropriamos do como as coisas devem ser feitas, de forma taxativa, e dos valores com os quais avaliamos nossas ações e a dos outros com os quais convivemos, de forma implacável. Comumente, chamamos de ético nosso comportamento habitual de investigar o conteúdo intencional de uma ação — Por que ele fez isso? — para chegar à indagação sobre a racionalidade dos princípios morais, para podermos julgar a ação. Confundimos então o comportamento ético com o juízo moral e nos movemos no mundo a partir disso. Agimos então de forma arrazoada conosco e com os outros.

Varela nos aponta que a moral está na raiz do exercício da razão, de uma atitude de compreensão e avaliação a partir de valores já construídos. Defende, então, que a ética está mais para a sabedoria do que para a razão, “mais próxima da compreensão de que coisa deve ser o bem do que da formulação de princípios corretos” (idem, 1992, p. 12).

Aqui chamamos atenção para algo fundamental, que nos exige uma cambalhota em nosso pensamento. Esse modo de pensar não é simples de ser acessado, porque a sabedoria não passa necessariamente pela razão, e é com esta última que estamos mais acostumados a lidar. Trata-se da necessidade de uma qualidade de reflexão intuitiva, sensível, da qual tanto Schwartz quanto Varela estão a nos lembrar. O exercício ético implica não termos, exatamente, uma regra clara de antemão, ou, se temos, o cultivo dessa qualidade de sabedoria intuitiva e sensível nos exige problematizar a própria regra, colocar nossos saberes, o que afirmamos como sendo a verdade e a nós mesmos em questão. Talvez não haja, atualmente, uma prática mais necessária que esta a ser realizada em nossos processos de formação.

O segundo ponto nos oferece uma pista de como cultivar esse *ethos* como competência, de como nos formarmos como sujeitos éticos.

Trata-se da afirmação de Varela de que o juízo racional pressupõe a experiência de um eu central que delibera, um eu que pensa, que age. No juízo moral, haveria um “eu” proprietário da ação. Em nossas sociedades modernas, constituídas por processos extremamente individualizantes e totalizadores, vivemos, em boa parte de nosso tempo, amparados na ilusória certeza de um eu sólido e independente. E, talvez, por isso, o acesso e construção de uma competência ética pareça algo difícil e raro. Podemos nos perguntar, então: Como viver no exercício da ética?

Nossos desafios estão colocados: Como não reduzirmos o que somos, pura multiplicidade, ao “um”, a uma de nossas possibilidades de ser? Como não reduzir a formação dos profissionais de saúde à razão, restringindo-se nela como única possibilidade? A potência do processo formativo, sua viabilidade e vitalidade dependem do grau de abertura de tais processos para seu outro poético, ou seja, abertura para a intervenção, interferência dos barulhos do mundo.

Varela, em suas pesquisas, no que podemos chamar de biologia do conhecimento, afirma que há uma inseparabilidade entre mundo e sujeito e daí advém a estreita relação entre ação e agente no processo cognitivo. Sujeito e mundo surgem juntos, coemergem, nas experiências concretas. O conhecimento, então, produz-se nas próprias experiências e é exatamente por isso que um conhecimento incorporado, fruto do exercício ético, só pode se fazer gastando o corpo. Transforma-se para conhecer, e não o contrário. Nesse sentido, e nisso o autor guarda uma radicalidade, o conhecimento incorporado possibilita uma habilidade, uma capacidade de confronto imediato (*savoir-faire*) em nossas experiências, que não depende da consciência intencional, dessa reflexão racional, que fazemos conosco mesmos. Esse *savoir-faire* permite que possamos mudar o curso da ação, no momento em que agimos, e não num depois.

Varela diz ainda que tal competência ética é algo que já nos habita, como quando andando na rua ouvimos um ruído de um acidente e a reação imediata será a de prestar ajuda, ou quando alguém à nossa frente tropeça e em um gesto não racional tentamos ampará-lo na queda. Essa competência está na base de nossas vidas e se ancora no fato de que antes de ser “um”, “indivíduo”, da ilusão que temos

de um mundo próprio, uma identidade própria, somos constituídos nas relações com os outros e com o mundo. Não há cultivo ético senão nessa perspectiva relacional.

Sobre isso Varela (1992, p. 42) aponta: “[...] nossos micro-mundos e as nossas micro-identidades não constituem um Si mesmo unitário, sólido e centralizado, mas antes uma sucessão de configurações notáveis que emergem e se desvanecem”. A partir disso, podemos entender um pouco mais o que apontamos como “constituir um *ethos* como competência”. Repetimos: em nossos processos formativos, mais que ensinar-aprender a competência ética como uma nova disciplina curricular, o que estamos a afirmar é que necessitamos **constituir um *ethos* como competência**.

Estamos a dizer que a competência ética já nos habita. Mais que isso, é o que nos possibilita existir. No entanto, e, apesar disso, estamos sempre a nos afastar de nossa potência de vida, a ignorar que já possuímos tal tesouro precioso. A real competência de nossa vida é nossa impossibilidade de sermos sós, nossa maior habilidade *industriosa* é a de forjarmos relações todo o tempo. Somos uma “autoridade” em inventar cotidianamente mundos compartilhados. Nosso adoecimento reside na ignorância dessa competência, e, se é assim, nossos processos de saúde se fazem no encontro com essa potência em nós.

A constituição de um *ethos* é esse caminho de saúde e transformação, no sentido de acessar e construir tal competência que nos é inerente. Dessa forma, não é a competência que é ética, mas o exercício ético forja competências, completamente descentradas de uma personalidade, de uma identidade, engajadas na construção de mundos mais amplos. Nesse ponto, entendemos que enquanto a competência nas lógicas modernas de trabalho e formação diz de um conhecimento ou habilidade que alguém conquista, a competência pertence a um sujeito, lhe dá forma, especializando-o como “o sujeito competente em algo” ou “formado em”. Ao contrário, a competência da qual falamos é a saída do sujeito de si mesmo, descentrando-o, desconformando-o, tornando-o competente em não se reduzir ou aprisionar a competência alguma, mas poder habilidosamente lançar mão delas à medida que os encontros assim o solicitem.

Chegamos aqui a um ponto essencial de nossa discussão: ética não é o mesmo que moral, mas, mais que isso, a moral é operada na ilusão de um Si unitário, de um “eu central” deliberador, enquanto o exercício da ética é o encontro com esse vazio de um Si sólido e substancial: “a competência ética é o progressivo conhecimento em primeira mão da virtualidade do si mesmo” (VARELA, 1992, p. 68). Ética é, ainda, a sabedoria de compreendermos que o que somos está na dependência de nossas relações. Nosso exemplo mais claro é o fato de que nosso nascimento humano exigiu o encontro de mais de um ser para nossa geração e ainda todo um mundo que cooperasse para nossa sobrevivência e desenvolvimento, o que nos mostra que nunca somos sós e independentes. Também não estamos acabados. Continuamos a nascer, cotidianamente, a cada encontro.

Parece-nos, pois, que toda formação da ética como competência se dá no progressivo desapareço de um suposto eu, de hábitos de ação, de formas estacionadas de pensar, de sentir, de cuidar, de aprender, de ensinar e numa abertura e disponibilidade para o cultivo de nossas relações com os outros. Não é por acaso que tal exercício envolve a prática da generosidade, da solidariedade e do diálogo.

Trata-se de uma ação ética, um *ethos* que se efetiva na expressão dos modos como nos colocamos nas relações tecidas no cotidiano de nosso trabalho, por exemplo, nos grupos com os quais trabalhamos, o que implica experiência coletiva e compartilhada na direção do bem comum, na construção de uma política pautada nos vínculos entre sujeitos, que escapa de uma lógica instrumental e mercenária. Uma formação assim se faz como uma forma de resistência política, como espaço do agir e da liberdade, que não é liberação, mas experimentação incessante de outros engendramentos subjetivos. Trata-se, assim, de afirmar uma dimensão da experiência como expansão das possibilidades de conexão, e não em relações que partem de uma concepção dos humanos como seres imutáveis.

Nas práticas da saúde, cultivamos esse *ethos* ao nos perguntarmos como nos relacionamos com o outro. Como temos escutado o que nos demanda o outro? Escutamos segundo um código, uma regra, um pressuposto no qual o que escutamos deve se enquadrar? Aí temos uma escuta especializada, com procedimentos técnicos,

pensados como conhecimentos capazes de desvelar essências e verdades escondidas nas dobras da alma. Como não produzir especialismos e/ou individualismos? Construindo um campo de confiança que se constitui em meio a essas trocas, a essa escuta não especializada, a partir de um dialogismo que viabilize uma exposição ao outro sem os medos dos riscos que essa exposição comporta.

Uma postura que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Dialogismo como ação, que deve constituir o trabalho em saúde. Dialogismo que requer uma atitude que implica reorganização dos serviços, problematização dos processos de trabalho e do que seja saúde, de modo a viabilizar a participação e corresponsabilização de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta, uma vez que tal atitude não é prerrogativa de alguns profissionais e, muito menos, de ações isoladas e individuais. Essa visada demanda mudanças estruturais na forma de gestão dos serviços ampliando os espaços dialógicos de decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas.

Não se trata de uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização, produção de vínculo, produção de saúde, que se capilariza em inúmeras outras ações, partindo do complexo encontro entre sujeitos profissionais de saúde, entre estes e o sujeito demandante, possibilitando análise do modo como tem sido engendrado o cuidado em saúde. O objetivo principal passa a ser o sujeito e suas necessidades, e não o repasse do problema tendo como foco a doença.

Desdobra-se daí um modo de trabalhar em saúde que demanda do profissional escuta da queixa, identificação dos riscos e vulnerabilidade e responsabilidade em dar uma resposta ao problema (BRASIL, 2009). Como não fazer da escuta em saúde mais um especialismo? Como colocar em conexão saberes, investidos e constituídos,⁴ de forma a

⁴ Para a ergologia, os saberes investidos são saberes que resultam de uma história individual, sempre singular. São adquiridos na experiência profissional e em outras dimensões do viver (familiar, cultural, esportiva etc.) e reenvia a valores. O saber investido é complementar ao saber constituído, que são os saberes disciplinares/acadêmicos. Para compreender toda situação de trabalho, essas duas formas de saber são indispensáveis. Eles constituem duas faces de toda atividade de trabalho, sua dinâmica.

viabilizar outros modos de gestão dos serviços e privilegiar o ato da escuta, tendo como foco o sujeito e sua história, e não a doença, tomada de forma abstrata e geral?

Ao nos depararmos com o contingente, é possível aceitar o desafio que o outro, o estranho e o desconhecido nos impõem, sem medo dos riscos e das quedas, de forma a sacudir formas fixas de relações entre os humanos, de viver no presente uma outra atenção ao presente? Então, temos form(ação)-mod(ação) que se faz considerando a incomensurabilidade existente entre mim e o outro, impedindo uma incorporação narcisista e a utilização do outro para fortalecer nossas crenças. Estamos nos referindo a um processo no qual os envolvidos trabalham na sua (trans)formação, na sua invenção a cada movimento, criando infinitas formas de existência, expondo-se à alteridade e colocando a todo tempo em perigo nossos mundinhos capturados que sustentam a mesmice, considerando que a natureza das formas é serem efêmeras (ROLNIK, 1989).

Assim procedendo, estamos indicando o delineamento de diferentes composições que geram figuras, se colocando à escuta do que é dissonante, encarnando uma proposta, uma ideia, num projeto coletivo. Como viver, como forjar modos-de-ação, formas-de-ação, com intensidade noturna, como nos indica Foucault? Como insistir na potência do coletivo? Como construir o comum? (Mod)ação que implica um modo de estar junto, de cuidar das relações, modo como o conhecimento se produz na experiência.

Forma de ação, modo(ação), modulação, implica necessariamente a criação de um espaço dialógico. Podemos pensar o diálogo como um exercício ético por excelência, pensando-o não como discussão de pontos de vista ou arte de convencimento do outro, que habitualmente fazemos, mas como essa experiência de habitar o entre mim e ti. Como nos indica Clot (2010), não se pode escolher entrar no diálogo, ele não é entabulado voluntariamente, suporta-se. O diálogo é assimétrico e a-recíproco, contrário ao formalismo eu-tu. O diálogo não é antessala da ação, é uma atividade, não seu instrumento. Não é um procedimento para descobrir ou desnudar

um caráter finito humano. Não se dialoga para se chegar a um fim, ou a um entendimento: o diálogo é o próprio exercício em questão. Ser é comunicar-se dialogicamente, é se pôr em relação – e, ao interromper-se o diálogo, tudo se interrompe.

Clot (2010) vai dizer, ainda, a partir de Bakhtin, que o diálogo realizado refere-se a outra coisa, que não se reduz ao sentido dos enunciados nem ao referente das proposições. Essa outra coisa não diz respeito à verdade dos enunciados, mas à veracidade do diálogo. É isso que se designa como o real do diálogo, que não está fora do diálogo realizado, mas é seu exterior. Portanto, não há nenhuma possibilidade de se ter acesso a ele se não se focaliza seriamente a realização das trocas em torno do que não se consegue dizer, em torno do que parece, inicialmente, impossível de dizer. Como provocar a análise do real do diálogo nos processos formativos em saúde? São questões de uma competência ética.

O diálogo realizado, ao enfrentar o real que lhe escapa, pode também projetar-se para além de si mesmo; o diálogo é nômade. Numa conversa nunca dizemos a última palavra. Caso contrário, afirma o autor, só nos resta aceitar o vaivém, sem surpresas, entre um real dialógico saturado de vozes, mas inaudível, e um diálogo realizado barulhento, mas monocórdio. É na troca que está a motricidade do diálogo, que se efetiva a partir de uma escuta dos estados inéditos que se produzem no corpo, quando temos a audácia de abandonar modos habituais e saturados de escutar.

Práticas formativas em saúde que se apoiem em um *ethos* como competência em promover um diálogo no qual esteja presente e seja privilegiada a história dos sujeitos, tomada como história viva que ganha contornos “imprecisos” nas criações e nas estratégias compartilhadas. Práticas que ativem o real do diálogo e não se limitem a afirmar o diálogo realizado.

Os processos de formação precisam se instalar no devir, condição de possibilidade da luta, para além (ou aquém) de toda negação. Mod(ação). Se nos engajamos em uma luta específica por outros-novos processos de formação, tal luta se engaja em nós, em nossa possibilidade

de devir outro. Esta é a pista: debruçar-se nas interferências, no que se tece em meio a essas interferências e que nos provoca a pensar a vida em meio a seus constrangimentos e criações.

Assim o processo formativo não somente se realiza no que é formação vivida, como acúmulo de experiências, conhecimentos adquiridos, instrumentos e ferramentas a serem utilizadas, prescrições e normas profissionais a serem observadas. Formação como uma competência curricular, mas também e, ao mesmo tempo, como formação real, que se faz, em meio a essas atividades, como competência ética industriosa, possibilitando, inclusive, realizá-las, porém no cultivo de uma abertura e cuidado com o mundo que construímos junto com o outro.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Acolhimento e classificação de risco*. Brasília, 2009. (Série Cartilhas da PNH.)
- CLOT, Y. *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- NEVES, C.A.B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, p. 781-795, 2009.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Revista Education Permanente*, n. 133, p. 9-34, abril/1997.
- VARELA, F.J. *Sobre a competência ética*. Lisboa: Edições 70, 1992.

Os docentes universitários: como transformar a formação?

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA¹

LILIAN KOIFMAN²

Os autores que se aventuram na produção sobre a Formação em Saúde repetidas vezes pontuam o campo da formulação de políticas públicas como ponto de partida para a produção científica. Nesse sentido, os pontos fundamentais trazidos à tona são: transformação dos elementos didático-pedagógicos (modos de ensino); integração entre campos disciplinares distintos; superação da dicotomia entre ciclos; **necessidade de profissionalização, capacitação e sensibilização da docência universitária**, a incorporação da educação permanente como estruturante dos movimentos de aprendizagem que sirvam de impulsionadores das perspectivas reformistas do SUS (BATISTA; SOUZA DA SILVA, 1998; VENTURELLI, 1999; LAMPERT, 2002; 2004; BATISTA, 2004-A; RIBEIRO; CUNHA, 2010).

Observa-se que, ao constatar as dificuldades de materialização de suas intenções, os autores propõem possíveis estratégias para superá-las, como alternativa quase consensual da produção de um conjunto de ações sobre o seu modo de fazer cotidiano do docente em saúde. Passaremos a pontuar tais propostas, utilizando a produção recente da área e salientando no texto (em negrito) essa confluência de pensamento.

¹ Cientista social; doutor em Saúde Pública; membro do LUPA-Saúde; pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@gmail.com

² Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde da UFF; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: liliankoifman@hotmail.com

Paim e Almeida Filho (2000), ao se referirem à necessidade da articulação do ensino e do trabalho, indicam a existência de uma lacuna tecnológica normalmente preenchida por ideologias e pelo senso comum. Os autores definem que se poderá programar uma oferta de oportunidades pedagógicas cuja **concepção básica é formar educadores** que ajudem os profissionais a aprender a aprender, a partir de **um conjunto de eixos condutores de formação** vinculados às necessidades dos serviços e à produção do conhecimento em saúde.

Campos e colaboradores (2001) destacam a necessidade de que as escolas e o conjunto de atores que fazem parte delas tenham acesso aos conhecimentos nas várias fases da elaboração das agendas públicas que discutem a reorientação da formação. Indicam como componentes operacionais a construção de um projeto político-pedagógico, **a capacitação pedagógica para os docentes**, além do acesso a recursos financeiros para que as políticas de incentivos realmente contribuam para a mudança da formação. Apontam, ainda, como indispensável que as escolas tenham apoio técnico para o acompanhamento e desenvolvimento dos projetos.

Lampert (2002) considera que as Diretrizes Curriculares se afirmam como avanço em relação à trajetória histórica da formação dos médicos no Brasil, pois têm como horizontes a inter-relação com o compromisso intersetorial das áreas de formação com os serviços. Enfatiza, no entanto, que para essa aproximação se dar, **as escolas devem criar um grupo de gestão para operacionalizar o processo de mudança, com objetivos, dentre outros, de estimular a profissionalização da docência**, assim como preconizado anteriormente pela CINAEM na sua fase de número III³.

3 A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), criada a partir de uma iniciativa do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) no ano de 1990, realizou suas atividades entre os anos de 1991 e 2002. Na sua terceira fase, iniciada no ano de 1997, considerando o diagnóstico feito nas fases anteriores, elaborou-se um conjunto de instrumentos de investigação e intervenção, visando à transformação da escola e do ensino médico, tendo como propostas de um novo eixo de desenvolvimento curricular para a educação médica a indicação da necessária mudança na gestão da Escola Médica e a profissionalização da docência. Para melhor compreender o papel e as atividades da CINAEM, ver: Canesqui (2000), Lampert (2002), Merhy & Acirole (2003) e Da Cruz (2004).

Feuerwerker (2002) destaca fatores ligados, direta ou indiretamente, às necessárias mudanças dos cursos da saúde. Quanto à docência, indica como limitantes à concepção tradicional de ensino a **falta de capacitação pedagógica**, os diferentes modos de construção do saber acadêmico, as relações de poder subjacentes e as relações que o docente estabelece com os serviços de saúde e com a comunidade. O enfrentamento dessa realidade, segundo a autora, requer a produção de **estratégias de aquisição de habilidades por programas de desenvolvimento docente** capazes de criar massa crítica e avaliar o grau de governabilidade que os sujeitos proponentes acumulam.

Almeida (2003) observa uma inovação fundamental nas DCNs quanto à ênfase dada ao papel dos docentes como mediadores das relações existentes entre a formação e o Sistema de Saúde, particularmente no que diz respeito à valorização das implicações desse processo nos contextos econômicos, políticos e educacionais que cercam o ambiente de formação. Valoriza, também, **a necessidade de que as instituições e seus cursos garantam aos docentes meios e ambientes facilitadores para que os mesmos possam** transformar aulas em ambientes participativos com maior possibilidade de produção de encontros e aprendizagens ativas.

Rossoni & Lampert (2004), por sua vez, ao analisar o impacto positivo da implantação das diretrizes curriculares, destacam que a sua efetivação está diretamente relacionada com a maior articulação da vivência, nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, de discentes e docentes. E que a proposta político-pedagógica dos cursos deve romper com a lógica das disciplinas isoladas, **investir na capacitação pedagógica dos docentes** e assumir o cuidado como característica estruturante do trabalho em saúde.

Batista (2004), ao discutir a necessidade de um planejamento curricular em consonância com as diretrizes nacionais, assevera que, frente aos desafios já detectados nos modelos de formação tradicionais em saúde (como a dicotomia entre o ciclo básico-profissional e o ensino predominantemente transmissivo), **a profissionalização da docência em saúde deve ser encarada como uma das estratégias para se repensar a dinâmica do próprio ensino**.

Campos e colaboradores (2007), ao reforçarem o compromisso de formação dos futuros médicos e demais profissionais de saúde com a consolidação do Sistema Único de Saúde, destacam que muitas das críticas formuladas por estudantes levam em consideração os **“problemas de formação docente”**. Essas críticas, segundo os autores, costumam ter poucas consequências e raramente levam a uma reflexão sobre como se pode melhorar o desempenho das atividades docentes.

Sugerem, ainda, que os **programas de capacitação** devam proporcionar informações aos docentes sobre como o seu trabalho é desenvolvido. Não devendo, no entanto, limitar-se à simples provisão de tecnologias educacionais e às expectativas de consolidação de habilidades específicas de ensino e comportamento. Seria adequado, também, oferecer oportunidades de afirmação da docência médica personalizada, com a valorização das questões de desenvolvimento afetivo e oportunidades de reflexão sobre as práticas de ensino.

Campos Costa (2007), ao analisar as discussões presentes nos diversos fóruns nacionais e internacionais que se dedicam especificamente à Educação Médica, observa que há certa recorrência de alguns pontos: a) que na formação médica se priorize a saúde e não a doença; b) que o processo ensino-aprendizagem esteja centrado no aluno, com destaque do seu papel ativo na própria formação; c) que ocorra uma apropriação crítica do sistema de saúde em graus de complexidade diferentes; d) que a formação acompanhe a dinâmica do mercado de trabalho e esteja orientada pela reflexão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços e de suas implicações éticas. Em referência ao papel dos docentes, tais fóruns sugerem a **capacitação com ênfase tanto na competência técnico-científica quanto na didático-pedagógica**.

Arruda e colaboradores (2008) discutem que a proposta da educação permanente como eixo de reestruturação das práticas do cuidado tem por objetivo central a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, propiciando as seguintes

transformações: democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, **desenvolvimento de capacidades docentes** e enfrentamento criativo das situações.

De Oliveira e colaboradores (2008) produzem uma síntese sobre os possíveis alcances das políticas de formação no SUS. Informam que, no Seminário de Avaliação do PROMED, organizado pelo Ministério da Saúde, contando com representantes das 19 escolas selecionadas, três questões ganharam importância quando da discussão do baixo desempenho de cada projeto. A primeira refere-se à não efetivação, por parte do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional de Acompanhamento do referido Programa; a segunda diz respeito à **necessidade de uma ação dirigida à maior motivação, sensibilização e envolvimento de docentes**, e, por último, à formulação de uma proposta de organização de um modelo de acompanhamento, avaliação e apoio ao Programa.

Para Almeida & Ferreira Filho (2008), as discussões sobre as alterações necessárias dos cursos de medicina que indicam a atuação do professor de maneira mais cooperativa e facilitadora podem gerar insegurança, sensação de perda de poder e resistência. Visando a superar essa possível insegurança, os autores definem **como imperiosa a capacitação para o grupo de professores** que pretenda implantar novas metodologias de ensino-aprendizagem nas quais se exige o planejamento, a execução de atividades educativas diferenciadas.

Esquemas de ação docente

A relação dos docentes com os seus saberes, mesmo assim, não pode ser reduzida à função de transmissão dos conhecimentos já constituídos e sistematizados. Muitas vezes o docente utiliza-se de um conjunto de *truques* na medida em que trabalhar remete a aprender a trabalhar, ou seja, a dominar os saberes necessários à realização do trabalho (TARDIF, 2005, p. 181).

A docência e os saberes que lhe dão embasamento são regidos por uma racionalidade vinculada diretamente à ação, associados às situações de ensino que se exercem e que se apoiam em valores, em

teorias, em experiências e em elementos contextuais, do histórico das disciplinas e condições sociais e culturais que as influenciam (THERRIEN; SOUZA, 2000, p. 112; BORGES, 2004, p. 205).

O ato de ensinar envolve habilidades para se criar um clima propício à aprendizagem, tendo como princípio o conhecimento, por parte do docente, das múltiplas possibilidades de articulação do conhecimento com os contextos reais de prática (TARDIF; LESSARD, 2005, p. 33; TARDIF, 2005, p. 59; GAUTHIER et al., 2006, p. 337). Seu exercício está radicado na capacidade formal de relacionar as diferentes rotinas, que servem de modelos simples de imitar, e as ideias, que podem comunicar-se de maneira ordenada (sentido da ação), assumindo o formato de esquemas estratégicos que emergem como resultado de intenções, nos quais a comunicação, a transmissão, a circulação, a aquisição de alguma coisa – conhecimentos, competências, crenças, hábitos, valores – constituem e dão forma ao complexo universo do que se chama convencionalmente o “papel” e os desafios do ato de educar (SACRISTÁN, 2000, p. 165).

Nesse processo de apropriação, de forma consciente ou não, os docentes organizam seus esquemas cognitivos e afetivos, que acabam se transformando em *ingredientes-chave* de sua futura concepção de docência, o que garante uma transmissão mais ou menos eficiente de saberes e uma socialização idêntica àquela que tiveram na experiência enquanto eram alunos, inspirados em seus antigos professores, nas visões de mundo, concepções, posições políticas e experiências didáticas (TARDIF; LESSARD; LAHAYE, 1991, p. 218-227; CORTESÃO, 2002, p. 61; BORGES, 2004, p. 28 & 211; TARDIF, 2005, p. 52; GOODSON, 2007, p. 71).

Esses saberes são abertos e permeáveis, incorporam-se, transformam-se de acordo com as condições de trabalho, geram mecanismos generativos das interpretações e das ações, e vinculam-se aos saberes adquiridos ao longo do exercício profissional no contato com docentes que exerçam a atividade há mais tempo (BORGES, 2004, p. 180; TARDIF, 2005, p. 59 e 106; GAUTHIER et al., 2006, p. 337).

Os princípios estruturantes da ação docente se apresentam como regras e rotinas que se exprimem numa certa modalidade de saber,

podendo se manifestar em estado prático – sentido contextual e implícito da ação (*consciência prática*) – ou em discurso – sentido explícito e específico (*consciência discursiva*) – e exigem um tipo de polimorfismo do raciocínio (GIDDENS, 2003, p. 8).

Na ação ocorre a apropriação de variados tipos de saberes específicos e heterogêneos, como observância e resistência às normas, valores e regras institucionais e sua articulação com saberes produzidos em outros lugares a exemplo dos locais de trabalho, espaços de produção simbólica e efetiva onde interagem e se revelam como o somatório dos esquemas práticos postos em jogo, criando possibilidades de construção de nuances pessoais frente às rotinas e atividades acadêmicas (SACRISTÁN, 1999, p. 79; TARDIF, 2005, p. 179).

Os esquemas vinculam-se às práticas institucionais, relacionam-se com o funcionamento do campo escolar e são configurados pela sua estrutura, com consequências diretas no plano das dinâmicas pedagógicas.

As **práticas organizativas** relacionam-se diretamente com a forma de trabalho conjunto, com a divisão do tempo e do espaço, com a articulação entre saberes e disciplinas e com os critérios de organização das turmas, e são determinadas por uma estrutura que influencia as atividades pedagógicas.

As **práticas didáticas** são aquelas que estão na responsabilidade imediata dos docentes, constituindo-se na sua atribuição mais direta em sentido técnico.

Por último, as **práticas concorrentes** que, mesmo estando fora do campo escolar, exercem grande influência sobre a própria atividade dos docentes, transformando-os em consumidores de estratégias e perspectivas de ensino elaboradas fora do contexto da sala de aula.

A utilização desses esquemas não se reduz à mera e repetitiva execução de rotinas. Cada docente tem a capacidade de produzir alterações e adaptações por meio da apropriação de diferentes **dispositivos de diferenciação pedagógica** que servem como um princípio, regulador tanto intelectual quanto prático, que se revela na ação como resultado da apropriação de fragmentos de saberes (científicos, disciplinares, etc.) e exteriorizam-se sob a forma de uma

racionalidade moral-prática e estético-expressiva (SOUSA SANTOS, 1996, p. 223; SACRISTÁN, 1999, p. 81; CORTESÃO, 2002, p. 16; PIMENTA; ANASTASIOU, 2005, p. 163).

Não raras são as pesquisas que demonstram que boa parte dos docentes da área de saúde está na função docente por mera casualidade. Em vários casos, essa casualidade gera uma busca pela capacitação e, em outras, serve apenas de complemento ao “outro ofício” (seja uma profissão da saúde ou qualquer outra). E a esse cotidiano em que se somam tantas variáveis da história de vida do docente são incorporadas formas de ação e fôrmas de ação (Barros, 2006).

A prática docente na área de saúde: saúde na vida real

Este artigo pretende contribuir para a discussão do cuidado em saúde a partir da perspectiva da prática responsável dos agentes envolvidos, tendo como foco o docente, em seu afazer diário, que contribui para a formação de profissionais de saúde. Em nossas reflexões, buscamos as referências da área de educação, para, à luz de suas pesquisas e relatos, elaborar críticas e sugestões para nossas experiências concretas como docentes da Universidade Federal Fluminense. A tarefa que se impõe é, a partir de estudos de experiências concretas vividas nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, problematizar a produção de saberes e práticas dos atores envolvidos com o cuidado em saúde.

A ação formativa na saúde impõe constantes desafios para a construção de redes de aprendizagem docente sob o eixo da integralidade das ações de saúde. Referimos-nos ao processo pedagógico desenvolvido em múltiplos cenários, priorizando situações reais. A metodologia é centrada no compartilhamento de experiências e vivências, por intermédio de supervisão dialogada na busca de: mudanças institucionais, apropriação ativa de saberes e fortalecimento das ações em equipe e produção de uma nova maneira de se organizar o trabalho em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2010).

A formação orientada pela integralidade, na construção do cuidado, se constrói nas relações entre as pessoas, ou seja, entre usuários, docentes, discente, profissionais e instituições. O que se busca presenciar são atitudes revestidas por tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. “A produção do cuidado traduz-se

também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas, organizam-se a partir da valorização do trabalho em equipes de saúde” (ibidem).

Por vezes, mesmo que a escolha do campo tenha sido criteriosa, os estudantes, na presença do docente e dos profissionais de saúde, vivenciam cotidianos nos quais aparecem o desrespeito, a falta de ética, a falta de acolhimento e vínculo. Caberá ao docente, nesses eventos, estimular o olhar atento dos estudantes para elaborar alternativas teóricas e práticas de mudança da realidade vivida ou de ensaio de situações em que o desfecho seja diferente.

A prática do cuidado entendida como valor nos leva a pensar a prática docente nos cursos de formação em saúde, compreendendo esta como orientadora e comprometida com a materialização das formas de expressão do cuidado no cotidiano das práticas de saúde tanto por meio de atos na gestão quanto nas práticas do trabalho em saúde, afirmando, assim, o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais se destaca a integralidade (KOIFMAN et al., 2007). Salientamos que a relação professor-aluno estabelecida em sala de aula e em campo (serviço de saúde ou outros cenários de aprendizagem) tem papel marcante na consolidação do modo de agir em saúde desses futuros profissionais.

Freire (2003) define que quanto mais consciente o professor estiver da sua inserção histórica, transformando-se em sujeito do seu processo de aprendizagem e agente emancipador, tanto mais ele estará definindo sua identidade como sujeito histórico. Sendo assim, quanto menor for a capacidade reflexiva dos docentes adquirida por meio de sua formação, maior será sua vulnerabilidade frente aos padrões propostos pelas políticas públicas e as imposições de padrões de qualidade aleatórios, fato que interfere diretamente na identidade individual desses docentes.

Afirmamos neste e em artigos recentes a necessidade de valorização dos saberes e práticas docentes como dispositivos de produção de espaços/projetos pedagógicos (materializados na ação) de uma formação voltada para a integralidade, que não tem sido objeto de pesquisas nem tem espaço na formulação das políticas públicas para a Formação em Saúde.

As reflexões sobre a prática docente direcionada à formação de profissionais de saúde vêm gerando elementos de pesquisa que refletem nossa produção. Duas teses de doutorado, diversas de mestrado, além de vários artigos e de outras dissertações em andamento buscam abrir flancos, produzir sinergias analíticas envolvendo estudantes de graduação e pós-graduação (KOIFMAN, 2002; SAIPPA-OLIVERIA, 2010; FERNANDEZ, 2009; XAVIER, 2010; FRANCO, 2010; GOMES, 2011; GONÇALVES, 2011). No marco da Linha de Formação em Saúde do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade, em parceria com o Pólo Universitário de Nova Friburgo (ambos na UFF), percorremos uma trajetória de cerca de uma década na busca de formulação teórica e atuação prática reflexiva do papel da Formação em Saúde na construção de melhores profissionais que interfiram, em todos os momentos, no Sistema Único de Saúde, que façam a diferença.

A linha de Formação em Saúde integra o núcleo específico de saberes e práticas da saúde, levando em conta o papel da universidade na elaboração teórica constante para auxiliar tanto a formulação de políticas quanto sua crítica e superação.

Segundo Campos (2000), a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Tanto o núcleo quanto o campo seriam mutantes e se influenciariam reciprocamente, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo certa identidade profissional e disciplinar. “Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (CAMPOS, 2000).

Seja pela insuficiência do pensamento social incorporado à Saúde Coletiva para impulsionar práticas e projetos sanitários concretos,

como pela pressão exercida pelas agências financiadoras e pela própria instituição universitária no sentido de que a Saúde Coletiva adote, em sua construção teórica, normas e procedimentos padrão bastante assemelhados aos da tecnociência, já de longa data observa-se um crescimento de prestígio do objetivismo na produção científica da área.

Hoje temos uma espécie de “neotecnicismo”, no qual o estudo do trabalho, da prática, do ensino pela prática, do aprendizado da prática, da definição do *para que serve* o aprendizado predominam no campo. Sem dúvida é necessário e tem sido demonstrado que o ensino-aprendizagem na área da saúde, por meio das experiências práticas, exerce um efeito reflexivo de aquisição de conhecimentos. Porém, por outro lado, é fundamental a discussão teórica, o papel da teorização, do aprofundamento teórico. Nesse sentido, esperamos ter feito mais uma contribuição com as linhas escritas neste artigo.

Referências

- ALMEIDA, M. (Org.) *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.
- ALMEIDA, H. G. G. de; FERREIRA FILHO, O. F. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 2, p. 240-247, 2008.
- ARRUDA, M. P.; ARAÚJO, A. P.; LOCKS, G. A.; PAGLIOSA, F. L. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 2, p. 518-524, 2008.
- BARROS de BARROS, M. E. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. & CECCIM, R. B. (Orgs.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 131-152.
- BATISTA, N. A. & SOUZA, da S. S. H. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 22, p. 31-36, 1998.
- BATISTA, S. H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde. In: BATISTA, N. A. & BATISTA, S. H. (Orgs.). *Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo: SENAC, 2004, p. 57-74.
- BORGES, C. M. F. *O professor da Educação Básica e seus saberes profissionais*. 1ª Edição. Araraquara: JM Editores, 2004.
- CAMPOS COSTA, N. M. da S. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.21, n. 1, p. 21-30, 2007.

- CAMPOS, F. E. de et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 24, n. 3, p. 53-59, out./dez., 2001.
- CAMPOS, G. V. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- CANESQUI, A. M. Ciências Sociais e Saúde no Ensino Médico. In: CANESQUI, A. M. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 25-46.
- CORTESÃO, L. *Ser professor: um ofício em risco de extinção?* São Paulo: Cortez, 2002.
- DA CRUZ, K. T. *A Formação Médica no discurso da CINAEM*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. 312 p.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- DE OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças curriculares no Ensino Médico brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.
- FERNANDEZ, V. S. *Práticas integradas na formação em saúde: desafios e possibilidades de transformação das práticas pedagógicas no curso de Nutrição da UFF*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.
- FRANCO, C. M. *A concepção pedagógica problematizadora: uma didática para a educação permanente em saúde. O caso da Escola Técnica de Formação em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
- FREIRE, P.; SHOR, I. *Medo e ousadia: cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- GAUTHIER, C. et al. *Por uma teoria da Pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente*. Ijuí, Ed Unijuí, 2006.
- GIDDENS, A. *Elementos da teoria da estruturação*. In: _____. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 1-46.
- GOMES, L. N. *Um estudo sobre as representações das práticas com alunos de medicina da UFF no Internato de Clínica Médica*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011..
- GOODSON, I. F. Dar voz ao professor: as histórias de vida dos professores e o seu desenvolvimento profissional. In: NÓVOA, A. (Org.). *Vidas de professores*. Porto, Portugal: Porto Editora, 2007, p. 63-78.
- KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, W.; FERNANDEZ, V. S. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 165-184.
- LAMPERT, J. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. Na transição paradigmática: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexineriano deixou de lado. *Cadernos da ABEM*, n. 1, p. 23-25, 2004.
- GONÇALVES, M. *Formação superior: a arte de aprender a ensinar em saúde*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.
- MERHY, E. E.; ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*, v. 14, n. 1, p. 1-22, jan/abr 2003.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. das G. Do ensinar à ensinagem. In: _____. *Docência no Ensino Superior*, v. I. São Paulo: Editora Cortez, 2005.
- RIBEIRO, M. L.; CUNHA, M. I. da. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface*, n. 32, p. 55-68, jan/mar, 2010.
- ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de Profissionais para o sistema Único de Saúde e as diretrizes Curriculares. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-98, jan-jun 2004.
- SACRISTÁN, J. G. A prática é institucionalizada: o contexto da ação educativa. In: _____. *Poderes instáveis em educação*. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 70-98.
- _____. O currículo moldado pelos professores. In: _____. *O currículo, uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 165-193.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R., Silva Júnior, A. G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 297-312.
- SOUSA SANTOS, B. de. Da ideia de universidade à universidade de ideias. In: _____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1996. p. 187-234.
- TARDIF, M. *Saberes docentes & formação profissional*. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- TARDIF, M.; LESSARD, C.; LAHIRE, L. Os professores face ao saber: esboço de uma problemática do saber docente. *Teoria & Educação*, n. 4, p. 215-233, 1991.
- TARDIF, M.; LESSARD, C. *O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- TARDIF, M.; ZOURHLAL, A. Difusão da pesquisa educacional entre profissionais do ensino e círculos acadêmicos. In: *Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas*. São Paulo, v. 35, n. 125, p. 13-36, maio/ago 2005.

THERIEN, J.; SOUZA, A. Cultura docente e gestão Pedagógica: a racionalidade prática dos saberes do saber-fazer. In: THERIEN, J.; DAMASCENO, M. N. *Artesãos de outro ofício: múltiplos saberes e práticas no cotidiano escolar*. São Paulo: Annablume, 2000. p. 111-126.

VENTURELLI, J. Los aspectos educacionales en la reforma de la educación en las profesiones de salud. In ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: teoría y práctica de un movimiento de cambio*. T. 1, São Paulo: Hucitec, 1999. pP. 145-164.

XAVIER, A. da S. *Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nos cursos de graduação em saúde da Universidade Federal Fluminense*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

Formação docente, cidadania e o trabalho na saúde

ISABEL BRASIL PEREIRA¹

ANAKEILA STAUFFER²

Há que se refletir sobre a formação docente como condição para a construção do trabalho na saúde sob a égide da integralidade. Nesse caminho, partimos da compreensão de que quem educa os trabalhadores da saúde é também educado no conflito e na contradição da produção da vida no modo capitalista, sofrendo influência da educação promulgada pelo capital.

Dentre as questões significativas que constituem a formação docente na saúde, nos deteremos em duas, a saber: a relação educação e cidadania na formação docente e os espaços de formação do professor da saúde.

A primeira questão diz respeito ao sentido de “cidadania” como um dos eixos orientadores na formação docente no campo da saúde. Que sentidos de educar o cidadão estão em disputa? Sem pretensão de abarcar todas as dimensões da questão, lembremos que o conceito de cidadania é aqui entendido em seu movimento, ou seja, como um conceito que não é dado de uma vez por todas, mas que, como criação humana, é fruto de embates e lutas. Castoriadis (1987) explana sobre a cidadania ser um projeto surgido na Grécia que volta à tona com o Iluminismo. A noção de cidadania começa a ser esboçada com a

1 Professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz. Professora adjunta da FEBF/UERJ. Endereço eletrônico: ibrasil@fiocruz.br

2 Professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

vida em cidade ou *polis* grega a partir do advento da democracia. A vida pública era tecida pela atuação dos homens livres na *polis*. Segundo Arendt (1997), a política, nesse sentido, tem por modelo a democracia; ou seja, a renúncia à força em nome do diálogo e da deliberação em comum.

No diálogo *Protágoras* (1980), Platão leva o personagem-título a narrar o mito de Epimeteu — o mito da democracia: os homens, por não poderem viver isolados (o que levaria à sua extinção), resolvem se unir, pois a formação da *polis* é mais benéfica do que viver no isolamento. Assim, a frase de Aristóteles: “o homem é um animal político” (*polis* = cidade), quer dizer que será a partir da cidade que o homem poderá desenvolver suas características, suas potencialidades inscritas em sua essência. Isso porque qualquer forma de organização humana é incompleta até que se atinja a *polis*. No conceito de liberdade grega, o indivíduo só se torna livre na *polis*, onde poderá desenvolver uma virtude ligada ao sentido da justiça, onde terá condições de viver sua autonomia e autossuficiência. Na *polis* não está instituída apenas a função da vida, mas a dimensão do bem viver;³ é nesse espaço que o homem se educará, que discutirá os seus valores comuns, seus valores éticos.

Sob influência do Iluminismo, muitos revolucionários compartilhavam a ideia de que a Razão era o grau supremo de poder. Pelo conhecimento — desenvolvido pela Razão — o homem poderia sair das trevas em que se encontrava, extirparia as injustiças, tornar-se-ia um modelo de perfectibilidade. Dessa forma, conforme Kant (1972), a razão é um orientador tipicamente humano, permitindo-lhe a libertação dos apetites — comuns ao homem e ao animal —, orientando as atitudes humanas de maneira uniforme e constante.

A modernidade elabora, assim, um novo conceito de homem que não traz mais sua herança de berço. A era moderna instaura os direitos civis, que preconizam a igualdade dos homens em sua dignidade: todos os homens nascem livres; todos têm liberdade de

consciência, de expressão, opinião e associação; todos têm direito à propriedade. O Homem, assim, é sujeito de direitos em sua condição de homem e de cidadão. Contudo, essa noção de igualdade não se instaurou de forma tão passiva e harmônica. O ideal de igualdade gerou uma série de desigualdades e a consequente exclusão daqueles que portam essas desigualdades.

Canivez (1991) ressalta que haverá tantos tipos de cidadania quanto os tipos de Estado existentes. Assim, uma concepção liberal de Estado trará uma concepção liberal de cidadania. O liberalismo concebe que o Estado se opõe à sociedade e que a liberdade dos indivíduos e das comunidades é o mais importante. A sociedade burguesa é definida pelo valor trabalho, a partir do qual os indivíduos se unem em relações cotidianas de produção e de troca. No entanto, sabemos que, sendo as funções sociais hierarquizadas, os indivíduos não terão o mesmo acesso e o mesmo poder frente a essas formas de organização da produção, das trocas e do consumo. O papel do Estado diante dessa realidade será o de organizar, transformar a sociedade, constituindo-se num poder “acima” da sociedade, representando, assim, um “mal necessário”, um instrumento de “regulação social”, sendo o responsável por determinar as “regras do jogo”, garantindo, através da legislação, a propriedade e a concorrência.

O *valor trabalho* converte-se no aspecto primordial e o indivíduo adquire seu status de cidadão ao tornar-se um trabalhador. Sua importância na sociedade se dará à medida que se encontre em condições de competir. Ao contrário do que ocorria na Idade Média, período em que as pessoas já tinham seu lugar reservado de acordo com o nascimento, a sociedade moderna obriga o indivíduo a “reservar seu próprio lugar ao sol”. Para tanto, cada indivíduo deve se esforçar para chegar ao patamar que deseja, mantendo-se neste. Pensando o valor trabalho, esta sociedade não se satisfaz mais com o fato de defender-se da natureza, mas deve agora dominá-la, transformá-la com a ajuda de técnicas e com a racionalização destas; o trabalho, portanto, deve ser organizado para que possamos alcançar o progresso da espécie humana. Essa forma de conceber o Estado, articulando-o em função dos problemas e dos imperativos do progresso, dos modos de produção e da troca, leva os indivíduos a exercer sua cidadania

³ Aristóteles chama de *bem viver* a participação no bem comum em vista dos bens coletivos. O homem, na *polis*, descobre-se a si mesmo, descobre outra dimensão de si. É outro sentido de sua natureza.

de forma consumista; ou seja, o cidadão é aquele que trabalha e que, por isso, pode adquirir os seus direitos civis, políticos e sociais. Segundo Gomes (2000, p. 90), o cidadão passou a ser considerado “[...] um consumidor racional soberano, que tem acesso ao conjunto preferido de bens públicos através do contrato social ou da eleição”.

Ao se conjugar estas duas noções – cidadania e consumo –, as formas de representação política, de consciência e de modos de solidariedade se veem afetadas, dado que a sociedade civil é, cada vez mais, definida pela lógica do mercado.

Na cidadania *consumista*, o indivíduo terá certos direitos devido ao cumprimento de certos deveres. O Estado, nessa concepção, será um prestador de serviços a esse indivíduo executor de seus deveres. Canivez (1991) elabora algumas críticas a tal aceção, pois, se a relação que se estabelece entre Estado e indivíduos é equivalente a de um mercado, logo alguns indivíduos poderão usufruir de alguns direitos diferentes à medida que podem “pagar o preço” de certos privilégios. Formam-se, então, várias categorias de cidadãos, de acordo com os direitos e deveres que podem exercer.

Todo esse percurso corrobora a ideia de que a cidadania não pode ser definida como algo em si, pois ela se fundamenta em pressupostos histórico-filosóficos, trazendo, então, a marca do espaço e do tempo em que é discutida e definida, refletindo as condições econômicas, políticas e sociais da sociedade em que se forjou. Atualmente, com o enaltecimento dos ideais liberais, vivenciamos o aprofundamento da inclusão social forçada, com uma forte argumentação de um Estado expandido e privatizado. O Estado continua a limitar e a garantir os direitos do ponto de vista de classe, tendo por função arbitrar diante de conflitos que possam vir a aparecer na esfera da sociedade civil, sendo, portanto, um “mal necessário”.

A visão sustentada por um discurso de modernização conservadora defende que, historicamente, o Estado se constituiu de forma assistencialista e paternalista e, assim, ele foi ajudando a configurar nosso atraso sócio-político-econômico. O que se esquece de analisar é que os vícios estadistas, que se teima em associar à esquerda, na verdade foram constituídos pelas ditaduras de direita nos países latino-americanos. Além disso, as políticas econômicas dessa época

aprofundaram a negação dos direitos sociais à maioria, apesar do alargamento formal de suas políticas sociais. O Estado brasileiro foi sendo configurado de forma patrimonialista, na qual se cultivava o espaço de prevalência de privilégios, mediado pelo clientelismo, em detrimento do Estado de direito. Esse tipo de Estado vinculou-se aos interesses das elites, de setores privados, ocasionando uma grande dívida social, sem o alargamento efetivo dos direitos sociais e coletivos, ou seja, sem o alargamento da esfera pública. “[...] para os neoconservadores a tarefa da cidadania significa ajustar os direitos às obrigações, garantindo que a linguagem dos direitos incorpore a linguagem das responsabilidades, e vice-versa.” (TORRES, 2001, p. 124)

Efetivamente, o que isso representa? Representa a adoção de um modelo de administração pública pautada pela cultura e técnicas gerenciais com o desengajamento do Estado na oferta pública de alguns serviços – tais como a educação, a saúde a cultura e a pesquisa científica – que já não sob suas responsabilidades exclusivas, podendo ser oferecidos também pelo setor privado. Assim, o Estado não se vê responsabilizado por políticas sociais mais amplas, e nem mesmo pela Reforma Agrária. As ações e estratégias sociais que deve desenvolver têm caráter eminentemente compensatório, sem nenhuma preocupação com a alteração das relações políticas, sociais e econômicas. Como diz Eduardo Galeano (1999, p. 25), “Este mundo, que oferece o banquete a todos e fecha a porta no nariz de tantos, é ao mesmo tempo igualador e desigual: igualador nas ideias e nos costumes e desigual nas oportunidades que proporciona”.

Entretanto, como a história não é monolítica nem linear, a sociedade civil, como parte integrante do Estado, se mobiliza para fazer com que seus direitos ultrapassem a esfera formal e jurídica e se constituam em algo mais real. Pouco a pouco, a cidadania vai deixando de ser um princípio universalizador e homogeneizador para passar a representar a heterogeneidade constituinte do ser humano. Foi-se estruturando, portanto, outra concepção referente à cidadania: como um espaço de luta. Nesse sentido, passou-se a compreender que nós, educadores, temos uma contribuição a dar na formação do cidadão. Mas o que significa “educar o cidadão” na formação docente na saúde, na sua relação com as políticas de saúde, com o trabalho na saúde e com o SUS?

No diálogo entre a cidadania e o campo educacional, autores de distintas correntes teóricas – tais como Valle (2001), Bannell (2001), Canivez (1991), Arroyo (1993) e Gallo (2001) – afirmam que a questão do “educar para a cidadania”, “formar o cidadão para o pleno exercício da cidadania”, entre outras possíveis bandeiras, têm tomado conta do cenário educacional atual.

Como delineado anteriormente, desde a educação moderna, estruturada no bojo das mudanças sociais e políticas, vão-se constituindo instrumentos para a conquista da cidadania, da participação, da liberdade, mas também se criam formas de controlar e dosar esses logros. Nessa luta, a educação, por sua dimensão socializadora, ora é compreendida em sua dimensão conformadora, ora é percebida como ferramenta que contribui no processo de emancipação humana.

Pensando junto a Bakhtin/Volochínov (1992), nessa palavra, podemos constatar o confronto de interesses, os valores contraditórios, enfim, a luta de classes ali retratada. Parafraseando os autores, podemos compreender que a cidadania, penetrada pelo horizonte social, vai-se constituindo ideologicamente de acordo com sua época e com os grupos sociais que a determinam. Nessa luta por sentidos, ela vai apresentando uma determinada materialidade condicionada pela organização social. Assim, por vezes, a cidadania é concebida como um conceito abstrato, imbuído de um sentido teleológico. Em outras palavras, nossa cidadania é compreendida como algo que sempre está num futuro, uma condição ainda não alcançada, algo a ser construído, a ser conquistado. A necessidade de construí-la vem acoplada também à ideia complementar de que a cidadania (a vivenciada), construída no dia a dia, está abalada, sem vitalidade, pouco autêntica. Deparando com essa realidade, faz-se urgente que os educadores tenham a responsabilidade política de revitalizar a prática cidadã para que as gerações futuras possam viver uma cidadania mais fortalecida.

Ao se invocar a união entre cidadania e educação, institui-se que a segunda – a educação – é uma pré-condição para o exercício da cidadania. Vai-se constituindo uma promessa integradora da educação. Em outras palavras, poderíamos dizer que, hodiernamente, assim como nos ideais iluministas da Revolução Francesa, há grande

confiança depositada na educação para que, enfim, o sujeito possa tornar-se cidadão (Valle, 2001), configurando-se, a partir disso, uma sociedade democrática.

Parafraseando Arroyo (2000), o autor nos alerta que esse é um discurso típico das elites liberais quando declaram que as massas devem ser educadas para que um dia, alcançando enfim a plenitude dessa educação, possam vir a participar do processo de decisões políticas. Não obstante, não são as camadas populares que avaliam seu próprio “preparo”. A decisão é um julgamento tomado pelas elites e, com isso vivenciamos períodos de negação da participação política.

Ainda buscando compreender a associação entre educação e cidadania, Falleiros (2006) destaca que o *slogan* “Educação para a Cidadania” foi incisivo na reforma educacional brasileira da década de 1990⁴, o que modificou não só a função político-social de nossa escola como também sua função econômica. Segundo a autora, essa reforma, incorporando os princípios defendidos pelo movimento de educadores na década de 1980, se organizou, de fato, em torno do projeto de sociabilidade capitalista implantado pela Terceira Via em nosso país. O projeto entende a importante contribuição que a educação pode oferecer para a sua consolidação, posto que esta é

[...] capaz de conformar o “novo homem” de acordo com os pressupostos técnicos, psicológicos, emocionais, morais, ético-políticos da “flexibilização” do trabalho e com um modelo de cidadania que não interfira nas relações burguesas fundamentais no contexto de ampliação da participação política. (FALLEIROS, 2006, p. 211.)

Assim, o ideário construído pelo neoliberalismo de Terceira Via almeja fornecer uma “nova cara” ao projeto burguês, realimentando as premissas básicas do liberalismo, visto que este demonstrou a esgarçada do projeto liberal, que, ao invés de nos propiciar mais riqueza, vem demonstrando toda a miserabilidade humana. Esse fator coloca em risco os “donos” do capital, demandando-lhes a reconfiguração de sua política excludente e voraz. Diante de tanta pobreza, a segurança dos países hegemônicos pode ser colocada em

⁴ As reformas educacionais da década de 1990 tiveram o financiamento do BIRD/BM e PNUD/UNESCO.

xeque. É assim que surge a vertente do neoliberalismo de Terceira Via. Sua intenção é “humanizar” o capitalismo, porém em momento algum os pressupostos liberais são postos em questão.

O “novo” desliza para o sentido de cidadania explícita que não se pode deixar de considerar que a atuação coletiva e o estabelecimento de práticas, nas quais o diálogo seja a tônica, busquem a concretização de processos e práticas democráticas, coadunando-se às reivindicações que os movimentos populares vêm tentando instaurar anos a fio. As classes dominantes, por sua vez, vão se apropriando desses princípios, transformando-os em jargões e deslocando-os para a sua lógica, esforçando-se para manter seu status quo.

Observa-se, assim, a constituição de um discurso afinado com correntes multiculturais que intentam associar o direito de minorias ao pensamento político liberal; ou seja, correntes que buscam travar as lutas políticas de reconhecimento. Constrói-se o discurso de que o individualismo, exacerbado pelo liberalismo clássico, já não é pertinente a uma sociedade pautada nos ideais democráticos (BANNELL, 2001). Os sujeitos devem engajar-se politicamente e ter compromisso com a vida coletiva como sujeitos pertencentes a vários grupos sociais, e não como sujeitos pertencentes a uma classe social. Dessa forma, cada um deve lutar por seus interesses como indivíduo, e não na condição de um coletivo. Ou seja: o que afeta cada um continua a ser seus interesses próprios.

Dialogando com Fairclough (2001a), ao observar os deslocamentos produzidos em torno da “cidadania”, podemos considerar que o discurso vai posicionando as pessoas de distintas maneiras como sujeitos sociais. Não obstante, esses sujeitos não se encontram sempre “subordinados” aos discursos alheios. Ou seja, os sujeitos tanto vão se constituindo pelos discursos como também os constituem. Assim, nesse processo, tanto pode aparecer a dimensão criadora da linguagem como sua dimensão reprodutora da sociedade. Contudo, essas dimensões não são, necessariamente, processos conscientes dos indivíduos, transparentes à sua ação discursiva. A mudança discursiva ocorre, de acordo com Fairclough, de maneira dialética, trazendo uma fixidez temporária, parcial e, por muitas vezes, contraditória. Assim, longe de encerrar a linguagem num processo consciente e controlado

pelos indivíduos, Fairclough (2001b) salienta sua historicidade e a possibilidade de, por intermédio de distintos discursos em condições sociais particulares, haver a produção de um novo e complexo discurso.

Compartilhando as ideias de Valle (2003, p. 2), entendemos que educar é produzir sentido para o ato de educar. A formação de docentes da saúde deve ser entendida como um espaço de produção de sentidos, deve levar à deliberação ética e coletiva — e é nesse espaço da ética que se dá a criação humana. A questão da educação é, pois, uma prática, é dizer o que quero fazer da sociedade em que estou inserido. Tal sentido só pode ser construído por uma sociedade que, longe de alienar-se em outras leis que não são as suas, reconhece seu potencial criador, admite que não se encontra acabada de uma vez por todas, mas que sua existência se institui e é instituída pelos indivíduos que a compõem.

Mais uma vez — pensando com Lílian do Valle — a educação pode nos mostrar que temos a possibilidade de *poder poder ser*, ou seja, que não estamos condicionados por nossas determinações sociais, biológicas, históricas e mesmo educacionais. Que o que somos não é mera fatalidade, mas que podemos fazer escolhas se tomamos pela mão nosso poder criador. E, ao acolher essa ideia, que possamos instaurar o compartilhamento entre educadores e educandos, a fim de que *possamos poder ser* algo diferente do que nos é imposto.

E assim está posto o nosso grande desafio:

A impossibilidade [...] da pedagogia consiste em dever apoiar-se numa autonomia que ainda não existe, a fim de ajudar a criação da autonomia [...]. Entretanto, a impossibilidade parece consistir, também, particularmente no caso da pedagogia, na tentativa de fazer homens e mulheres autônomos, no quadro de uma sociedade heterônoma; e, além disto, no seguinte enigma aparentemente insolúvel: ajudar os seres humanos a aceder a autonomia, ao mesmo tempo em que absorvem e interiorizam as instituições existentes, ou apesar disto. A solução desse enigma é a tarefa “impossível” da política — tanto mais impossível quanto deve, ainda aqui, apoiar-se numa autonomia que ainda não existe, a fim de fazer surgir a autonomia [...]. A solução de nosso enigma [...] é, ao mesmo tempo, o objeto primeiro de uma política de autonomia, a saber, democrática: ajudar a coletividade a criar instituições cuja interiorização pelos

indivíduos não limita, mas amplia sua capacidade de se tornarem autônomos. (CASTORIADIS, 1992 apud VALLE, 2001, p. 193)

Diante dos avisos refletidos sobre a relação Educação e Cidadania voltada à adequação do cidadão ao tipo de Estado que temos, no caso sob a égide do capital — e, no presente momento, cada vez mais com a ordenação sendo feita pelo capital financeiro —, há que se refletir sobre os espaços de formação do docente da saúde e ressaltar a *prática política* como o lugar de formação em contraponto ao hegemônico.

Os espaços de formação docente na saúde: o fortalecimento da prática política

A já conhecida busca por “quem educa o educador”, na saúde, ganha especificidades relacionadas ao trabalho na saúde. Com inspiração no trabalho de Alves (1986), podemos refletir sobre a formação do educador em espaços como: o da prática escolar/acadêmica, em todos os níveis do ensino; na pesquisa; no cotidiano da sala de aula; no cotidiano dos serviços de saúde; na esfera política – ação sindical e de debates sobre políticas governamentais da saúde e da educação – e no cotidiano da vida privada.

Ao pensar a formação docente na saúde, uma pergunta se faz necessária: Qual o ideário mais evidente na política de formação docente refletida na ação dos trabalhadores docentes da saúde, hoje?

Começamos pela observação de que o número, nada desprezível, de professores que atuam na formação em saúde, educação básica e profissional e superior tem grande parte da sua ação docente pautada pela racionalidade técnica, engendrada por fatores como o da crença da neutralidade da ciência e na razão instrumental, pautadas pelo positivismo como elementos constitutivos e orientadores do trabalho e da formação na saúde na modernidade. Essas ideias são campo fértil para o viés funcionalista e pragmatista da ideologia das competências, em que as habilidades e atitudes são entendidas como suficientes para o enfrentamento do cotidiano dos serviços de saúde. Ou seja, há um vislumbre de tentativa de superação de uma “naturalização” de grande parte das ações do cuidado por meio do reconhecimento da necessidade de formação mais qualificada

dos trabalhadores da saúde, mas ela é feita a partir do ideário de habilidades e atitudes da Pedagogia das Competências.

A questão que aqui se coloca é como não naturalizar as ações cotidianas do trabalho na saúde; ou seja, entender que os trabalhadores precisam de formação para realizá-las, mas, por outro lado, não colaborar para que essa formação seja reduzida a uma racionalidade técnica que ignora os conhecimentos e as ações adquiridas na prática cotidiana do trabalho nos serviços de saúde, como conhecimentos requeridos e produzidos (não só os validados pela ciência) e, portanto, significativos. Conhecimentos esses instituídos por vozes de diferentes sujeitos e práticas e a partir de uma relação cotidiana que se abre para o imprevisto, para o não pensado, para o exigido além da racionalidade técnica, que não cabe numa formação só pautada por adquirir habilidades e atitudes.

Há que se reconhecer que a reflexão acima, no que se refere à naturalização das ações de trabalhadores da saúde, está muito marcada na realidade dos trabalhadores de escolaridade de nível fundamental e médio. Porém, a racionalidade técnica é ideário presente em profissionais de nível superior e naqueles que os formaram na esfera acadêmica. A racionalidade técnica reduz, na educação, a relação de apropriação de conhecimento a uma aquisição de uma capacidade formal de pensar, sem requerer o pensar em relação ao real. Ou seja, a educação, como ressalta Adorno (2003), tem como desafio conquistar a produção de uma consciência verdadeira, e isso que, como enfatiza o autor, é uma exigência política, passa a ser reduzida à aquisição de habilidades e atitudes.

Ao entendermos a cidadania não apenas no que tange a deveres e direitos, e com o crivo crítico que denuncia a cidadania referente ao lugar que o indivíduo ocupa no modo de produção (classe), há possibilidade de se compreender que também esse conceito pode vir a ser pautado pela inserção do sujeito na vida cotidiana nos lugares e territórios, possibilitando seus direitos de escolha, para pensarmos uma formação docente voltada ao cuidado que force a ampliação dos direitos à saúde. No cuidado, o acolher, o respeitar, a escuta com o outro fazem parte do processo de trabalho na saúde, são instituintes da resolutividade dos problemas (PINHEIRO, 2006).

No espaço da prática política, inerente à formação docente como capaz de promover qualificação para o cuidado, a educação aponta também para uma objetividade, vislumbrando características do cuidado na saúde que possam contribuir como resistência (reação e criação) à semiformação (LAPPIS, 2007).

Como um *modo de fazer da vida cotidiana*, a produção do cuidado se dá no âmbito das relações sociais (PINHEIRO, 2006, p. 73). A produção do cuidado se dá no âmbito dos *sujeitos e se transforma em experiência humana* (p. 74). Podemos ainda explicitar que:

O cuidado consiste em um modo de agir que é produzido como experiência de modo de vida específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade. Daí o cuidado como ato, resulta da prática do cuidar, que ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro [...] O outro é o lugar do cuidado. (Idem, *ibidem*.)

Nesse sentido, uma “cidadania do cuidado” se propõe a entender esse cuidado para além de um nível da atenção do SUS ou de técnicas hierarquizadas dentro do trabalho na saúde, e afirmá-lo como uma ação integral na saúde com sentido em disputa.

No caso da formação docente e o trabalho na saúde, a formação com base na racionalidade técnica produz outro aspecto de diferenciação em relação ao profissional capaz de refletir como agir sobre situações previstas: exclui do racional a discussão dos fins, uma vez que os tratava como estados finais, em lugar de discerni-los em sua tradução no dia a dia (MENDES, 2004).

O reconhecimento de que a racionalidade técnica se ajusta ao modelo abstrato das trocas e a seus fetiches, integrando por inteiro as esferas da vida social e, como já mencionamos, adequando-se à formação de um cidadão consumidor para a manutenção do capital, indica que as possibilidades de superação da produção do que Giroux (1983) categoriza como o professor como um intelectual adaptado passa necessariamente pela valorização do espaço de formação do professor reconhecido como prática política. E que espaço é esse? É espaço travado

nas contradições e conflitos, a partir sempre de um trabalho difícil e de longa duração, em que pesa a acumulação crítica conseguida pelas gerações que viveram antes de nós, que lutaram e trabalharam antes de nós. E é sempre bom repetir para os educadores que trabalham na saúde, a necessidade de educar para o difícil como modo de entender as contradições na formação de quem educa o trabalhador da saúde.

A esfera da formação política do educador da saúde é transversal às demais esferas, como a acadêmica /escolar, a da pesquisa, a do cotidiano dos serviços e a da vida. Convém avisar que não se trata de comungar com uma ala mais eufórica do pensamento “ultramoderno” que nega a própria escolaridade formal, a própria ideia da criação de escolas e de centros qualificados de formação, técnica e profissional, afirmando ser algo dispensável no mundo do capitalismo global e sua tecnologia avançada. Do mesmo modo, é impossível imaginar o caráter crítico e formativo pela via da integração passiva no mundo dos mitos e banalidades de massa, em que a comunicação urbana de massas é mera extensão do mundo da mercadoria e suas imagens reproduzidas. Atua de forma regressiva sobre as consciências e os desejos dos receptores, reduzindo-os ora ao infantilismo, ora à vulgaridade repressiva, em geral a uma percepção pobre e fragmentada, desarticulada e sem capacidade crítica, a respeito dos processos sociais que realmente contam.

O modelo da racionalidade técnica entende a esfera da *prática profissional*, na formação docente, como solução instrumental de problemas mediante a aplicação de um conhecimento que se pretende teórico-técnico, previamente disponível, que procede da pesquisa científica. Entende-se que a prática profissional suporia a aplicação inteligente do conhecimento científico e técnico aos problemas enfrentados por um profissional para conseguir os resultados desejados (Mendes, 2004, p. 192). Alerta a autora que o problema maior com esse tipo de conhecimento empírico-analítico, cujo interesse constitutivo é o técnico, emerge quando seu uso se estende para a ação humana.

No campo da educação na saúde, impregnado pela mentalidade da racionalidade técnica, o professor traduz sua ação na aplicação de decisões técnicas. Desse ângulo, o conhecimento pedagógico disponível dirige a prática, proporcionando os meios para reconhecer os problemas

e solucioná-los, o que oculta o fato de que, em grande medida, a prática docente na saúde é um enfrentamento de situações nas quais concorre uma série de fatores que não nos permitem estabelecer com clareza um problema que coincida com as soluções de que dispomos.

A esfera da *prática política* na formação docente se faz por meio de redes acadêmicas e sindicais, de participação em debates sobre políticas de saúde de educação, de ensino, e também por meio de atividades junto a movimentos sociais urbanos e do campo. O conhecimento de ideias divergentes das ideias de fácil acesso faz com que o docente se eduque, promova uma formação da consciência, que provoque alteração ou pelo menos leve à suspeição em relação àquilo que lhe parece natural.

No caso dos educadores da saúde, a reflexão política sobre a cidadania pode ter como ponto de partida a experiência de ampliação do conceito de cidadania, que é o princípio da universalidade do SUS. Isso não basta para uma construção de uma “cidadania do cuidado”, mas nos inspira para a construção de uma formação docente na saúde em que o viés democrático e o direito às ações sob a égide da integralidade são condições essenciais na sua prática política e profissional.

Por fim, é a partir da formação docente na saúde que buscamos trazer à baila a noção de cidadania e como essa reflexão repercute na formação dos trabalhadores da saúde.

Referências

- ADORNO, T. W. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- ARISTÓTELES. *A política*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- ARROYO, M. O direito do trabalhador à educação. In: GOMES, C. M. et al. *Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 75-91.
- BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- _____.; VOLOCHÍNOV, V. N. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- BANNELL, R. I. Pluralismo, identidade e razão: formação para a cidadania e a filosofia política contemporânea. In: PEIXOTO, A. J. (Org.). *Filosofia, educação e cidadania*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001, p. 155-207.

- CANIVEZ, P. *Educar o cidadão? Ensaio e textos*. Campinas: Papirus, 1991.
- CASTORIADÍS, C. *As encruzilhadas do labirinto II: os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FAIRCLOUGH, N. A análise crítica do discurso e a mercantilização do discurso público: as universidades. In: MAGALHÃES, C. M. (Org.). *Reflexões sobre a análise crítica do discurso*. Belo Horizonte: FALE-UFMG, 2001a, p. 31-82.
- _____. *Discurso e mudança social*. Brasília: EdUnB, 2001b.
- FALLEIROS, I. Parâmetros curriculares nacionais para a educação básica e a construção de uma nova cidadania. In: LIMA, J. C. F. e NEVES, L. M. W. *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 209-235, 2006.
- GALEANO, E. *De pernas pro ar: a escola do mundo ao avesso*. Porto Alegre: LP&M, 1999.
- GALLO, S. Filosofia, educação e cidadania. In: PEIXOTO, A. J. (Org.). *Filosofia, educação e cidadania*. Campinas: Alínea, p. 131-152, 2001.
- GIROUX, H. *Teoria crítica e resistência em educação: para além das teorias de reprodução*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- KANT, I. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1972.
- MENDES, S. Autonomia profissional e os desafios para a formação de professores. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Temas de ensino médio: Trilhas da identidade*. Rio de Janeiro: Artes Gráficas, 2004, p. 189-202.
- PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p. 73-77.
- VALLE, L. Modelos de cidadania e discursos sobre a educação. In: PEIXOTO, A. J. (Org.). *Filosofia, educação e cidadania*. Campinas: Alínea, p. 213-230, 2001.
- _____. *A concepção filosófica da educação*. Rio de Janeiro: UERJ, mimeo, 2003.
- _____. *A escola pública, trabalho docente e cidadania: como teoria e como prática de autonomia*. Rio de Janeiro: mimeo, s/d.
- VIEIRA, L. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

Formação de preceptores: contribuindo para a formação de especialistas na atenção ao recém-nascido e família sob o eixo da integralidade

TATIANA COELHO LOPES¹

ERIKA DA SILVA DITZ²

LÉLIA MARIA MADEIRA³

MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE⁴

SIMONE NASCIMENTO SANTOS RIBEIRO⁵

Introdução

Estudiosos brasileiros, ao mostrar os indicadores de saúde materna e de nutrição infantil no Brasil, apontam nossos progressos alcançados nas últimas três décadas, mas, por outro lado, afirmam também que, no que diz respeito à mortalidade materna e neonatal, ainda existem muitos desafios a enfrentar, tais como as altas taxas de cesárea, os abortos ilegais e o nascimento de pré-termos (VICTORIA et al., 2011). Mesmo com os investimentos feitos pelo Ministério da Saúde, é reconhecido o predomínio de práticas assistenciais tradicionais, que se mostram pouco efetivas no que diz respeito à redução dos indicadores de morbimortalidade desse grupo populacional.

No Brasil, a atenção obstétrica e neonatal ainda é orientada pelo modelo biologicista, o que representa limites para modificar o cenário

¹ Fisioterapeuta, membro da Linha de Ensino e Pesquisa do HSF, Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: tatianacoelho@yaho.com.br

² Terapeuta Ocupacional, Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração: saúde da criança e do adolescente pela Faculdade de Medicina/UFMG, membro da Linha de Ensino e Pesquisa do HSF. Endereço eletrônico: erikaditz@hotmail.com

³ Enfermeira, Coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do HSF, Doutora em Enfermagem pela USP/SP.

⁴ Enfermeira, Professora do Mestrado Profissional em GSEDL do Centro Universitário UNA, Doutora em Enfermagem pela USP/SP.

⁵ Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências da Saúde – área de concentração: saúde da criança e do adolescente pela Faculdade de Medicina/UFMG

da atenção à saúde. Devido a esse e a outros fatores, deparamos com indicadores negativamente persistentes relativos à saúde da mulher e do recém-nascido, o que tem sido foco de preocupação dos órgãos de decisão e tem levado à proposição de políticas direcionadas a essa população ao longo dos anos (MADEIRA; DITZ; LOPES, 2011).

Pelo exposto, defendemos que a melhora na qualidade da atenção à saúde implica decisões políticas que exigem desde mudanças na estrutura física das instituições até a formação e capacitação de profissionais para a referida assistência. Ressaltamos a necessidade de investimento em processos de formação dos profissionais de saúde para que as mudanças possam ocorrer e, conseqüentemente, para que a população usuária dos serviços de saúde se conscientize quanto aos benefícios dessa nova forma de assistência.

No que se refere ao processo de formação e avaliação em saúde, Barros (2006, p. 262), reforça a necessidade de estas se sustentarem em princípios conceituais, metodológicos e ético-políticos,

[...] com vistas a produzir passagens para a produção de um conhecimento em saúde conectado à vida e que, por conseguinte, também supere paradigmas da ciência pautados numa racionalidade exclusivamente técnica e objetivista.

Por sua vez, em conjunto com o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde tem incentivado a educação permanente para os trabalhadores da saúde, inclusive com o investimento em cursos de residência multiprofissional, a partir do reconhecimento da necessidade de construção da multidisciplinaridade como uma forma de avançar no que tange ao princípio da integralidade estabelecido na configuração do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em resposta aos desafios apresentados e à necessidade de mudanças no processo de formação para atender às demandas de saúde no Brasil, faz-se necessário considerar também a formação daqueles que irão auxiliar na formação de profissionais da saúde, e que são denominados docentes, professores, preceptores, tutores e mentores, dentre outros (BOTTI; REGO, 2008).

O campo de ação e as funções de cada um desses profissionais envolvidos no processo formativo em alguma medida refletem a

persistência de um modelo de ensino no qual não há articulação entre a teoria e a prática – ou seja: tem-se aquele que ensina a teoria e o que ensina a prática. Essa lógica contribui para práticas de ensino desvinculadas dos contextos de cuidado e das necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Para desenvolver práticas de formação articuladas ao contexto do cuidado, faz-se necessário o envolvimento dos profissionais do serviço e seu reconhecimento como potenciais docentes (DITZ *et al.*, 2010). Mas, será que eles estão preparados para assumir tal atribuição? Como ensinar a ensinar?

Tais questionamentos têm sido foco de discussões do grupo de profissionais envolvidos com o processo de formação e pesquisa no Hospital Sofia Feldman e recentemente balizaram as ações formativas de docentes-preceptores para a atuação destes no contexto da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido na instituição. Portanto, a partir dessa experiência, propomo-nos a discutir a ação formativa de docentes-preceptores implementada no hospital.

Ensinando a ensinar: a aprendizagem docente no cotidiano do cuidado ao recém-nascido e família

Neste texto pontuamos a relevância do saber docente para o avanço profissional na área da saúde e sua conexão com o fazer ético, humano e integral. Não se pode esquecer que grande parte dos profissionais da área de saúde teve sua formação sustentada em pilares epistemológicos tradicionais, cartesianos e reducionistas. Daí a dicotomia identificada na formação desses profissionais da saúde, que se evidencia por um descompasso entre seu discurso e sua ação, entre sua teoria e sua prática.

De modo geral, para o ensino de conteúdos teóricos, identifica-se a existência de processos de formação que possibilitam o aprofundamento de conteúdo teórico por meio de cursos de pós-graduação nos níveis de mestrado e doutorado. Já para o ensino da prática, identifica-se despreparo dos profissionais no que diz respeito às práticas pedagógicas e uma falta de investimento por parte das instituições formadoras em ações de educação permanente que capacitem os profissionais para o desempenho do ensino em serviço.

O que se identifica é que as propostas pedagógicas se distanciam da realidade de saúde e não dialogam com os serviços, o que dificulta a necessária articulação com o contexto do cuidado. Tal fato contribui para reforçar a dicotomia entre ensino e serviço, contrariando as diretrizes da Política de Educação Permanente (MADEIRA; DITZ; LOPES, 2011).

Para Pontes, Rego e Silva Junior (2006), é de suma importância que o saber instrumentalize as intervenções convocadas pela realidade, isto é, que a teoria seja sustentáculo da prática, o saber como fundamento do fazer. De fato, onde quer que atuem, os docentes necessitam de teorias sobre como se aprende e sobre como se ensina – e, principalmente, precisam compreender qual é o seu papel nesse processo.

Ressaltamos a necessidade de discutir a atuação do preceptor, que, segundo Botti e Rego (2008, p. 370),

[é o] profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica [...] Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação.

Bolzan e Isaia (2006, p. 491) reafirmam a necessidade de o docente ter consciência sobre sua responsabilidade pela formação dos futuros profissionais e reiteram que esse processo não é mecânico e solitário, mas implica a busca de uma postura reflexiva, entendida como “uma prática que expressa a tomada de decisões, a escolha das mediações e das concepções que temos acerca de nossa ação pedagógica”.

Explicitam ainda Bolzan e Isaia que a construção do conhecimento pedagógico compartilhado reivindica a construção de uma rede de interações que propicie o processo de aprender a ser docente. Por seu turno, Aranha (2008) alerta que o saber de cada docente é plural, uma vez provém não somente de disciplinas, mas também da experiência. Para a autora, os saberes experienciais são decisivos, uma vez que por meio deles há a mobilização de saberes e a adaptação de diversos saberes à prática docente.

Por todas essas razões, pensar sobre a formação do profissional de saúde é pensar em estratégias e condições de aprendizagem significativas não só para o profissional da assistência, mas principalmente para

aqueles que irão formar o profissional. Devemos reconhecer que mudanças institucionais e sociais ocorrem mediante a aquisição do saber pela coletividade, que se apoia e se estimula com vistas à melhoria de seus serviços.

A partir dessas considerações sobre a formação do docente/preceptor, cabe localizar o Hospital Sofia Feldman em relação às atividades de ensino e pesquisa. Tais atividades são expressas no Estatuto da Instituição, que reconhece a relevância do tema para o atendimento de sua missão. Na organização institucional foi criada a Linha de Ensino e Pesquisa (LEP/HSF) que busca desenvolver ações de educação permanente e, assim, contribuir para a formação de pessoas envolvidas na atenção à população usuária do SUS.

Essas atividades têm possibilitado aos trabalhadores da instituição refletir sobre a assistência oferecida, suscitando seu interesse em investir em novas capacitações para atender às demandas do trabalho em saúde. Tal movimento tem permitido mudanças no modelo assistencial e formativo, contribuindo para a qualificação do cuidado oferecido aos usuários do SUS (DITZ *et al.*, 2010). A partir de experiências na formação de profissionais para que atuem no campo da neonatologia, como também a partir da necessidade de se avançar na atuação multiprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família, em 2010, a LEP/HSF implementou o Curso de Especialização Multiprofissional em Neonatologia, incluindo assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Um dos desafios do curso foi a decisão quanto a que o oferecimento tanto da prática quanto da teoria fosse majoritariamente ministrado por profissionais vinculados ao serviço. Tal decisão favoreceu o melhor aproveitamento das situações de cuidado para o ensino, dado o conhecimento do docente/preceptor acerca do contexto assistencial. Além disso, as ações de ensino realizadas no serviço favoreceram a reflexão de profissionais e docentes/preceptores acerca das práticas de cuidado, redirecionando-as de acordo com as necessidades do recém-nascido e família (DITZ *et al.*, 2010).

Contudo, ao avaliarmos o curso com vistas ao seu reoferecimento, uma das fragilidades identificadas relacionava-se às atividades de preceptoria (ensino da prática), o que dificultava a formação de

profissionais com o perfil proposto pelo curso. Nesse sentido, identificou-se a necessidade de desenvolver nos preceptores, profissionais do serviço, as habilidades necessárias à compreensão das situações de cuidado como substrato para a resignificação dos saberes e práticas – e não apenas aquela relativa à reprodução dos conteúdos teóricos e técnicos. Para superar essa fragilidade, foi proposta uma capacitação de preceptores, destinada aos profissionais do serviço envolvidos com o ensino da prática prevista no Curso de Especialização Multiprofissional em Neonatologia.

Curso de aperfeiçoamento: a prática da preceptoría

Elaborado sob a perspectiva da interação do “saber e saber fazer”, o curso se propôs a abordar conteúdos pedagógicos e técnicos relativos à prática da preceptoría na atenção neonatal, inclusive quanto à compreensão do papel de preceptor, os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao exercício dessa atividade, como vértice do curso de especialização proposto.

O curso de aperfeiçoamento de preceptores teve como objetivo capacitar profissionais do serviço para o exercício da preceptoría de especializando na assistência ao recém-nascido e família. Participaram vinte profissionais preceptores, sendo: 10 enfermeiros; cinco fisioterapeutas; dois psicólogos; um assistente social, um terapeuta ocupacional e um nutricionista. A carga horária de trinta horas foi distribuída em duas horas/aula presenciais por semana no período de maio a junho de 2011, e as aulas ficaram sob a coordenação de duas profissionais da instituição também envolvidas em atividades de docência e preceptoría, contando com o apoio pedagógico de dois docentes externos.

No decorrer dos encontros foram discutidos temas relacionados às concepções e à prática da preceptoría, às diferentes concepções do processo ensino-aprendizagem com ênfase na pedagogia da problematização (ação-reflexão-ação), ao trabalho em equipe, à ética profissional e ao processo avaliativo. À medida que esses temas eram trabalhados e elaborados, o próprio grupo de preceptores discutiu e apontou o seu papel pedagógico como preceptores e os conhecimentos,

atitudes e habilidades necessários ao especialista a ser formado para atender às necessidades de cuidado ao recém-nascido e família.

Nesse processo reflexivo, os participantes foram estimulados a construir um entendimento acerca do papel do preceptor. De acordo com os participantes

Preceptor é aquele que norteia o aluno por meio de um processo reflexivo para o oferecimento de um cuidado que atenda às necessidades do recém-nascido e família na perspectiva da multiprofissionalidade e da ética.

Isso corrobora a assertiva de Masetto (2009) sobre a formação do aluno, que deve ir além do uso da competência técnica nas suas decisões e atividades profissionais. Para o autor, estas devem incluir valores éticos, sociais, culturais, antropológicos e econômicos que precisam ser explicitados, discutidos e analisados no processo de formação pelo docente para que o educando possa orientar as suas decisões.

Ao mesmo tempo, o preceptor tem como desafio buscar a perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional, que deve romper as fronteiras da ação em saúde – que tendem a ser operadas pelos profissionais de forma atomizada, com contornos rígidos que dificultam a construção do saber fazer comum (LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2007). O saber fazer comum deve ser pautado por contínuas tomadas de decisões – que são individuais e coletivas –, numa responsabilização de todos pelo cuidado que pode ser exercido e ensinado no cotidiano da assistência (BONALDI *et al.*, 2007).

No decorrer do curso, algumas questões pedagógicas foram surgindo, destacando-se entre elas a da necessidade de avaliar a atuação do preceptor na sua prática cotidiana com os alunos. Para Pontes, Rego e Junior (2006), os referenciais e teorias servem como guia da prática educativa, que está sujeita a imprevistos, elementos inconscientes e externos que não estão sob o controle do docente. Assim, para refletir sobre o que faz, o docente precisa recorrer a determinados referenciais que guiem, fundamentem e justifiquem sua atuação.

Observou-se, também, no curso de preceptoría, não ter havido — por parte dos participantes — demanda relacionada às habilidades técnicas do preceptor para o ensino das atividades assistenciais, mas

sim demanda referente ao processo ensino e aprendizagem, ou seja, ao contexto real de “educador-educando”. Para essa finalidade, foi elaborado um instrumento que possibilitasse uma autoavaliação do preceptor, com o objetivo de qualificar o processo de ensino e aprendizagem por meio de uma avaliação contínua do seu desempenho nas atividades formativas.

Paulo Freire (1996) descreve o processo de formação permanente dos docentes, destacando a reflexão crítica sobre a prática. Nesse processo, à medida que o docente se distancia da prática, tomando-a como objeto de análise, lhe é facultado um maior entendimento do contexto. A esse respeito, Perrenoud (1993) entende que a reflexão retrospectiva possibilita uma releitura da experiência e leva a uma reorganização de esquemas ou a um conflito frente às atitudes tomadas anteriormente.

A avaliação do curso foi realizada de forma escrita e verbal por todos os participantes, que expressaram a importância da iniciativa e as contribuições dos temas abordados para suas atividades de preceptoria. Esses aspectos foram também observados pelos coordenadores do curso, sendo que, à medida que os preceptores tinham contato com conteúdos pedagógicos, estes aumentavam a sua motivação para a transformação de uma prática de ensino tradicional e pouco reflexiva para ações mais construtivistas e reflexivas. O interesse do grupo também ficou expresso na adesão dos seus integrantes aos encontros e em sua participação e envolvimento nas discussões.

Massetto (2009) afirma que o contato direto com a realidade, com a prática, pode anteceder a teoria, incentivando a busca de informações para compreendê-la, o que traz vantagens para uma aprendizagem significativa. Isso valoriza o espaço profissional como um excelente espaço para a aprendizagem.

A experiência com o curso de aperfeiçoamento confirmou que os momentos de contato com diferentes abordagens pedagógicas e a possibilidade de refletir sobre sua contribuição para a formação de um profissional especialista com vistas à melhoria da qualidade da atenção à saúde foram extremamente significativos para a prática docente do grupo de preceptores profissionais do serviço. Pontes,

Rego e Silva Júnior (2006) reforçam tais assertivas ao ponderar que, sem uma teoria que dê sentido às práticas, estas não se transformam. A partir dos saberes pedagógicos reais dos sujeitos, estes irão refletir sobre os problemas e as experiências da prática.

Considerações finais

Desconstruir uma lógica de formação na qual predomina a passagem de informações ao invés de tomar as experiências diárias como objeto de reflexão para a construção de conhecimento e de transformação da prática não é fácil, porém não é impossível. O curso de formação de preceptores, além de ter propiciado um espaço para os profissionais refletirem sobre a prática da preceptoria, favoreceu a ativação de uma rede de aprendizagem.

A rede é tecida por diversos fios ligados entre si. Os fios – aqui entendidos como os diferentes atores envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, estabelecendo uma relação de complementaridade –, todos eles são necessários para que a rede exista. À medida que vão sendo tecidos, os fios alimentam e retroalimentam o saber e o saber-fazer, dando forma e continuidade à rede.

Referências

- ARANHA, A. V. S. Formação docente para a educação profissional: especificidades da área de Saúde. *Trabalho e educação*, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 131-149, 2008.
- BARROS, M. E. B. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 261-87.
- BOLZAN, D. P. V.; ISAILA, S. M. A. Aprendizagem docente na educação superior: construções e tessituras da professoralidade. *Educação*, Porto Alegre, ano 29, v. 3, n. 60, p. 489-501, set./dez. 2006.
- BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 53-72.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, jul./set. 2008.

DITZ, E. S. et al. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 179-190.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007, p. 29-40.

MADEIRA, L. M.; DITZ, E. S.; LOPES, T. C. A formação para a assistência obstétrica e neonatal: formar qual profissional para atender a quem? In: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 7, 2011, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABENFO, 2011.

MASSETO, M. T. Formação pedagógica dos docentes do ensino superior. *Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração*. Cristalina-GO, v. 1, n. 2. p. 4-25, jul. 2009.

PERRENOUD, P. *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas*. Lisboa: Publicação Dom Quixote, 1993, p. 19-51.

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A. G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 66-75, maio/ago. 2006.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, London, p. 32-46. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

Do universal ao comum na prática e na educação médica

RODRIGO SILVEIRA¹

ROSENI PINHEIRO²

Nas últimas décadas, o campo da educação médica no Brasil tem sido marcado por transformações, tanto no que se refere às concepções dos atores sociais implicados com a educação na saúde, quanto às práticas de ensino-aprendizagem adotadas no cotidiano da formação profissional. A partir da consolidação do SUS, tornou-se cada vez mais evidente o surgimento de novas demandas e necessidades de saúde, cujos efeitos repercutem mudanças significativas no padrão de distribuição nosológica no país, para as quais o modelo biomédico tem se mostrado insuficiente em respondê-las.

Nos anos 90 do século passado, identificamos um movimento de articulação ético-política que envolveu diferentes entidades da área médica em torno da ideia de avaliação do ensino médico. Esse processo possibilitou o reconhecimento das fragilidades existentes nesta área, ao mesmo tempo em que se buscava repensar a formação do profissional médico de forma a atender às exigências desse novo contexto sócio-político, cujo legado constitucional de 1988 é efetivar o direito à saúde.

¹ Médico de Família e Comunidade; doutorando no IMS-UERJ; pesquisador associado do Lappis. Endereço eletrônico: ropsilveira@gmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta no IMS-UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPq Lappis. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

Tal movimento resultou na elaboração do projeto CINAEM,³ deflagrando processos de transformação em grande parte das escolas médicas no país, o que influenciou de forma decisiva na construção das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina (DCN) (LAMPERT, 2002). Daí se instaura um período de transição, representando uma oportunidade concreta de pensar e repensar as práticas de cuidado e de formação na saúde mediante a incorporação de novos aportes teórico-conceituais capazes de contribuir para outras configurações institucionais porosas as essas novas práticas.

Entendemos por modelo biomédico a expressão institucional e política da Biomedicina que se caracteriza por um conjunto articulado de concepções e práticas que tem na categoria doença o seu principal objeto (CAMARGO, 1997). Sua ascendência na produção do conhecimento médico tem forte expressão na constituição de uma base socioeconômica-política para geração de uma cadeia produtiva, influenciando os processos formativos e se constituindo como a cultura médica hegemônica. Essa cultura tem extrapolado a própria prática médica, de modo a determinar processos de medicalização crescente da vida, que são cotidianamente reproduzidos. Embora reconhecamos sua influência no imaginário popular, é possível percebermos um flagrante desencontro entre os saberes e práticas biomédicas e as concepções sobre adoecimento e sofrimento das pessoas, com as quais a população, a partir de diferentes redes sociais, busca por cuidado e cura, desvelando as limitações que a biomedicina tem de compreendê-las.

Este ensaio se propõe a contribuir para o debate sobre a educação médica a partir da leitura dos escritos do filósofo contemporâneo François Jullien. O autor traz possibilidades epistêmicas para se repensar as práticas baseadas no diálogo, tendo como eixo a relação entre Universal e Comum, que para a medicina se manifestam tanto na atuação como na formação. François Jullien nasceu na França em 1951, e a maior parte de seus estudos foi realizada na China,

³ O Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), coordenado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), envolveu uma série de entidades médicas, inclusive Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e a Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM). Realizou um amplo processo de avaliação internas das escolas médicas após diagnóstico dos problemas.

principalmente nos debates sobre as relações entre as culturas europeia e chinesa. Hoje é um dos mais importantes sinólogos da atualidade e preside o Instituto do Pensamento Contemporâneo e do Centro Marcel-Granet, na Universidade de Paris VII. A notoriedade de seu pensamento se deu na discussão da Declaração Universal dos Direitos Humanos, objeto de suas análises no livro *O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo* (JULLIEN, 2009), cujos conceitos debatidos se aplicam a uma série de relações culturalmente mediadas. Neste ensaio trazemos essa discussão para a medicina e sobretudo suas contribuições para as transformações da educação médica.

Jullien inicia sua argumentação no referido livro consubstanciando histórica e socialmente os conceitos de Universal, Uniforme e Comum. O autor considera distorcida a noção de Universal impressa no debate internacional sobre os direitos humanos, dando-lhe um sentido de Uniforme, como se os direitos humanos fossem considerados da mesma forma em todo o mundo, nas mais diversas culturas. Sua crítica se concentra principalmente no fato de que os pressupostos de tal declaração foram construídos a partir de concepções ocidentais, sobretudo europeias, e se pretendem universais, aplicáveis a culturas tão diferentes como as advindas do Oriente, como os exemplos da Índia, do países islâmicos e da China. Como contraponto, propõe que o sentido de Universal dado à declaração se aproxime à noção de Comum. Para Jullien, o Comum não é o frequente ou o semelhante, mas o político, ressaltando o caráter relacional de seu sentido.

Trazendo para o campo da medicina e de sua formação, observamos o caráter uniformizante da Biomedicina, muitas vezes levando à negação de outras racionalidades e deixando em segundo plano o caráter relacional de sua prática. A partir dessa constatação, pretendemos neste ensaio resgatar as possibilidades da produção do comum na prática médica e explorar as possibilidades de sua reprodução nas ações de formação, chamando a atenção para a responsabilidade como categoria-chave para essa perspectiva.

Biomedicina como sistema universal

A racionalidade científica moderna é a forma como se organiza o pensamento contemporâneo sobre o mundo e sobre a vida. O termo

racionalidade, tal como definido por Luz (2004), é um “conjunto de princípios de organização dos saberes e de sua ordenação no mundo”. A autora recompõe as raízes de tal racionalidade nas rupturas e descontinuidades com o modo de pensamento medieval, no século XVI durante o período do Renascimento. A ruptura se dá inicialmente no campo da filosofia e das artes e encontra ressonância nos mais diversos campos culturais, econômicos e até políticos. A principal descontinuidade representou a dessacralização das representações sociais e a emergência da ciência como forma de produção de sentidos (LUZ, 2004).

Em resposta a uma natureza divinizada, a ciência se baseia na objetividade e na razão. A observação da realidade e sua recriação através do experimento constituem o método de produção de verdades, que são vistas através de modelos matemáticos e constituições mecânicas de sua estrutura (LUZ, 2004). Sua ressonância para o campo da medicina se dá com a abertura dos cadáveres, quando os órgãos internos puderam ser examinados e as lesões decorrentes de processos de adoecimento, desvendadas (FOUCAULT, 1998). A partir desse processo de mudança de paradigma, a ciência médica se voltou para a compreensão das doenças e as tornou objeto principal de sua prática, deixando as pessoas em segundo plano.

Camargo (1997) caracterizou a racionalidade biomédica como a medicina do corpo, das doenças e das lesões. Essa virada resultou em profundas transformações na prática e no ensino da medicina, inicialmente na constituição dos hospitais como local da pesquisa, na descrição das doenças, e do ensino sobre as mesmas. A saúde passou a ser entendida como ausência de doenças, aguçando o dualismo entre o normal e o patológico. Além disso, todas as manifestações que não pudessem ser capazes de ser explicadas objetivamente foram relegadas, na negação de tudo o que não pode ser explicado cientificamente.

São inegáveis os avanços obtidos com os desdobramentos da racionalidade biomédica, e não se deseja aqui diminuir sua importância e as melhorias que trouxeram para a saúde e a vida das pessoas. Não obstante, é importante que exerçamos o pensamento crítico no sentido de reconhecer seus limites e os caminhos a que tem se derivado. É

importante que abordemos dois desses aspectos. O primeiro abrange a emergência das doenças crônico-degenerativas e o sofrimento psíquico como problemas de saúde pública, bem como a caracterização dos condicionantes sociais desses agravos, no que Luz (2004) chama de “fragilidade social”. Estas são condições cujo cuidado requer o reconhecimento de sua complexidade, sendo a biomedicina limitada na capacidade de dar respostas satisfatórias, gerando então uma crescente procura ao sistema de saúde sem a devida resolutividade. O segundo é a organização produtiva que se conformou ao redor da entificação das doenças, envolvendo indústrias farmacêuticas e de equipamentos, entidades médicas e instituições formadoras, no chamado complexo médico-industrial. Este atualmente é capaz de produzir e reproduzir necessidades de saúde, levando a um processo de medicalização da sociedade (LUZ, 1979; CAMARGO, 2005)

Ainda com base no pensamento de CAMARGO (1997), a Biomedicina enquanto racionalidade pode ser delineada em três proposições: o caráter mecanicista, sendo o universo uma gigantesca máquina subordinada à causalidade linear pelos seus mecanismos; o caráter analítico, com elucidação do todo (no caso, a máquina) através do isolamento das partes, sendo o funcionamento do todo igual à soma das partes; e o caráter generalizante, dirigindo-se à produção de discursos com *validade universal*, propondo modelos e leis de aplicação geral.

É nessa pretensão de universal da Biomedicina que os princípios filosóficos trabalhados por François Jullien se aplicam e são capazes de auxiliar nos caminhos para a construção de novas práticas de cuidado e de formação. Jullien entende que, no mundo globalizado pelos valores de mercado e pela comunicação, a noção de Universal ganha *status* hegemônico, principalmente no pensamento europeu. Para ele, o Universal na modernidade é um conceito da razão e, como tal, exige uma necessidade *a priori*, prévia a toda experiência. Impõe ruptura e absolutização. Trata-se de uma prescrição estabelecida como princípio na invocação de um dever-ser (norma). Em seus escritos, fica evidente que na história do mundo ocidental nem sempre esse conceito foi considerado dessa forma, como por exemplo na Roma

antiga.⁴ A partir desse pensamento, que se alinha ao pensamento científico moderno, o Universal foi traduzido pelo Uniforme, que em sua genealogia seria sua antítese. Segundo Jullien, no Universal o *Uni* seria o voltado para o *Um* (*uni-versus*). O Uniforme é uma repetição estéril desse *Um*. O Uniforme é a perversão do Universal. O Uniforme é um conceito não da razão, mas da produção. É o princípio da funcionalidade que prevalece nele; apoia-se no “Semelhante”. Tem como oposto o singular, o diferente. A globalização leva a uniformização à sua maior extensão e se faz passar por universal. O mergulho no Uniforme não é devidamente criticado. É nesse fato que o diálogo entre as culturas encontra seu principal obstáculo. Ocorreria então a possibilidade de homogeneizar as culturas a partir dos conhecimentos e valores próprios do mundo ocidental. E enfim transformar o Universal em Uniforme (JULLIEN, 2009).

No caso em questão, a Biomedicina e sua reprodução através das escolas médicas tendem à uniformização de seus princípios para todas as culturas, limitando a manifestação e a emergência de outras racionalidades que possam porventura surgir. Atualmente, a cultura ocidental tem na Biomedicina a verdade sobre a prática médica, sendo muito pequena a expressão de outras práticas, como a homeopatia, por exemplo. O mesmo não se pode dizer do Oriente, onde sua importância é notória, como na medicina tradicional chinesa e na Ayurveda.

Outra discussão interessante abordada pelo autor e útil para esse debate é sobre a diferença entre o *universalizante* e o *universalizável*. A Biomedicina pode ser considerada como uma racionalidade *universalizável*. Jullien define essa característica como “aquilo que aspira a universalidade enquanto enunciado da verdade”, sendo assim, corre o risco do poder-ser, de ser tachada de pretensão excessiva. Já o universalizante seria “imune ao problema da legitimidade: uma

vez que é o que faz surgir (...) o universal, ele não aspira, faz” (JULLIEN, 2009, p. 152). Assim como os direitos humanos têm sua face universalizante, na sua vertente negativa (diria o autor), ou seja, naquilo que é inaceitável e não naquilo que devemos fazer, temos a possibilidade de pensar em que aspecto a Biomedicina, inserida numa forma de pensamento mais ampla, poder deixar de ser *universalizável*, ou seja, aspirar a ser verdade universal e adquirir status *universalizante*. A análise do Comum nas práticas pode auxiliar nessa busca.

O comum na prática médica

François Jullien defende a possibilidade de um diálogo entre culturas através do Comum. Sua definição é essencialmente política. Como dito anteriormente, não se trata de algo semelhante, mas de compartilhamento, o “lugar da partilha”. Seu sentido não é derivado da razão como o Universal, nem da produção como o Uniforme. Na raiz da palavra: *cum* (com) e *munus* (obrigação). *Munus* é um dom, tem o caráter de reciprocidade.⁵ É ao mesmo tempo do âmbito da doação e da obrigação, daí sua ligação com a noção de responsabilidade, tão cara à prática médica. “É *com-munis*, literalmente, aquele que compartilha uma responsabilidade (uma tarefa, uma função)”. O comum assegura a “comunicação” através das diferenças, assume a forma de um “justo centro” – a igual distância dos participantes. Uma relação recíproca e reversível entre eles (JULLIEN, 2009).

Essa concepção do Comum dialoga com as novas proposições quanto à prática médica em uma racionalidade distinta da Biomedicina estritamente. Essa pode reconhecer seus avanços e suas práticas, mas ampliar a forma de ver e agir, superando dualismos, fragmentações, resgatando o vitalismo do passado e de outras racionalidades médicas (LUZ, 2004), e avançando em práticas que sejam eminentemente relacionais. A noção de integralidade⁶ vai ao encontro desta

⁴ Julien (2009, p. 63) afirma que na cidadania romana há o primeiro encontro entre o Universal e o Comum: “No desabrochar da cidadania romana, com efeito, os dois cruzam-se pela primeira vez: seu status jurídico, de um lado, no modo do dever-ser e não podendo sofrer exceção, define uma prescrição necessária que vale universalmente; e, de outro, a partilha dessa cidadania estende-se progressivamente até torná-la a ‘pátria romana’ comum a todo o Império, sem mais exclusão.”

⁵ Esse enunciado revela sua aproximação com a teoria do dom, formulada pelo sociólogo MacelMauss, como sistema de trocas horizontais “dar, receber e retribuir” (MAUSS, 1974).

⁶ Os estudos do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas em Integralidade em Saúde (Lappis) têm contribuído com esse debate e essa construção desde sua origem, no Projeto Racionalidades, produzindo conhecimento e dando visibilidade às experiências em que a integralidade aparece como eixo.

configuração em seus sentidos e em suas manifestações na atenção em saúde através da noção de cuidado⁷ (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Uma racionalidade baseada na integralidade necessariamente trabalha com uma visão holística da pessoa em suas várias dimensões de vida e equilíbrio, não apenas apresentando uma doença, mas porventura vivenciando a experiência de adoecimento. Sua aproximação com a noção de Comum trabalhada por Jullien se manifesta nas noções de vínculo e responsabilidade, e seu reflexo no compartilhamento dos projetos terapêuticos na relação médico-paciente. Além disso, o Comum também é produzido na abertura para o trabalho em equipe numa perspectiva interdisciplinar. Essas categorias chamam a atenção para o caráter eminentemente relacional da prática médica. Podemos dizer assim que, na perspectiva trazida por Jullien, a ação do médico é essencialmente política.

Alguns autores do campo da antropologia em saúde têm estudado esse diálogo entre culturas na relação médico-paciente (KLEINMAN et al., 1978; OLIVEIRA, 2002). Essa relação se dá entre concepções diferentes sobre o processo de adoecimento. Essa diferença fica clara na distinção que se faz nas palavras da língua inglesa: *illness* e *disease*. Enquanto *disease* (doença) se refere à categoria médica ditada pela Biomedicina, *illness* (traduzida como enfermidade) representa a experiência do adoecimento, as concepções de causalidade e as implicações no cotidiano de sua vida. A prática da medicina centrada na pessoa, sistematizada por Stewart et al. (2010) e baseada na abordagem da psicologia humanista de Carl Rogers (ROGERS; WOOD, 1994), tem embasado a atuação de médicos no reconhecimento da importância dessa experiência para uma real mudança no modelo de atuação. É notória sua contribuição para a Medicina de Família e a atuação na Atenção Primária, nível em que o médico está mais próximo do cotidiano de vida das pessoas.

Uma relação médico-paciente baseada no Comum não permite

ações puramente normativas ou prescritivas com decisões unilaterais, mas se qualifica pela capacidade de escuta do profissional e a abertura à sua cultura. Mas essa escuta não pode ser desprovida de um olhar atento para as demandas e necessidades, como se somente o ato de deixar a pessoa falar pudesse trazer maior participação do paciente nas decisões. É preciso que esse reconhecimento seja efetivo e que haja espaço para compartilhamento na análise das situações de vida e adoecimento e na tomada de decisões. Temos defendido que essa postura é capaz de ampliar tanto o diagnóstico quanto o tratamento, considerando os diversos aspectos envolvidos na manifestação do adoecimento, por vezes chegando a um diagnóstico mais amplo, em que a doença em questão é um sintoma de problema maior, e levando em consideração as terapias que mais se adequam a essas situações e aos anseios dos pacientes.

O pressuposto para que o vínculo e a responsabilidade aconteçam é o diálogo. O vínculo acontece quando há realmente uma relação de confiança entre médico e paciente. O caminho para a sua efetivação é justamente o Comum, o compartilhamento, a junção dos anseios de um e de outro. Ayres (2007), numa feliz associação, se refere a essa aproximação como uma “fusão de horizontes”. A responsabilidade guarda relação com o vínculo, traduzida numa atitude do profissional que assume para si também as possibilidades e as impossibilidades dos pacientes em seu processo de cuidado (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2004). Desta forma, o profissional também é implicado caso o paciente não consiga tomar um medicamento por não ter como comprar ou por seus efeitos adversos, por exemplo.

Da mesma maneira, o Comum no trabalho em equipe não permite encaminhamentos irresponsáveis onde o paciente deve simplesmente ir atrás do outro profissional por uma necessidade “não médica” (atitude típica da racionalidade biomédica). O diálogo entre os profissionais, idealmente constituindo uma equipe, é um pressuposto. Para isso, posições corporativistas das diversas áreas devem ser relativizadas e uma abertura entre os profissionais deve prevalecer. Ceccim (2004) classifica essa relação denominando-a de “entre-disciplinas” para ressaltar essa abertura. Nesse outro compartilhamento próprio da prática médica baseada na integralidade, são negociadas propostas de ação e decididos

⁷ Ayres (2004) trabalha a categoria cuidado como “uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

processos de trabalho capazes de criar sinergia e proporcionar maior capacidade de resposta às demandas e necessidades das pessoas.

Falamos de diálogo na relação médico-paciente e no trabalho em equipe, cabendo outra discussão interessante do pensamento de Jullien na sua busca pela possibilidade de diálogos entre as culturas, que é a questão que reúne inteligibilidade e tradução.

[...] para fundar o comum eu escolho situar esse comum, entre culturas, no plano do inteligível, isso se deve aos dois: por um lado, porque o que se partilha, de uma cultura a outra, é menos da ordem de algum fundo comum, segundo essa imaginação tranquilizadora de um originário, do que essa própria comunicabilidade [...]; e porque, por outro lado, esse comum é aquele que não cessa de desenvolver a “inteligência”, como faculdade de abertura, a qual entendo igualmente, a exemplo do *universalizante*, num sentido ativo, no participípio presente, esse *inteligente* (“inteligibilizante”) consistindo em poder circular entre inteligibilidades diversas a fim de delas fazer surgir, em cada caso, uma *coerência*. (JULLIEN, 2009, p. 175)

A inteligibilidade trata da compreensão, da abertura para o diálogo entre as partes, da abertura da concepção do outro, de uma inteligência partilhada, de um “justo meio”. Para o autor, trata-se de uma oportunidade de nossa época poder circular entre inteligibilidades diversas para promover *através delas* uma *comum* inteligência. Para isso, coloca no centro do debate a questão da linguagem. Para ser inteligível, é necessário que se compreenda minimamente a língua, pois, segundo o autor, a partir da língua pode-se participar da comunidade dos que falam e significam. Mas ressalta que por mais que se entenda, há os implícitos culturais, que somente quem compartilha a cultura realmente se apropria dos significados. Daí emerge a questão da tradução. Para Jullien, existem problemas na tradutibilidade entre culturas diferentes:

[...] quanto mais desconfiarmos de aproximações fáceis, mais parece arriscado julgar “passar” seguindo os mesmos fios (manipulados pela universalidade) de uma margem a outra – ainda que tivéssemos a prudência e a destreza de um acrobata. Tal continuidade não existe. Subsiste uma ruptura, irreduzível, de “imersão” ou de ambivalência, entre esses setores defasados: assim, verifica-se inevitável desconstruir aqui e reconstruir ali, *de-* e *re-*categorizar; a despeito da iniciativa

de comparar (ora, toda a tradução necessariamente explica isso), deveremos igualmente *des-*comparar, pelo menos mediante o comentário, para deixar entrever esse resíduo de incomparável que, ao ser traduzido, foi dissimulado.” (JULLIEN, 2009, p. 116)

A linguagem médica é fruto de uma cultura, não é algo dado, mas construído socialmente. De fato, temos que admitir que existe um linguajar próprio, de difícil compreensão e explicação. É necessário que nos diálogos entre médicos e pacientes ou com a equipe, haja atenção para o uso da linguagem e sua inteligibilidade. Ainda assim, mesmo com linguagens parecidas os implícitos ditados pela cultura aparecem, tanto de um lado, na tradução da biomedicina, como de outro. Há um problema de inteligibilidade também, e diríamos que tão importante quanto, do médico frente à narrativa do paciente. A cultura biomédica faz com que o médico se concentre nos pontos em que para ele faz sentido na construção de seu raciocínio clínico, fazendo passar despercebidas questões importantes para uma apreensão mais ampla do problema, o que pode ser determinante para a capacidade de resposta e compartilhamento. Isso é mais aguçado ainda se há uma grande diferença entre classes. Velho (1978) traz a questão do reconhecimento como semelhante através da classe social, no que chama de *cultura de classes*. Para Valla (1997), há uma crise de compreensão das classes populares pelos profissionais de saúde, o que cria um abismo na capacidade de compreensão entre os mesmos. A nova configuração do sistema de saúde no Brasil tem levado a mudanças nessa situação.

A expansão do campo da Atenção Primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família, tem contribuído para a transformação das práticas, aproximando os profissionais do cotidiano de vida das pessoas, o que por si só chama a atenção para uma nova abordagem. Por um tempo, ainda nos deparamos com a situação de praticamente não haver profissionais com formação específica na área. Atualmente, já vemos diversas iniciativas que vêm mudando esse cenário, com destaque para o aumento do número de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e a abertura de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Além disso, o movimento de transformação dos cursos de graduação,

institucionalizado com a publicação das novas DCN para a área da saúde, está incorporando o debate sobre as racionalidades já neste nível de formação diversificando os cenários de aprendizagem como a Atenção Primária e estágios em área rural.

O comum na educação médica

Desde o relatório Flexner, em 1910, com a crescente especialização do ensino e a fragmentação tanto do conhecimento como dos modelos curriculares, as instituições de formação têm sido reprodutoras do referencial biomédico (LAMPERT, 2002). Ao longo do curso de medicina, o futuro médico tem um grande aporte de disciplinas do campo da biologia e do estudo das doenças, e passa por um processo de embotamento de seus sentimentos frente ao sofrimento, com a justificativa de não se abater com os problemas que as pessoas apresentam. Com isso, muitas vezes perdem o senso crítico, a capacidade de pensar e refletir sobre aquilo que estão fazendo e muitas vezes se tornam reprodutoras de práticas que padronizam as pessoas, não reconhecendo suas especificidades e necessidades.

A filósofa política Hannah Arendt exemplifica esse processo com a metáfora do “dente de engrenagem”. A autora formulou essa ideia ao presenciar o julgamento de Eichmann, um oficial nazista responsável pela morte de milhares de judeus durante a Segunda Guerra. Na expectativa de encontrar um monstro em pessoa, na verdade encontrou um burocrata, um cumpridor de ordens, uma pessoa incapaz de pensar no que estava fazendo, mais uma “peça” (dente de engrenagem) a serviço do sistema (ARENDR, 2004). Guardadas as devidas proporções, pois não estamos tratando de regimes totalitários, esse tipo de raciocínio pode ser aplicado a várias áreas e vivemos no cotidiano problemas semelhantes. Pessoas, profissionais, que repetem comportamentos sem refletir sobre os mesmos, delegando ao sistema a responsabilidade que na verdade é de cada um. É difícil de acreditar, mas na medicina isso é possível e tem se verificado em grande escala. Médicos que não se esforçam em tomar as condutas adequadas, com a plenitude de suas condições, ou mesmo aqueles que têm diferentes atitudes nos âmbitos público e privado. Para Arendt, a capacidade de julgamento tem uma ligação

estreita com a responsabilidade, pois somente quando pensamos em nossos atos, somos capazes de nos responsabilizar pelos mesmos.

Essas reflexões nos levam a uma pergunta: é possível ensinar esse diálogo capaz de promover o compartilhamento, o comum? É possível ensinar a escuta? A capacidade reflexiva (julgamento)? A responsabilidade? Arendt defende que é possível ensinar a virtuosidade (ARENDR, 2009). Se essas categorias na prática médica podem ser consideradas ao menos parte de uma possível virtuosidade, concordamos com a autora. Podemos então pensar de que formas podemos fazer emergir o comum na formação médica tendo por base algumas tendências de mudanças que hoje já se fazem sentir. Há pelo menos três grupos de ações que podem trabalhar esses aspectos na graduação: a diversificação de abordagens pedagógicas, a incorporação de cenários que até então não figuravam entre os campos de prática e a ampliação dos domínios de aprendizagem.

Sobre as abordagens pedagógicas, o trabalho em pequenos grupos e a variação das técnicas, quando bem conduzidas, podem proporcionar maior capacidade de participação para todos os alunos, sendo uma boa alternativa às tradicionais aulas de auditório, onde apenas o professor fala e os alunos escutam, com participação de poucos. Tendo a oportunidade de falar e se colocar perante o grupo, o aluno pode desenvolver a capacidade de diálogo, ao mesmo tempo em que aprende a escutar a fala do colega. Desta forma, os alunos participam uns da formação dos outros, havendo assim a possibilidade de trocas e compartilhamento. O professor, nessas atividades, deve proporcionar essa participação, estimulando que os alunos se coloquem e respeitem a fala e a opinião de cada um.

Uma abordagem destinada a trabalhar a capacidade reflexiva é o uso de portfólio. Trata-se de um espaço destinado ao aluno para escrever em forma de narrativa suas impressões e sentimentos frente às experiências vividas, os fatos interessantes e eventuais trabalhos, pensando e elaborando sobre os mesmos. Segundo Marin et al. (2010, p. 192), “narrativa provoca mudança na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros e, ao ler seu escrito, é possível ao futuro profissional, inclusive, ir teorizando a própria experiência”. Denominando-o de portfólio reflexivo, os autores chamam a atenção

para o fato de que o instrumento é importante para aprendizagem e avaliação processual, pois permite o diálogo e a reflexão do estudante e entre eles e os professores.

Em relação aos novos cenários, é preciso ressaltar a diversidade de experiências na Atenção Primária, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, promovendo uma verdadeira integração com os serviços de saúde. Essas vivências, quando bem trabalhadas e delineadas, com real inserção dos alunos no cotidiano das comunidades – ação oposta à “visita ao zoológico”, quando eles apenas são levados pontualmente para as unidades –, abrem um leque de possibilidades para aprendizado de aspectos que auxiliam na produção do Comum. O contato com pessoas desde o início do curso, com acompanhamento de famílias, é capaz trabalhar ao mesmo tempo a comunicação, a responsabilidade, o trabalho em equipe e as diferenças culturais. Como disse Jullien, a capacidade de comunicação e a inteligibilidade são cruciais para as relações dialógicas. No contato com as famílias, os estudantes podem desenvolver essa capacidade sem o auxílio de roteiros, que apesar de dar mais segurança, podem estreitar a capacidade de apreensão da realidade, pois há uma tendência a seguir estritamente o que está especificado nestes. O vínculo e a longitudinalidade do contato do estudante com aquelas famílias podem ajudar a desenvolver a responsabilidade em sua prática médica, já que as próprias pessoas que ele acompanha já recorrem aos mesmos quando necessário. Para que esse processo seja mais efetivo em trabalhar a responsabilidade, o contato com a equipe de Saúde da Família e a participação nas decisões e nas tarefas é ação desejável, pois a atuação do estudante passa a ser determinante para a efetivação do cuidado.

Nesse contato, já nos primeiros momentos de sua formação, o estudante se depara com culturas diferentes das dele, manifestadas tanto pelo fato das pessoas serem “externas” ao campo da medicina, como pelas diferenças de classe social que porventura aconteçam. Esse aspecto, vivenciado no contexto de vida onde essa cultura se manifesta, pode criar outro tipo de pensamento no estudante sobre as crenças e o cotidiano de vida dessas pessoas, suas dificuldades e potencialidades frente aos problemas que aparecem, diferentemente daquele do contato no contexto hospitalar. Essas vivências se

aproximam bastante do que Jullien trabalha para esse diálogo, sendo importante que a perspectiva do Comum apareça com força nos debates promovidos pelos professores.

Para que esses aspectos sejam realmente desenvolvidos, o professor tem papel crucial, pois além de ter a responsabilidade de discutir os relatos e fatos vividos com vistas ao desenvolvimento da comunicação, responsabilidade e cultura, também deve ser um exemplo de atuação segura e ética, para se desenvolver como autoridade frente os estudantes. Hannah Arendt, em sua crítica aos efeitos da crise da modernidade na educação, aponta a perda da autoridade como um dos principais pontos que prejudicam esse processo na atualidade. É importante ressaltar que, para ela, autoridade não é adquirida pela força ou coerção, mas pelo exemplo, pela responsabilidade (ARENDR, 2009). Trata-se então de uma autoridade legítima, o que não tem sido tradicionalmente valorizado nas relações entre professores e alunos nos cursos de medicina. Talvez o trabalho em pequenos grupos e o desenvolvimento do docente nesses aspectos possam estar mudando essa realidade.

Ainda em relação às vivências em Atenção Primária, é louvável que estejam acontecendo experiências de integração com outros cursos da área da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2007), pois pode fortalecer a capacidade de diálogo, de reconhecimento e de efetivação do trabalho em equipe numa perspectiva interdisciplinar. Essas características, estando presentes desde o início do curso, podem ajudar a desenvolver a habilidade de negociação, numa perspectiva política, sem o peso corporativo da profissão manifestada após concluída sua formação.

Os internatos ou estágios rurais são atividades que podem sensibilizar ainda mais os estudantes no reconhecimento das diferentes culturas e nas possibilidades de diálogo. Nos vários contextos rurais do Brasil, há uma grande diversidade cultural, com outras formas de se viver, problemas distintos de saúde, concepções sobre adoecimento e práticas de cuidado porventura não observados nos centros urbanos. Citando o exemplo da Amazônia, que possui 30% de sua população vivendo em áreas ribeirinhas, os tempos de vida (transporte, produção, comunicação etc.) são diferentes e o acesso ao sistema de saúde é dificultado pelas distâncias e meios de transporte. As concepções sobre adoecimento têm influência das populações indígenas e das

crenças dos povos da floresta, e as práticas levam em consideração as plantas medicinais, o xamanismo e a atuação de parteiras, rezadeiras e curandeiros. A vivência do estudante nesse contexto é capaz de ampliar de tal forma sua visão sobre a sua própria atuação, que pode criar ressonância em sua maneira de praticar a medicina, com respeito à cultura e abertura para o diálogo e o compartilhamento.

Por fim, outro ponto importante para a produção do comum na educação médica é a ampliação dos domínios da aprendizagem, com a incorporação da dimensão afetiva nos processos. Tradicionalmente, os domínios cognitivo e psicomotor, com a centralidade na apreensão de conteúdos e habilidades, são os que têm sido enfatizados nos cursos. Pouco se atenta para o desenvolvimento de atitudes. As atividades e os cenários apontados acima são capazes de desenvolver as atitudes que nos são caras à prática médica, como escuta, responsabilidade e abertura para o diálogo, e já estão sendo incorporadas formas de avaliação abrangentes que as levam em consideração. Os exames OSCE (exames estruturados de habilidades clínicas) são os mais relatados e sua utilização tem sido ampliada para concursos de residência e provas de revalidação (AMARAL; TRONCON, 2007). Considerando o aprendizado de atitudes, ou de virtudes, aproximando-se ao pensamento de Arendt, há condições para que haja mudanças na prática médica, indo do foco na doença para a pessoa, considerando o processo e a experiência do adoecimento, e compartilhando com a mesma decisões importantes para sua vida.

Considerações finais

O caminho entre o Universal e o Comum na prática médica não é livre de obstáculos. Pelo contrário, trata-se de uma via tortuosa, de idas e vindas, em que se caminha lentamente. A racionalidade biomédica se adequa perfeitamente à economia de mercado, gerando um efeito de reforço sobre a sua hegemonia, num processo a mercantilização da saúde e medicalização da sociedade. As opções colocadas para avançar num processo de transformação estão em curso, com a mudança no modelo assistencial, nos processos de trabalho e no campo da formação. Dentre esses, as mudanças na

formação podem gerar reflexões com vistas a uma outra forma de inserção do profissional médico no sistema de saúde e frente a seus usuários. Uma inserção que tenha no diálogo e no compartilhamento o eixo da condução de seu trabalho.

As tendências de transformação da educação médica já caminham nessa direção, o que nos faz pensar que o momento em que vivemos seja profícuo ao vislumbrarmos o futuro da profissão. É necessário que pensemos em formas de avaliação dessas mudanças, para que esse movimento adquirira consistência e possa dar continuidade a esse processo.

A contribuição de François Jullien, com seus pensamentos sobre a relação entre o Universal e o Comum no diálogo entre culturas, vai ao encontro desse processo, sendo mais um aporte filosófico capaz de embasar epistemologicamente as tensões entre a racionalidade biomédica e a prática desejada, no sentido de criar possíveis convergências na construção de um novo pensamento. O ponto em que sua contribuição adquire força está na possibilidade do diálogo, e no desvendamento dos caminhos para que ele efetivamente aconteça, com respeito à diversidade cultural. Acreditando nessas possibilidades e atuando no campo das ações, poderemos algum dia viver outra configuração na prática médica que possa se aproximar das demandas e necessidades das pessoas.

Referências

- AMARAL, F.T.V.; TRONCON, L.E.A. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (Osce). *Revista Brasileira de Educação Médica*. V. 31, n.1, p. 81-89, 2007.
- ALBUQUERQUE, V.S. et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Revista Brasileira Educação Médica*, v.31, n.3, p.296-303, 2007.
- ARENDRT, H. *Entre o passado e o futuro*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- _____. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*. v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- _____. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.17, n.1: p. 43-62, 2007.

CAMARGO, K.R. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n.1, p. 45-68, 1997.

_____. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 91-101.

CECCIM R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004, p. 259-278.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

JULLIEN, F. *O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, v.88, n.2, p.251-258, 1978.

LAMPERT, J.B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. Tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, 2002.

LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. Fragilidade social e busca por cuidado na sociedade civil de hoje. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004, p. 9-20.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

MARIN, M.J. et al. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.2, p. 191-198, 2010.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo: Edusp, 1974.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde. Integralidade, cultura e comunicação. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. v. 6, n.8, p. 63-74, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

ROGERS, C.; WOOD, J. *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994.

SILVA JR., A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004, p.241-257.

STEWART, M. et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2 ed. Porto Alegre : Artmed, 2010.

VALLA, V.V. A crise da compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, v. 22, p.178, 1997.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E.O. *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação

RICARDO BURG CECCIM¹
JULIANO ANDRÉ KREUTZ²
MANOEL MAYER JR.³

Os autores do presente artigo são pesquisadores e pesquisados, na medida em que foram ou são atores sociais dos discursos que conformaram ou conformam as Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde. Além de pesquisar sobre o assunto, em diferentes momentos cada um dos autores foi residente, preceptor ou coordenador em programas de residência na área da saúde, uma modalidade de formação marcada pela participação organizada de diferentes coletivos, entre os quais os Fóruns Nacionais de Residentes, de Preceptores e Tutores e de Coordenadores, todos multiprofissionais (BÚRIGO et al., 2006; CECCIM et al., 2009).

As Residências Médicas, no Brasil, são programas de formação pós-graduada realizados na forma de treinamento em serviço sob supervisão médica. Embora existentes desde 1946, sua regulamentação teve início em 1977, quando foi criada, por Decreto Federal, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), num processo de trinta anos (BRASIL, 1977). As Residências em Área

¹ Doutor em Psicologia, Pós-doutor em Antropologia Médica, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço eletrônico: burg.ceccim@ufrgs.br.

² Especialista em Atenção Básica na Saúde Coletiva, Mestrando em Educação (Educação em saúde) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, técnico do Centro de Referência e Assessoramento em Redução de Danos do Rio Grande do Sul. Endereço eletrônico: julianokreutz@gmail.com.

³ Especialista em Saúde Pública, Mestre em Psicologia, professor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Endereço eletrônico: mmayerjr@gmail.com.

Profissional da Saúde, por sua vez existentes desde 1975, tiveram sua regulamentação iniciada em 2005, quando foi criada, por Lei Federal, a Comissão Nacional de Residência – Multiprofissional – em Saúde (CNRMS) em outros trinta anos de processo (BRASIL, 2005). As Residências em Área Profissional da Saúde são programas de formação pós-graduada realizados na forma de educação em serviço sob supervisão docente-assistencial de profissionais de saúde. A Residência Médica é destinada a médicos e a Residência em Área Profissional é destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a categoria médica.

A expressão Residência Multiprofissional em Saúde, que predomina nos documentos oficiais depois de 2005, nomina, na Lei, a Comissão Nacional, mas não o “aperfeiçoamento e especialização em área profissional” (artigos 13 a 15 da Lei). Em artigo conceitual anterior à Lei e especificamente de tematização dessa modalidade de formação em seu encontro com a tematização da integralidade na atenção à saúde, utilizamos a definição Residência Integrada em Saúde, a qual era marcada discursivamente por uma concepção de interpenetração (a noção de *integrada*) entre ciências biológicas com as ciências sociais e as humanidades; entre educação e trabalho; do trabalho educativo pela cidadania; do trabalho multiprofissional pela prática interdisciplinar; entre especialização médica e aperfeiçoamento especializado em saúde; entre especialização e necessidades sociais e, em especial, da formação em saúde pelo Sistema Único de Saúde (CECCIM; FERLA, 2003).

Na Lei Federal nº 11.129/2005 (lei que cria a Residência em Área Profissional da Saúde), o Art. 1º, revogado em 2008, anunciava a execução de ações *integradas* que propiciassem aos jovens brasileiros, na forma de cursos previstos no Art. 81 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), a elevação do grau de escolaridade (especialização, por exemplo), visando, entre outras, à qualificação profissional voltada a estimular a inserção produtiva cidadã e ao desenvolvimento de ações comunitárias com práticas de solidariedade, exercício da cidadania e intervenção na realidade local. A Lei reunia à concepção *Integrada* a organização de cursos ou instituições de ensino experimentais (o citado Art. 81, da LDB), como efetivamente é o caso das residências, posto que ocorrem

em órgãos do Sistema Único de Saúde, que prevê como atribuição constitucional o ordenamento da formação e desenvolvimento de quadros para o setor (BRASIL, 1988).

Na concepção da Lei, as Residências em Área Profissional da Saúde estavam destinadas à inserção produtiva cidadã dos estudantes de educação superior com idade inferior a 29 anos e dos recém-formados em cursos da área da saúde, o que configurava diversos sentidos à Equipe de Saúde: multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, integralidade da atenção e correspondência às efetivas necessidades de provimento e fixação de profissionais em projetos, ações e atividades ou regiões de saúde no país.

Verifica-se o apagamento da definição *Integrada* às residências em saúde já nos primeiros instrumentos de regulação normativa da CNRMS, depois a supressão do Artigo 1º da lei que lhe dá origem e, finalmente, um disciplinamento tecnoburocrático das residências, justamente quando se cria a Coordenação-Geral de Residências em Saúde no Ministério da Educação. Fios embaraçados em meio à techedura não concluída. Embarços provocados por ruídos e vozes corporativos ou de baixa tenacidade com fios que tecem as necessidades contemporâneas na saúde. Da chance de integração às formulações normativamente diferenciais entre Residência Médica, Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde. O apagamento da concepção *Integrada* nos textos oficiais, sem que se discutam as diferenças conceituais e práticas entre Integrada e Profissional ou Multiprofissional, dá por decidida a adoção de um modo de formação especialista e a manutenção do modo dominante de educação nas profissões da saúde, tanto assim que a definição de “área profissional” deixou de ser “área de ênfase” ou “de concentração” dos programas para significar “profissão”. Convém ressaltar que são os documentos da área da Educação que diferem “educação em área profissional” (especialização profissional, mestrado profissional, ensino profissionalizante etc.) de “educação das profissões”. Também é a área da Educação que difere “área de conhecimento” (áreas de saber, ciência e tecnologia) de “profissão” (categorias ou corporações profissionais). Quando a regulação do setor da Educação silencia essas demarcações todas, o que busca “educar”?

Surpreende que em 2008 a mesma área da Educação crie, junto aos hospitais universitários, as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde, usando as duas palavras, Integrada e Multiprofissional, no mesmo ano em que a Lei perde a palavra Integrada pela revogação do Art. 1º na reformulação da Política Nacional de Juventude. Mais que posições, são fios que se embarçam. O disciplinamento normativo da formação em residências é desencadeado em 2006, tendo como marco o livro *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios* (HADDAD et al., 2006), ou seja, uma chamada de capa à designação Multiprofissional, sete Programas relatados apresentaram perfil ou sustentação segundo a Residência Integrada em Saúde, expressão que constou dos comentários à apresentação e à conclusão tecida pelos editores da obra. Também constou da narrativa apresentada pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde/Multiprofissional e no documento de representação do Conselho Nacional de Saúde uma expressão do controle social. Dos sete programas com agenda formativa na concepção de Residência Integrada em Saúde, cinco corresponderam às Residências presentes no Estado do Rio Grande do Sul, uma presente no Estado de Santa Catarina (Lages), que refere as residências gaúchas, e uma no Estado do Sergipe, orientada pelas residências gaúchas.

Deve-se lembrar de que a residência em área profissional da saúde — como modalidade de curso de especialização realizado em serviços de saúde — é precedida de diversas experiências desde meados da década de 1970, enfaticamente pelas experiências em Saúde da Comunidade, em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde (Saúde Coletiva) e em Saúde Mental. Despontam as residências da Escola de Administração/Fundação Getúlio Vargas e Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (1975); do Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (1975-1976); da Coordenadoria de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social – INAMPS (1976); do Instituto Philippe Pinel, da cidade do Rio de Janeiro (1994); do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1995); da Fundação Hospitalar do Distrito Federal/Secretaria Estadual da

Saúde do Distrito Federal (1997); da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia e Universidade Federal da Bahia (1997), da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (1999); do Ministério da Saúde, por meio de convênio com instituições formadoras (2001-2002); da Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciência e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2003); e Grupo Hospitalar Conceição (2003). Fica visível a participação individual ou conveniada, tanto de Universidades como de Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, de Hospitais de Ensino e de órgãos ligados ao SUS por variadas vias. Depois da Lei, uma regulamentação teria muito mais a aprender que propor originalmente; teria que ouvir, mais que fazer silenciar. Novamente os fios se embarçam porque todos trazemos experiências prévias, leituras e interpretações.

Dentre os documentos disponíveis em 2005, a maioria se referia às propostas identificadas com a Saúde da Comunidade, como a Residência no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, de Porto Alegre, criado em 1975-1976 (CECCIM; ARMANI, 2002; MÜLLER; HAAG; TIGRE-DA-SILVA, 2001; UEBEL; ROCHA; MELO, 2003), o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que assimilou o programa de administração hospitalar e saúde, financiando a expansão de programas em saúde coletiva a partir de 1979 (ANDRÉ et al., 1984), e os Programas de Saúde Mental que, no bojo das lutas pela Reforma Psiquiátrica contavam com o acúmulo das Plenárias de Trabalhadores de Saúde Mental. No INAMPS, a nova residência incluía vagas para Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Serviço Social, integradas à Residência Médica, mas extinguiu as Residências individuais (vigentes de 1976 a 1979 para as mesmas profissões, encerradas em 1980), que neste outro modo dispunham de muito maior número de vagas por profissão (TEIXEIRA-LOPES, 2002). Esse modelo, Residência em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, de caráter multiprofissional, foi replicado na Fundação Oswaldo Cruz e em diversos estados entre nos anos de 1980, mas entraram em declínio com o fim do INAMPS e um outro embarçamento de fios,

vigoroso, especialmente a partir de 1993, quanto ao financiamento, planejamento e gestão do novo sistema de saúde.

Depreende-se que é inovadora a enunciação das Residências Integradas como estratégia privilegiada de Educação Permanente em Saúde, implicadas com a transformação do agir em saúde, com a possibilidade de financiamento pela jovem política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde e com um “processo educacional capaz de desenvolver as condições para o *trabalho em conjunto* das profissões da saúde”, ocupada em valorizar a “necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo — recortado e reduzido — corporativo-centrado, para o eixo — plural e complexo — usuário-centrado” (CECCIM, 2005a, p. 259).

Se tomamos a residência médica como um programa com tradição e as residências em área profissional da saúde como um programa com inovação, inclusive pelo aposto da exceptualização da categoria médica, em uma nova residência na mesma área (“área de conhecimento da saúde”/“área profissional da saúde”), o que é silenciado ou *educado* pela linguagem sucedânea do disciplinamento normativo (educativo)? O que pretende educar o setor da Educação com o disciplinamento que vem propondo pela via normativo-disciplinar?

Este texto se faz por interrogações e por desafios da pesquisa em análise de políticas: há um novo jeito de formar trabalhadores em saúde? Os documentos oficiais (leis, portarias, resoluções e normativas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS) mantêm coerência ou agregam ativação quanto ao desenvolvimento de práticas de mudança no setor da saúde? Considerando a liderança propositiva da Educação, verificamos a presença de concepções pedagógicas críticas e/ou contemporâneas quanto à construção social da cultura? Ou constataremos as concepções da ordem do trabalho, das corporações e da gestão das ocupações no processo produtivo da saúde? As Residências em Área Profissional da Saúde inscrevem-se numa formação discursiva diferente da Residência Médica? Ou a embrulhada semântica *Multiprofissional* ou *Uniprofissional* e *Multiprofissional* ou *em Área Profissional* acompanha o reaparecimento, por caminhos mais ou menos repaginados daquilo

que se tentou superar, no SUS, como a tecnoburocracia das profissões e especialidades? A embrulhada semântica não termina por resgatar “o recalcado”, como quando o INAMPS extinguiu as residências de profissões que lutavam por diferenciar-se e promoveu uma residência multiprofissional, podendo elas, agora, retornar num movimento inverso? Em lugar das residências integradas (algo reverso, nem uniprofissional, nem multiprofissional), deve-se resistir à heterogênesse? Justificamos estas interrogações pelo fato de desejarmos, no futuro das profissões de saúde, um real compromisso com a integralidade e por visualizarmos, na desorientação, uma espécie de compromisso com os instituídos, a reativação ou religação da memória com as causas de antes, não as profundamente atuais. Vasculhando brevemente os fios embaraçados entre 2005 e 2010, pretendemos destacar o componente Educação não como setor do governo, mas como tarefa ético-estético-política da sociedade e do SUS, que defendemos como afirmação da vida.

Legislação do SUS, o controle social e a Educação Permanente em Saúde

A legislação do SUS se ocupou e o controle social na saúde tem se ocupado com o tema da formação de trabalhadores, como destacaram Ceccim, Armani e Rocha (2002). Na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, e nas Conferências Nacionais de Saúde, a partir da VIIIª, é evidente o papel estratégico conferido à Educação na reforma setorial da saúde. Nesses termos, Ceccim e Armani (2002, p. 151) destacam que a “educação em serviço é uma das formas de desenvolver o aperfeiçoamento profissional, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional”. No entanto, os processos de subjetivação nas práticas educativas podem se estruturar sob o ideal flexneriano e não apresentar modos de agir que compreendam o processo saúde-doença em sua amplitude e diversidade (FRANCO, 2007). As práticas educativas podem, ainda, ser ambíguas, produzindo sentidos contraditórios, conforme a posição de cada ator em cena, os projetos em disputa e as diferentes capacidades de intervenção. Afinal, inclusive no mais “conservador” processo de formação, há processos de resistência, descontinuidades e linhas de fuga.

Neste trabalho, realizamos uma análise dos documentos oficiais que normatizam as Residências em Área Profissional da Saúde entre os anos de 2005 e 2010. Esta análise não pretende esgotar a compreensão das produções e das possibilidades das Residências, uma vez que os regulamentos compõem apenas um campo normativo; até representam as disputas e contradições em cena, mas não controlam e/ou normalizam a realidade em sua totalidade. Inclusive porque, na formação, “o trabalho é, em grande medida, relacional” (FRANCO, 2007, p. 430). As práticas pedagógicas desenvolvem-se num espaço de grande autogoverno dos trabalhadores, embora também sofram processos de captura pelas normativas instituídas (FRANCO, 2007).

Para articular legitimidade e propriedade, iniciamos pela demarcação de dois conceitos fundamentais que atravessaram toda a leitura e interpretação dos discursos oficiais e manifestações participativas: os de Educação Permanente em Saúde e de Residência Integrada em Saúde. Em seguida, ordenamos a análise pela ordem cronológica de publicação dos documentos, o que possibilitou situar melhor as condições de possibilidade, o regime de autorização e de interdições e a enunciação dos mesmos. Essa separação, entretanto, não é estanque, uma vez que a comparação e contraposição dos elementos nos diferentes textos e contextos constituem parte da interpretação.

Iniciamos com a publicação da Portaria nº 198, do Ministério da Saúde, de 13 de fevereiro de 2004, que “institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências” (CECCIM; JAEGER, 2004). A concepção de educação permanente relaciona-se com uma noção de práticas pedagógicas problematizadoras. Coloca o cotidiano do trabalho em análise; aposta na construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação; articula sistema de saúde, instituições formadoras, participação e controle social e é orientada pelos princípios do SUS (CECCIM, 2005b). Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional e não como mero campo

de estágio ou aprendizagem prática. Nesses termos, a atualização técnico-científica não é o foco central de qualificação das práticas de saúde, ainda que parte relevante dos termos de uma *conversa*. Inovações são emergentes da dialogicidade entre atores orientados pelos princípios do SUS, da articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, da abertura à participação e acolhimento do controle social e da revisitação permanente das práticas pelos atores em implicação.

As Residências Integradas em Saúde teriam como referencial a integralidade da atenção, o uso de “encontros cuidadores” (disposição afetiva), a apropriação do Sistema Único de Saúde e a orientação das práticas segundo o princípio da interdisciplinaridade no trabalho em equipe. A interdisciplinaridade dialoga com a proposição do trabalho em equipe como cruzamento de saberes das diferentes profissões, como “componente-chave da constituição de campos plurais, pluridimensionais e aplicados de conhecimento” (VASCONCELOS, 2002). A partir do reconhecimento da complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos físicos, biológicos, humanos, sociais e ambientais, a coerência e as implicações éticas, políticas e ideológicas de cada caso exigem um conjunto pluralista de perspectivas de abordagem.

As Residências Integradas destacam-se pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional (CECCIM; ARMANI, 2002); não se constituem, entretanto, somente pela soma de diferentes categorias, mas objetivam o desenvolvimento de práticas usuário-centradas. Como proposta fundada na integralidade, justificam educação e trabalho usuário-centrados, configurando processos de intervenção em ato. O trabalho em saúde não é completamente capturável, contendo altos graus de incerteza em razão da singularidade do processo saúde-doença-cuidado em cada pessoa e da liberdade dos trabalhadores no domínio concreto do *encontro* durante o trabalho (MERHY, 2005). Ceccim (2003) afirma que uma formação para a integralidade objetiva a humanização, o acolhimento, a responsabilização com o usuário das ações e serviços de saúde e a produção de autonomia no cuidado e na produção da vida.

A referida Portaria nº 198/2004 destaca, na Educação Permanente em Saúde, a aprendizagem no e com o trabalho, apontando que

as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde devem orientar a formação de trabalhadores, com o objetivo de transformação dos processos de trabalho. Como política, essa estratégia trouxe como referência central “a roda” – na qual diferentes atores participam da produção coletiva; sendo espaço de definição de novas ações e investimentos; lugar de articulação intersetorial e interinstitucional; de desenho de novos pactos de interesses e exercício de democratização das decisões. Sua elaboração e publicação se deram em contraposição a um contexto em que a formação restava determinada pela lógica das capacitações definidas centralmente e aplicadas localmente, interesses programáticos, mais que de transformações e protagonismos, inúmeros vazios assistenciais nos quais há baixa densidade de serviços, sem que cursos e treinamentos participassem da construção de condições de sustentabilidade local ou localregional, falta de trabalhadores em diversas áreas profissionais (suas subáreas ou especialidades na tabela de áreas do conhecimento), os hospitais como os lugares privilegiados à aprendizagem de base e hegemonia da racionalidade biomedicalizadora, com baixa permeabilidade ao controle social e aos interesses dos usuários.

As Residências, como investimento de Estado na ordem do financiamento, da avaliação e da regulação tecnopedagógica, podem se apresentar fortemente identificadas com esse referencial, seja na concepção dos programas seja na configuração dos modos de gestão e planejamento educacional. Cabe destacar que o Ministério da Saúde teve instituída, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, nesta, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, bem como, uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi negociada junto ao Conselho Nacional de Saúde e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite.

As residências, a retomada da Reforma Sanitária, a integralidade e o trabalho em equipe de saúde

Para caracterizar melhor os discursos que permeiam a emergência das Residências como novo desafio – da regulação de uma estratégia de ensino/formação com trinta anos de espera para uma iniciativa política de defesa do SUS e de afirmação da vida por meio das

práticas profissionais em saúde – é interessante recortarmos alguns desejos de futuro enunciados. Pela primeira vez a legislação federal estabelece alguma regulação nacional unitária entre as Residências em Área Profissional da Saúde (residências em outras áreas profissionais também são frequentes e antigas no Brasil, com financiamento e Editais públicos, como as residências jurídicas, artísticas, em desenvolvimento de *softwares*, em veterinária rural, em química). Algo semelhante às Diretrizes Curriculares Nacionais conquistadas à graduação, como a definição unitária da área em perfil de competências e habilidades gerais? Que imagens-objetivo são ou deveriam ser acionadas na produção de sentidos às Residências em Área Profissional da Saúde? Quais as competências e habilidades gerais que deveriam ser comuns a todas as Residências? Como se poderia conquistar uma transversalidade da reforma sanitária, integralidade e trabalho em equipe para todas as residências na área da saúde (o mesmo que na graduação)? No caso das Residências, uma vez que ocorrem no e com o trabalho/serviços, como acentuar os compromissos com o controle social e as necessidades de gestão do sistema de saúde, inclusive sua regionalização? Caberiam os mesmos mecanismos de regulação da tradicional residência médica? Das velhas residências dos anos de 1980 (pré-SUS, como a residência médica regulada pelas Leis Federais de 1977 e 1981, ambas no auge/topo de um Brasil que demandou por Reforma Sanitária)? Podemos perguntar o que quereria dizer Residência Integrada?

Um apontamento imposterável é que o movimento de regulação nacional também trouxe um movimento social, o de residentes. Surge outro grupo na sociedade, outro ator social, um ator social nascido no interior do SUS, os residentes em saúde. Desponta a construção de um Fórum Nacional de Residentes em Saúde multiprofissional, uma novidade absoluta na reforma sanitária brasileira. Pela primeira vez, estudantes de diferentes profissões, alunos em massa de uma mesma estratégia formativa pertence ao SUS, as residências. Essa organização pressionou pela organização de uma resposta coletiva e luta coletiva, com outra surpresa: a reunião de coordenadores – não para reagir e deter, mas para compor e lutar pela Reforma Sanitária em seus novos e recentes patamares, a entrada da formação como agenda política e estratégica de implementação sustentada do SUS. Surge o Fórum de

Coordenadores de Residência. Um movimento de construção de uma estratégia de ensino, que é também uma política sanitária, é também uma luta social. No bojo da emergência de residentes e coordenadores, é conformado o Fórum de Preceptores e Tutores, jamais pensado em qualquer gestão e planejamento de programas de residência. De onde, como e por que surgem tantos atores, o que lhes dá unidade e pelo que lutam ou para o que se apresentam?

É fundante o interesse em participar da Reforma Sanitária Brasileira, sendo salientada a responsabilidade da gestão federal na consolidação da Reforma e do compromisso com seu projeto ético-político. O que qualifica essa Reforma Sanitária? A descentralização da gestão setorial, os processos para alcançar a integralidade, o incremento da participação social e a integração entre formação, gestão, desenvolvimento institucional e controle social são os adjetivos utilizados pelos Fóruns para descrever os vínculos político-institucionais da Residência *Integrada* em Saúde com o Sistema Único de Saúde.

Tais apontamentos situam nosso desconforto com sistemas de regulação, monitoramento e avaliação distintos, tecnoburocráticos, reinstituintes do que havia de regulação, avaliação e monitoramento prévios. O novo exige a novidade, a inovação se instaura por inovações. Foi o que ocorreu com a instauração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma lógica de círculos e redes, que salta das teorias para a operação. O projeto político de condução e coordenação colegiada, em base localregional, com a instituição da roda como princípio operador; a aposta na superação da racionalidade gerencial hegemônica, “quebrando” a regra da verticalidade, potencializam o controle público sobre o governo e sobre os interesses de mercado. Residências fora da lógica ordenadora do mercado e dos interesses corporativos? Disso não ouvíamos falar nas Residências Médicas. Poderiam suas lógicas reguladoras e de monitoramento ou avaliação informar as novas residências? O vigor de fóruns – de residentes, de coordenadores, de preceptores e tutores – poderia ser substituído, via regulação, pelo segmento corporativo de regulação nacional das profissões? Movimentos sociais, de trabalhadores e de estudantes, representam um conjunto de forças potencialmente interessado na transformação das práticas de educação na saúde. Com efetivo espaço de

deliberação, participam da gestão de Estado (estamos diferindo Estado de governo: não se trataria de uma “cogestão” com o governo, mas dos termos do controle social, como estabelece claramente a Lei Orgânica da Saúde em seus artigos 12, 17 e 30 (Lei Federal nº 8.080/90).

Vale lembrar que, mesmo que o debate sobre a formação dos trabalhadores como uma das ações estratégicas para a condução da agenda da Reforma Sanitária Brasileira esteja dado, na história do SUS investimentos em processos de formação posteriores à graduação ou à inserção nos postos de trabalho do SUS não têm garantido mudanças na formação, perpetuando-se programas de capacitação e especialização ordenados por valores técnicos e de prescrição técnica (CECCIM, 2003).

Tais interesse e implicação com a mudança dão sentido à Residência em Área Profissional da Saúde defendida pelos “movimentos”; é lançada como uma das estratégias de educação permanente em saúde, aposta na transformação do agir em saúde e qualifica suas proposições concretas de intervenção. Há, por exemplo, como proposta de regulação, monitoramento e avaliação, a prática da Acreditação Pedagógica (CECCIM, 2001), na qual se pauta a sugestão de operacionalização da integralidade da atenção pelo desenvolvimento de redes e linhas de cuidado, como a cadeia de cuidados progressivos à saúde (documento do Movimento de Residentes, de 2006). Salienta-se que não se trata de preocupação exclusiva com os cenários de aprendizagem ou com a idealização de centros de excelência para a formação que cumpram certas exigências de infraestrutura e organização. Trata-se da compreensão dos processos de formação no mundo do trabalho como possibilidade de inovar, de produzir novas práticas. Relaciona-se a formação de trabalhadores – por meio da interrogação do cotidiano dos serviços, da atenção e do controle social – ao desenvolvimento da “capacidade resolutiva dos serviços de saúde”, “à educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde”, à “superação da racionalidade gerencial hegemônica”, à “aprendizagem das capacidades da interinstitucionalidade” e à “potência da localregionalização” (CECCIM; JAEGER, 2004). Interpretamos que o sentido de resolutividade vai além da racionalidade biomédica, na medida em que está imbricado no controle social, no protagonismo localregional. Salientamos que o destaque à diversidade de mecanismos de participação é coerente com o

entendimento de participação como “prática de construção de espaços públicos nos quais as demandas e respostas possam ser problematizadas, ressignificadas, pactuadas e reconfiguradas coletivamente” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, p. 226). Esse entendimento nos evoca pensar o SUS como território a ser inventado na disputa e na definição de consensos coletivos (mesmo que provisórios).

Compromissos dos gestores com a formação e dos formadores com a gestão na saúde

Devem estar em pauta, ainda, a produção do “compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde”. Não há um entendimento fragmentário de funções aos atores no “sistema”, mas de responsabilidades que se encontram, se atravessam e se constroem de forma dinâmica. Esse entendimento compõe a concepção de educação problematizadora que fundamenta a Educação Permanente em Saúde e a proposta de Residências Integradas em Saúde. Não se admite a neutralidade da ciência, dos conhecimentos, bem como não se reduz sua produção às instituições de ensino ou a atores privilegiados. O conhecimento se dá também no cotidiano dos processos de trabalho, na sua interrogação/problematização. Entendimento corroborado pelo anúncio da “produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso” (CAMPOS, 1998; CECCIM; JAEGER, 2004). É interessante observar que a ênfase no desejo de *mudança* passa pela “construção da integralidade”, pela “gestão colegiada”, pela valorização do “movimento estudantil”, pelo “potencial de mobilização e desestabilização” nos cotidianos e pela “ação pedagógica na educação formal” (técnica, de graduação, especializações e residências e outras pós-graduações). São 16 trechos diferentes que, na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria nº 198/2004, apontam como referencial a “mudança” (CECCIM; JAEGER, 2004). Chama atenção o apontamento da necessidade de mudança da Residência Médica. Sua tradição e força político-institucional não a situam como referência para a organização da educação na saúde. Pelo contrário, precisa ser transformada. Contudo, esse viés, que marca a entrada no ano de 2005, é abandonado nos textos posteriores que são objeto de análise.

Nota-se na substituição da Portaria nº 198/2004 pela Portaria nº 1.996/2007 também a substituição dos verbos identificar, construir, mobilizar, propor, negociar, articular, formular e pactuar pelos verbos apoiar, articular, incentivar e contribuir, os quais representam ações secundárias, dependentes de outros (gestores), que centralizam as decisões, mas o que queremos destacar é que os processos decisórios eram apontados como negociações interinstitucionais e intersetoriais, com insistência na pactuação e na negociação como modelagem desses processos, fundadas no desenvolvimento de relações cooperativas. No anexo II da Portaria de 2004 (de orientações e diretrizes) constava que “a noção de gestão colegiada [é] como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva” (CECCIM; JAEGER, 2004).

Outro aspecto importante explicitado no mesmo Anexo II trata do entendimento do SUS como “interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática”, reafirma-se a implicação da educação dos trabalhadores com a produção de novas formas de agir em saúde e novos arranjos institucionais, a organização de cursos ou instituições de ensino experimentais, como previsto na Lei Federal nº 11.129/2005, no artigo suprimido, mas constante da LDB vigente. Não é critério de avaliação da formação, portanto, a pretensa excelência da Universidade, mas o potencial problematizador e criativo dos processos educativos onde eles se coloquem. Nesse sentido, a disputa de diretividade das mudanças na educação e no trabalho teria a necessária permeabilidade ao controle social. A Portaria diz do “desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas” como “desafio assumido pelo governo federal”.

Fios embaraçados confundem a tecedura ou exigem o aprendizado da emoliência, e chama atenção que na Portaria nº 198/2004 os conceitos de capacitação e problematização andam juntos e fala-se em promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação. A articulação com o movimento estudantil é apagada na Portaria nº 1.996/2007. Nas linhas de apoio à formação de trabalhadores

da Portaria nº 198/2004 aparecem como estratégias a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e as Residências Integradas em Saúde. Apesar dos conceitos-ferramenta — de aprendizagem no trabalho; ensino-aprendizagem no cotidiano dos processos de trabalho; relação orgânica entre gestão, ensino, controle social e serviços; transformar a rede de saúde em ambiente-escola —, os cursos são predominantemente destacados na Portaria nº 198/2004 como “atividades” (especializações, seminários e outros). Não se verifica os conceitos de apoio institucional, matriciamento, supervisão clínico-institucional, “atividades” que poderiam marcar a(s) nova(s) Portarias(s), o que não aconteceu ainda.

A Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (precedida da Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005)

Desaparece, na lei, o conceito de Residência Integrada em Saúde, que, segundo Ceccim e Ferla (2003), estabelece: a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional); a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como Equipe de Saúde (campo e núcleo de conhecimentos e de práticas profissionais em articulação permanente); a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS; a integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a Atenção Integral à Saúde e a humanização das práticas de assistência. Quais dessas questões implicaram interdição do uso desse conceito? Verificando-se a exceção da categoria médica, supõe-se a integração entre a Residência Médica e o Aperfeiçoamento Especializado para as várias ou para o conjunto das categorias profissionais na saúde. Algo a recuperar ou consolidar? Fica evidente a separação da modalidade de formação em relação à Residência Médica e cria-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação. A expressão Residência Integrada é eclipsada. Fios a desembaraçar ou amontoar os fios embaraçados? Para ouvidos acostumados com a normatividade, mais importante do que a Residência em Área Profissional (aquilo que foi instituído), vigorou a nomenclatura

da Comissão Nacional que ficou criada para lhe dar legitimidade operacional (componente normativo, não conceitual). O coerente teria sido Comissão Nacional de Residência em Saúde/Multiprofissional (com uma barra) ou, como alguns documentos têm usado, Comissão Nacional – Multiprofissional – em Saúde (o multiprofissional entre travessões). A coerência agora deveria ser a de buscar emoliência para o desembaraço dos fios. A Integração não foi anulada, precisaria do reencontro com as palavras construir, mobilizar, propor, negociar, articular, formular e pactuar. Foi o que se observou?

A disputa pelo estatuto das profissões contribui para a normatização dos discursos pedagógicos, na definição dos núcleos de autoridade e competência de cada profissão e nas potencialidades de integração interprofissional, na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe, por isso as Residências Integradas são controversas, respondem a interesses coerentes com a construção do SUS, mas não são consensos no mundo fortemente regulado e corporativo da saúde. O especialismo corporativista, tão acusado por aqueles contrários ao paradigma flexneriano na educação dos profissionais de saúde, agora assombra a Comissão Nacional de Residência – Multiprofissional – em Saúde, pedindo passagem e estância. Antes era o SUS a assombração que aterrorizava a CNRM, protegendo-se na Educação (o Ministério da Educação) para resistir à Saúde.

Portaria nº 1.111/GM - Ministério da Saúde, de 5 de julho de 2005

Imediatamente após a publicação da Lei, é publicada a Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, pelo Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, que “fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo trabalho”.

Alguns recortes do documento merecem atenção. No artigo 6º, que se ocupa em definir as figuras de preceptor, tutoria e orientação de serviço, todas as definições utilizam a expressão “função de supervisão docente-assistencial”. O uso do conceito de supervisão é acoplado ao de docência, o que vale não apenas ao preceptor, figura central desde a regulamentação da Residência Médica para a formação em serviço, insistentemente acusado ao longo dos anos de não ter formação pedagógica e limitar-se à supervisão de habilidades. Além

do preceptor, tutor e orientador de serviço exercem a supervisão docente-assistencial, não há a figura do docente exclusivo ou docente de teoria. Não há dissociação entre teoria e prática, não há a limitação de um único perfil de ator docente-assistencial e pode-se remunerar essa docência. Não dito e não reconhecido, está aí mais uma evidência do pedido de encontro da Saúde com a Educação, como no artigo 81 da LDB e 17 da LOS.

Campos (1998), ao propor novas formas de gestão em saúde, implicadas em ampliar a capacidade de análise dos sujeitos e produzir autonomia (portanto práticas pedagógicas que se inscrevem no campo da Educação Permanente em Saúde), discute as concepções de supervisão, diferenciando práticas de controle e fiscalização do cumprimento de normas *versus* processos de reflexão crítica e de educação permanente, de apoio e de agenciamento de mudanças.

Um ponto instigante é a insistência em referir as Residências Multiprofissionais e as Residências Médicas. O que destacamos: um residente médico é um graduado em medicina, mas um residente multiprofissional não é um residente graduado em multiprofissões, é graduado em uma profissão. A transposição é impossível na linguagem, ou seja, é residente em uma área profissional, mas não em uma multiprofissão, é residente em saúde mental, residente em saúde da família, residente em saúde coletiva etc. (sempre uma área profissional). Outro fato é a insistência em lembrar a Residência Médica ao falar-se/escrever-se sobre a Residência em Área Profissional da Saúde, fato que mostra relevância da — e convoca à — integração. Mesmo que “silenciada”, a residência integrada não pode ser esquecida: se quer a simetria e a isonomia entre todas as Residências da Saúde.

Portaria Interministerial nº 2.117 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 3 de novembro de 2005

A Portaria, editada e publicada após a mudança de gestores no Ministério da Saúde – ocorrida na exata transição de junho para julho de 2005 –, “institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências”. A categoria médica busca maior influência, toda transição é uma oportunidade para a alternância de posições.

Dallegrave (2008, p. 69) destaca que “de maneira geral, o discurso dos médicos (residentes ou não) fala contra o projeto das Residências” quando não específicas para a formação dos médicos, no caso da saúde. Em verdade, a categoria nega a residência como modalidade formativa espreada por diversos cenários do trabalho, autocentrada que está em seu objeto de práticas.

A transição de gestores também foi uma transição de partidos políticos: saía um ministro identificado com o Partido dos Trabalhadores e entrava um ministro identificado com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro; saíam condutores de área técnica que trabalhavam com atos sociais do trabalho em saúde e entravam formuladores que trabalhavam com recursos humanos em saúde. Nesse sentido, não estava entre as prioridades dar continuidade às últimas ações. A Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005, publicada quatro meses depois de publicada a Lei, com o mesmo texto da Medida Provisória publicada outros quatro meses antes, tem apenas cinco artigos e institui a Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, citando especificamente a execução da Portaria nº 1.111, de quatro meses antes. A nova portaria fala em “Residência Multiprofissional em Saúde” (não refere a denominação Residência em Área Profissional da Saúde, embora, inclusive, suponha residências uniprofissionais), fala em “Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde” (propõe a *Residência Profissional*, uma novidade no universo semântico do objeto em tela, e sugere a unidade da área da saúde), reitera as “categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica”, diferentemente da Portaria anterior que dava margem objetiva à integração. Por fim, fala em “programas de Residência Multiprofissional na Área de Saúde”, sugerindo a escolha de um foco recortado e delimitado e um entendimento a ser proposto. Não houve discussão no Conselho Nacional de Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite ou em qualquer outro fórum da sociedade civil sobre critérios de avaliação e seleção de projetos que receberiam financiamento público. Os Ministérios assumiam diretamente todas as responsabilidades de seleção e credenciamento de programas, independentemente da CNRMS, apesar do texto do documento. Um novo documento legal seria publicado quase um ano depois.

Portaria Interministerial nº 2.538 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 19 de outubro de 2006

A Portaria Interministerial nº 2.538, de 19 de outubro de 2006, “constitui Grupo de Trabalho para elaborar a proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS)”. Esta Portaria foi publicada após amplo debate nacional, instigado pelos movimentos organizados de residentes em parceria com o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), preceptores, tutores e coordenadores de programas de Residência. Resultou de uma pactuação com o Ministério da Saúde no II Seminário Nacional de Residências *Multiprofissionais* em Saúde.

O movimento de residentes havia entregado ao Ministério da Saúde uma demanda organizada, intitulada Projeto de Articulação e Produção de Debates sobre a Formação Profissional em Saúde: Residências Multiprofissionais em Saúde (Búrigo, Carneiro, Duarte, Kreutz, Ramos e Ruela, 2006, p. 384). Esse projeto organizou três Seminários Regionais (regiões Sul/Sudeste, Centro-Oeste/Norte e Nordeste) e o II Seminário Nacional, dos quais participaram gestores, instituições formadoras, Conselhos de Saúde, trabalhadores de saúde, preceptores, coordenadores, residentes e movimento estudantil das graduações da área da saúde.

Os eventos possibilitados resultaram na organização de novos coletivos interessados na efetivação das Residências em Saúde, como, por exemplo, o Fórum Nacional de Preceptores e Tutores e o Fórum Nacional de Coordenadores, bem como constituíram ações de tensionamento político sobre os Ministérios da Educação e da Saúde.

A regulamentação da Comissão Nacional de Residência – Multiprofissional – em Saúde era o tema sobre o qual os atores formavam alguns consensos. Tensionados, os gestores federais homologaram o Grupo de Trabalho (GT) para elaborar a proposta de constituição, atribuições e funcionamento da CNRMS. A composição desse GT foi definida no Seminário Nacional, espaço que, a priori, não tinha caráter deliberativo, mas que se legitimou pela organização e mobilização dos atores implicados. O GT foi

constituído pelos Ministérios da Educação e da Saúde, pelos Fóruns de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde e de Educação das Profissões da Área da Saúde, representação dos residentes, representação dos coordenadores de programas de Residência e Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. À época, questionamentos sobre os sentidos da regulamentação da CNRMS e dos Programas também compunham os debates, inclusive sobre qual deveria ser seu escopo, desde a menor abrangência e nenhuma normatividade possível até a total centralização normativa. Há consensos provisórios, mas também problematizações e disputa de sentido na organização dos processos de formação de trabalhadores em saúde, que também aparecem na conformação das Residências em Área Profissional da Saúde.

Portaria Interministerial nº 45 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 12 de janeiro de 2007

A Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, dispôs “sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde” e instituiu “a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde”. Sua publicação foi resultado do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 2.538/2006 e sintetizou as produções dos encontros regionais e nacional realizados no ano anterior para debater essa modalidade de formação.

Representou, assim, consensos provisórios, estabelecidos na arena de tensão caracterizada pela disputa de interesses de atores diversos – relacionados à expectativa de reprodução, em todas as categorias profissionais, da modalidade médica de formação especializada, com a regulação pelas próprias categorias (associações e/ou conselhos profissionais) de suas especializações profissionais, a serem reconhecidas por suas corporações em instâncias específicas para tal; e a aposta na Residência como estratégia de Educação Permanente em Saúde, portanto implicada com a transformação das práticas de saúde vigentes, conforme o trecho de abertura deste texto, parte importante da construção política do movimento de residentes.

Essas diferentes – contraditórias e provisórias – construções aparecem no texto legal. Exemplifica-se pela distinção entre os conceitos de

residência multiprofissional e em área profissional da saúde (passam a ser duas as definições componentes do documento, exceptualizando-se a Residência Médica e, também, a Residência Integrada). Esses não são objetivamente descritos, mas se relacionam à argumentação de que a CNRMS não regulamentaria apenas programas compostos por mais de uma profissão (multiprofissionais), mas, também, programas por profissão (uniprofissionais, conforme a intensa demanda das corporações profissionais que “lutavam” desde antes do SUS por suas próprias residências, mesmo que o SUS já devesse ter posto por terra essa noção, segundo os termos de sua legislação de 17 anos). Havia um interesse aguerrido de garantia aos programas com uma única categoria. Esse entendimento tinha sentidos diversos: de um lado, a tentativa de privatização corporativa da formação profissional (a oportunidade de *retorno do recalcado*); de outro, a compreensão de que mesmo residências uniprofissionais podem ser integradas, na medida em que integram trabalho e educação; ciências biológicas, ciências sociais e humanidades; ensino, serviço, gestão e participação no SUS, além das milhões de formas em que se podem integrar corporações profissionais, como no trabalho real quando em equipes de saúde.

Atentemos para que, na primeira interpretação, corremos o risco de as corporações profissionais quererem construir como seus núcleos de competência o poder sobre o campo da saúde, “como se o conjunto do mundo das necessidades fosse do seu domínio exclusivo”, diria Merhy (2010), posto que “em vez de entender que só acordos interprofissões, que se ordenam por uma ética do cuidado em saúde centrada no mundo complexo das necessidades dos usuários, é que podem dar conta do que há de desafio”, conforme ressalta o pesquisador, “para superar a crise vivida no campo da saúde, sem dúvida não *resolúvel* por acordos de reservas de mercado”.

Temos, pois, um texto que retoma conceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, especialmente na definição de seus eixos orientadores (Art. 2º): concepção ampliada de saúde; abordagens pedagógicas emancipatórias; cenários de aprendizagem em linhas de cuidado (uma aproximação com a expressão cadeia de cuidados progressivos, como já citamos); integralidade; interdisciplinaridade; integração ensino-serviço-comunidade-gestão (uma aproximação com a

expressão anterior de integração atenção-gestão-formação-participação); perspectiva de mudança na formação, trabalho e gestão da saúde; descentralização; e gestão participativa. A linguagem está relacionada com a pluralidade dos autores dessa regulamentação. A Residência Médica assombra as novas formulações que insistentemente buscam correspondência normativa e semântica, como se a integração fosse nessa direção e não em direção contrária. A formação médica apresenta centralidade nas especialidades e uma racionalidade biomédica dominante, o que representa tensão com os princípios do SUS e os pressupostos da Reforma Sanitária.

Em relação à composição da CNRMS, esta cumpre pactuação do II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e contempla atores da gestão (Ministérios da Educação e da Saúde, Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde); da formação (Fórum de Educação das Profissões da Área da Saúde, Fórum de Coordenadores e de Preceptores e Tutores de Programas de Residência em Saúde), da participação (Fórum Nacional de Residentes em Saúde, Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde) e da atenção/profissões (Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde). O Conselho Nacional de Saúde, por decisão colegiada, não participa de comissões do Executivo, uma vez que é órgão máximo de controle social, fiscalizador e deliberativo, não se confundindo com estruturas de gestão das políticas. O que também mostra o embaraçamento de fios na contradição desta Comissão, pois as determinações do Art. 12 da Lei Orgânica da Saúde informam comissões intersetoriais vinculadas ao CNS. Embaraçamento que colocou o Conselho Nacional de Saúde em aguda atuação de reivindicação sobre os rumos da CNRMS. A coordenação da Comissão ficou instituída aos Ministérios, numa nova contradição com a Lei Orgânica da Saúde a que deveria subordinar-se em respeito Constitucional.

Decreto Presidencial, de 20 de junho de 2007

Em 20 de junho de 2007, um Decreto Presidencial “institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências”, e fica criada uma instância somente de gestores para cumprir ação consultiva a uma função prevista

pela Constituição Federal como atribuição do SUS, o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde. A Comissão é composta por três membros do Ministério da Educação, três membros do Ministério da Saúde, um representante dos secretários estaduais e um representante dos secretários municipais de Saúde, e ignora a composição plural desenhada por fóruns na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, negociada com o Conselho Nacional de Saúde e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite e o lugar histórico da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos existente na estrutura do Conselho Nacional de Saúde, confundindo-se com as determinações da Lei Orgânica da Saúde sobre a necessidade e especificidade de uma Comissão Permanente de Integração entre os Serviços de Saúde e as Instituições de Ensino Superior e Profissional. Refere “gestão do trabalho e da educação na saúde”, mas não inclui representantes ou temáticas do setor de políticas públicas do trabalho ou das profissões e ocupações em saúde. Não inclui trabalhadores, movimentos sociais, estudantes ou instituições formadoras. A Comissão Interministerial tem função “consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”. Coerente com essa função consultiva, a comissão teria a competência de subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, bem como para a sua expansão, o que já é tarefa das várias instâncias do SUS, dos Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação que possuem instâncias consultivas para a tonada de decisão. O Ministério da Educação é membro do Conselho Nacional de Saúde e integra suas Comissões, ficando difícil compreender o objeto político do Decreto. O Decreto, entretanto, nomina Residências Médicas, Residência Multiprofissional (depreende-se que em saúde, mas pode ser em Educação, segundo o escopo da interface e a não delimitação do termo usado) e em Área Profissional da Saúde.

Portaria Interministerial nº 698 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 19 de julho de 2007

Ao seguir a linha do tempo, temos a publicação da Portaria Interministerial nº 698, de 19 de julho de 2007, que nomeia a CNRMS, seis meses após a sua regulamentação. O documento

não toma outras providências. Mantém a composição definida anteriormente. Silêncio? Manutenção? Tempo para uma fronteira?

Portaria nº 1.996/GM – Ministério da Saúde, de 20 de agosto de 2007

Um mês depois, em agosto de 2007, é publicada a Portaria que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Vale interpretar esta Portaria pelo silêncio em relação à formação na modalidade Residência Médica, que estava enunciado no anexo da Portaria nº 198/2004 e nem menciona Residência Integrada, Multiprofissional ou em Área Profissional. Esta Portaria dá desdobramento ao Pacto pela Saúde, de 2006, criando as Comissões de Integração de Ensino e Serviço em Saúde, consultivas e vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional, compostos por gestores municipais e gestor estadual. Estes devem assumir a elaboração de Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e o controle sobre a composição, dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde – CIES (Brasil, 2009). Chama atenção na composição das CIES que, diferentemente das instâncias da sua antecessora Portaria nº 198, não cita de modo explícito os estudantes da área da saúde. Há uma fragilidade na articulação com o segmento estudantil nesse momento da gestão setorial ou há alteração da política. Inversamente, foi a Portaria nº 198 que introduziu os estudantes entre os representantes da sociedade no Conselho Nacional de Saúde! Depois de pertencerem à instância máxima de controle social, não são previstos na discussão local/regional dos processos formativos? Vale lembrar duas justificativas para a “convocação” aos estudantes: a necessidade de problematizar o imaginário das profissões de saúde entre os mesmos e a capacidade do movimento estudantil organizado de mobilizar poderes e interpor conceitos à sociedade (CECCIM; BILIBIO, 2002).

Portaria Interministerial nº 506 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 24 de abril de 2008

Na linha do tempo, aproximadamente nove meses após a nomeação da CNRMS, é publicada sua primeira deliberação,

homologada na Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008, que altera o artigo 1º da Portaria nº 45, que definia a carga horária para os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde entre 40 e 60 horas e passa a ser, taxativamente, de 60 horas semanais.

Portaria Interministerial nº 593 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 15 de maio de 2008

Em 15 de maio de 2008 é publicada a Portaria Interministerial nº 593, que “dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS”. A Portaria mantém a definição de órgão colegiado de deliberação, estabelecida no artigo 4º da Portaria nº 45/2007, conquista da mobilização nacional que trabalhou intensivamente pela sua publicação, em coerência com os princípios e diretrizes do SUS. Destaca-se que o colegiado da CNRMS constitui-se em instância de deliberação, entretanto não tem o poder de convocação de reunião, atribuição do Coordenador Geral. A coordenação fica intercalada em mandatos por representante do Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Entende-se que a permeabilidade à participação social tem limites estabelecidos pelos órgãos gestores, pois a vigência da Comissão e, portanto, da participação ampliada de atores na regulamentação da modalidade de formação em Residência na área da saúde depende da convocação pelo coordenador. As corporações profissionais “entram” na CNRMS, suas possibilidades de participação encontram-se nas Câmaras Técnicas, instâncias de assessoramento instituídas pelo artigo 12, como órgãos permanentes, mas consultivos, devendo emitir parecer opinativo sobre processos que lhes forem distribuídos.

Portaria Interministerial nº 1.077 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 12 de novembro de 2009

Após alguns meses sem convocar reuniões da CNRMS, o governo, unilateralmente, alterou as – até então – *regras do jogo*. Questionou a legitimidade da participação social organizada em Fóruns, revogou a Portaria nº 45 e baixou a Portaria nº 1.077, em 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e instituiu o Programa Nacional

de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. A elaboração da Portaria ignorou a participação dos diversos segmentos sociais que protagonizaram a afirmação do texto revogado e a ação social organizada em ajustamento com uma tradição bastante jovem, a negociação e pactuação como conceito-e-prática-ferramenta do SUS. Algumas questões se destacam: do caráter “colegiado” inicial, a CNRMS passa a ter presidente e vice-presidente, dos Ministérios da Educação e da Saúde, respectivamente; as representações da sociedade civil, todas, devem ser submetidas à apreciação do Governo, por lista tríplice, acompanhada de currículo e de nota justificativa que subsidie a escolha dos representantes da sociedade pelo Governo.

Fica alterado todo o quadro de representação dos segmentos sociais e, na balança, um maior peso para os gestores federais. Passam de um para três os membros do Ministério da Educação, de um para dois os membros do Ministério da Saúde (de dois para cinco os representantes da gestão federal), de dois para quatro os representantes dos gestores estaduais e municipais, que já participam de todas as instâncias de negociação e pactuação entre os poderes federados. Sai a representação do Fórum de Preceptores e Tutores para dar lugar à representação das Instituições de Ensino Superior que, na história, nos argumentos que já arrolamos e na legislação do SUS, não representam o principal ator social da formação em serviço, que são os serviços, claramente designados no Art. 14 da Lei Orgânica da Saúde, justamente no capítulo Da Organização, da Direção e da Gestão do Sistema Único de Saúde.

Ao referir os Programas de Residência, a Portaria nega a existência do Fórum de Coordenadores, que até então estava na Comissão. Faz o mesmo com a representação dos residentes, negando o Fórum, que até então estava na Comissão. Os residentes (configurados como movimento social desde 2006) nunca indicaram representação à CNRMS, negando, reciprocamente, o reconhecimento de legitimidade. Desaparece qualquer representação dos estudantes de graduação, hoje representados na instância maior do controle social em saúde, que é o Conselho Nacional de Saúde, como já referimos. As representações do Ensino e do Trabalho configuradas pelos Fóruns de Educação e

das Entidades de Trabalhadores passa às Associações, Conselhos e Sindicatos Profissionais – o conceito é o de entidades corporativas das profissões. Preservada a nomenclatura, é desconhecido o conceito de Associações de Ensino, uma vez que, para algumas profissões tradicionais – como é o caso da Enfermagem –, ou para outras muito jovens – caso da Fonoaudiologia –, a entidade é a mesma. É relevante a inversão do conceito de integração ensino-serviço-gestão-cidadania que estava posto para o de integração escolas-corporações-governo. A Comissão Interministerial para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, criada por Decreto Presidencial, não tem papel de nenhum tipo e em nenhuma instância.

Diante dessas iniciativas dos gestores federais, a movimentação dos Fóruns, cuja participação foi interdita, incluiu a tentativa de negociação com o governo, que necessitou a mediação, inclusive reivindicada, pelo Conselho Nacional de Saúde. Ocorreu a solicitação de intervenção judicial, a organização intensiva de debates e a manifestação de contrariedade em cartas públicas do coletivo de entidades de ensino, estudantes, residentes, preceptores, tutores, coordenadores de programas. Em Ata de Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde consta como negociação e decisão que o Governo asseguraria a autonomia dos movimentos de indicar representação à Comissão; que a proposta de lista tríplice para escolha dos membros da Comissão fosse, nesse primeiro momento, esquecida; que a Coordenação fosse debatida democrática e transparentemente; que um novo Encontro Nacional fosse realizado até a primeira quinzena de abril de 2010 para a ampla discussão com os atores políticos e sociais sobre uma Política Nacional de Residências em Saúde. De responsabilidade dos Ministérios, o Conselho Nacional de Saúde deveria acompanhar o processo de construção coletiva (CNS, 2010). O Encontro Nacional segue postergado, com previsão para realização no final de 2011.

Portaria Interministerial nº 143, Ministérios da Educação e da Saúde, de 09 de fevereiro de 2010

A nova Comissão foi nomeada pela Portaria Interministerial nº 143, em 09 de fevereiro de 2010, ignorando as decisões do CNS.

Essa Comissão, respaldada pelo preenchimento de assentos pelos representantes corporativos, antes não previstos, mas demandantes de alteração na tênue lógica *Integrada*, demanda contemplada pela afirmação do conceito de Residência Multiprofissional e Residência em Área Profissional, mais a declaração nominativa de 12 profissões e uma área de conhecimento, estranhamente chamada de profissão, as Ciências Biológicas. Os fios embracados nesse aspecto produzem uma maçaroca: o que é área de conhecimento, o que é profissão, o que é trabalho, o que é ocupação? A Psicologia é área de conhecimento das Ciências Humanas, profissão da saúde e área de trabalho seja onde for que processos psíquicos estejam envolvidos; a Medicina Veterinária é área de conhecimento das Ciências Agrárias, profissão da saúde animal e área de trabalho onde for que programas sanitários estejam envolvidos, seja na saúde animal, do homem ou do ambiente agrário; o Serviço Social é área de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, profissão da Assistência Social e área de trabalho de todo o escopo da seguridade social; a Biomedicina é uma especialidade do conhecimento, profissão da saúde e área de trabalho onde for que haja o entrecruzamento do laboratório com processos biológicos. As Ciências Biológicas são toda uma área de conhecimento que abrangem todo o escopo das ciências da vida (biologia geral, botânica, zoologia, ecologia, histologia, fisiologia, anatomia, bioquímica, biofísica, farmacologia, imunologia, microbiologia, parasitologia, genética etc.). A Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, criada por Decreto Presidencial, não exclui das Residências Multiprofissionais de interesse à saúde qualquer profissão, apenas definiu a multiprofissionalidade.

O respaldo à legitimidade também veio do preenchimento das vagas dos gestores estaduais e municipais, representatividade implicada com inúmeros pactos interfederativos, e das Instituições Federais de Ensino Superior, que foram agenciadas pela criação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde junto aos hospitais universitários da rede federal de educação superior (HU), ou seja, uma Comissão de Governo (três esferas) e Corporações (três segmentos) assegura a legitimidade da Comissão. Dentre os representantes dos Programas, entre os dois titulares e os dois suplentes, um de cada também pertence

aos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde dos HU e os outros dois a Programas por profissão, a cujo interesse na representatividade já nos referimos. O mesmo acontece com os dois representantes dos residentes, onde um é de programa por profissão. A Portaria nº 1.077 refere que as “Residências Multiprofissionais em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização” (o uso do plural afirma duas *modalidades*, informado que são programas de pós-graduação e cursos de especialização). Segundo a Portaria, cabe à CNRMS subsidiar os Ministérios da Educação e da Saúde na formulação de políticas de governo voltadas ao desenvolvimento de programas de residência, não havendo menção ao Decreto Presidencial nem entre os considerandos ou preâmbulo (que tem a mesma tarefa).

Portarias Interministeriais nº 969 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 27 de junho de 2010,

e nº 527 – Ministérios da Educação e da Saúde, de 03 de março de 2011

Essas Portarias nomeiam membros que passam a compor a CNRMS, que requer sempre o recurso da Portaria conjunta interministerial para a oficialidade das suas ações.

Portaria Interministerial nº 1.320, Ministérios da Educação e da Saúde, de 11 de novembro de 2010

A Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, novamente “dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde”, propondo-se ao exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação, como base no Decreto Presidencial nº 5.773, de 9 de maio de 2006, que abrange apenas o sistema federal de educação superior (instituições/órgãos federais e instituições/órgãos privados de educação superior), ficando de fora ou supondo-se a exclusão dos órgãos estaduais e municipais — de ensino ou não — e todos os serviços de saúde — do SUS ou não. Esse Decreto Presidencial dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de

graduação e sequenciais nos sistema federal de ensino, não oferecendo espaço ao conceito de Acreditação Pedagógica, tampouco guardando qualquer relação com a educação em serviço, a educação permanente, sequer com a educação pós-graduada, definição informadamente não revogada da Portaria anterior que foi apenas revisada, agora por seus membros, uma vez que a antecedente foi de formulação, autoria e decisão somente do Governo.

A indicação dos membros titulares e suplentes da CNRMS deverá passar às respectivas instituições, órgãos e segmentos que a compõem; surgem as instâncias de Plenário, Coordenação-Geral, Secretaria-Executiva, Subcomissões e Câmaras Técnicas, além do Presidente. A Comissão tem Presidente, Coordenador Geral e Coordenador Adjunto, todos membros natos e correspondentes aos cargos de governo nas estruturas do Ministério da Educação e Saúde. A tradicional CNRM possui Presidente e Secretário Executivo. Seguem ausentes estruturas minimamente orientadas pelas estratégias de organização, direção e gestão do SUS, como a descentralização, a pactuação entre os entes federados e a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação de trabalhadores nas respectivas esferas de governo (legislação do SUS, Lei Orgânica da Saúde, artigos 8º a 14; o artigo 13 ainda diz “em especial” para as atividades relativas aos “recursos humanos”). A tradicional CNRM possui Coordenadores Regionais. Em lugar de pertencer ao SUS, em conformidade com a Portaria, a CNRMS deve acolher, segundo a Portaria, formas de integração com as instituições de saúde.

As agora criadas Câmaras Técnicas são instâncias de assessoramento permanente da CNRMS e deverão ser formadas por representantes de cada conselho profissional, por representante das associações de ensino e por representantes das sociedades científicas das áreas profissionais envolvidas com a respectiva área temática, indicados pelas entidades para subsidiar a CNRMS na elaboração de diretrizes curriculares gerais para os Programas e diretrizes curriculares específicas para as áreas profissionais e de concentração referendadas pela CNRMS. Alcança-se o teto da representação por profissão, trata-se de *uma* Comissão que abarca *todas* as Comissões de Residência por Profissão de Saúde, uma Comissão com 13 comissões ditas Câmaras Técnicas (são permanentes,

são integradas por Conselhos, Associações e Sociedades Científicas das profissões). Sendo ou não o teto do corporativismo, do especialismo e da formação profissional anti-SUS é um embaraçamento dos fios da Integralidade, do Trabalho em Equipe e da Educação Permanente em Saúde com esses fios. É o embaraçamento da Educação com o Trabalho, não a correlação interfecundativa Educação e Trabalho.

Considerações finais

Há um movimento de centralização normativa do Governo, em termos de definição de estrutura, organização e funcionamento dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (é bom lembrar: estamos usando a nomenclatura da Lei, não a das embaraçadas/embaraçosas Portarias). As Comissões Estaduais ainda não se anunciaram como ator social, estando apenas a da Bahia estruturada junto à Escola Estadual de Saúde Pública. A seguirem os instrumentos normativos que a Comissão Nacional de Residência – multiprofissional – em Saúde tem gerado, programas de residência dos estados e municípios (muito mais antigos que esta criação e motivo para a sua criação) e dos hospitais de ensino (certificados em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação) estão destinados ao fechamento, não à expansão. A adoção de sistemas de avaliação da graduação para a pós-graduação e a negação dos sistemas de Acreditação Pedagógica rebaixarão a ousadia da educação em serviço no SUS a cursos de treinamento em serviço sob supervisão. As residências das Universidades sempre puderam expedir diplomas de curso de especialização, não havendo nenhuma novidade, neste quesito, a regulação pela CNRMS. Ao final, fica-se com um programa de regulação para a gestão de bolsas e perde-se o compromisso com o SUS. Parece-nos grande o embaraço. O desembaraçamento de fios precisará da emoliência dos atores do SUS implicados efetivamente com apenas três grandes questões: entender e valorizar o SUS, donde a noção de Educação Permanente em Saúde; trabalhar efetivamente pela Integralidade em saúde; e lutar de verdade pela noção de Equipe na saúde.

Nessa exploração política dos documentos oficiais que regulamentam as Residências no Brasil, são relevantes as diferenças estabelecidas entre Residência Multiprofissional em Saúde e Residência Integrada

em Saúde, marcadas por recortes ético-político-epistemológicos divergentes. Em que pese a existência da nomenclatura Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, foi feito um uso surpreendente do conceito de Residência em Área Profissional da Saúde, a nomenclatura da Lei. Definido na Lei, o conceito passa a significar algo sequer subentendido na Lei, conforme tentamos analisar. O apagamento da perspectiva Integrada é um processo deliberado, de responsabilidade de grupos no governo atravessados por interesses centrados nas categorias profissionais — uma posição corporativista, segundo o balanço que conseguimos alcançar analisando o passo a passo dos documentos legais.

Ainda, destaca-se a ressignificação do conceito de Educação Permanente em Saúde, caracterizada, essencialmente, pela redução da participação social e sua remessa à posição coadjuvante; a ausência de apreciação, formulação e execução por localidades; não mais a interrogação ousada das práticas corporativas pelas práticas da integralidade; não mais a localização dos serviços de saúde no SUS como rede-Escola. Deveria ser da Educação um construtivismo do compromisso público da formação em saúde com o SUS, não os modos gerenciais, mas os modos educativos. É tão surpreendente ler na Portaria nº 1.077 a sugestão de consolidar a educação permanente que a expressão já não aparece nenhuma vez na Portaria relativa à estrutura, organização e funcionamento da CNRMS. Neste contexto, cumpre lembrar a necessidade política e a responsabilidade histórica dos atores em situação na saúde pela retomada da participação, da descentralização e da atenção integral como diferenciais na elaboração e implementação das políticas públicas de educação na saúde para o SUS.

Referências

- ANDRÉ, S.B. et al. Grupo de trabalho sobre multiprofissionalidade nas residências em medicina preventiva e social: informe final. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984, p.105-109. (Fórum Nacional sobre Residências em Medicina Preventiva e Social, João Pessoa, 22-24 nov. 1983.)
- BRASIL. Constituição Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 6 set. 1977.

_____. *Lei Federal nº 11.129*, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis Federais nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1º jul. 2005.

_____. *Lei Federal nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências – Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

_____. *Lei Federal nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 198*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 16 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BÚRIGO, A.C. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: HADDAD, A.E. et al. (Orgs.) *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 375-390.

CAMPOS, G.W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 4, out-dez. 1998, p. 863-870.

CECCIM, R.B. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. *Boletim da Saúde*, v. 14, n. 1, 1999-2000, p. 81-97.

_____. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Boletim da Saúde*, v. 16, n. 1, 2002, p. 9-36.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 16, fev. 2005, p.161-168.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 259-278.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A. e FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa – Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p. 143-162.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, v. 7, n. 2, 2002, p. 373-383.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S.M.S. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa – Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p. 163-178.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p. 211-226.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – revista de saúde coletiva*, v. 14, n. 1, 2004, p. 41-65.

CECCIM, R.B.; JAEGER, M.L. (Eds.) *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – polos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66p.

CECCIM, R.B. et al. Residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.) *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, 127-144.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da ducentésima quinta reunião ordinária*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_205_RO.rtf>. Acesso em: 06 ago 2010.

DALLEGRAVE, D. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 13, n. 28, jan-mar 2009, 213-226.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 11, n. 23, dez. 2007, p. 427-438.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.) *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 369-384.

HADDAD, A.E. et al (Orgs.). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MELLO, V.R.C. de; ROCHA, C.M.; UEBEL, A. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde-Escola Murialdo. *Boletim da Saúde*, v. 17, n. 1, 2003, 117-123.

MERHY, E.E. Como fatiar um usuário: ATOMédico + ATOenfermagem + ATOx + + ATOy. In: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Instituto de Saúde da Comunidade. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Emerson Elias Merhy: artigos*. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-29.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2010.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.

MÜLLER, M.C.; HAAG, C.B.; TIGRE-DA-SILVA, J.D. A Residência integrada em saúde: dermatologia sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. *Boletim da Saúde*, v. 15, n. 1, 2001, p. 129-137.

TEIXEIRA-LOPES, G. A luta das enfermeiras residentes do Rio de Janeiro pela consolidação da residência na década de 70. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 6, n. 3, dez. 2002, p. 375-385.

VASCONCELOS, E.M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes, 2002.

Racionalidades médicas e práticas de saúde: desafios para a clínica e a promoção em saúde na integralidade do cuidado

Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualidade: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços

MADÉL T. LUZ¹

Introdução: uma retrospectiva das questões e dos estudos em “medicinas alternativas” e práticas não convencionais de saúde a partir dos anos 80

O estudo sistemático, teórico e empírico das distintas racionalidades médicas presentes na cultura contemporânea, assim como das atividades corporais atuantes nos centros urbanos, deu origem, em 1992, ao Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde.² Pioneiro entre os estudos nesses temas no campo da saúde coletiva, que resultou da observação e da constatação da convivência

¹ Socióloga; doutora em Ciências Sociais, professora titular aposentada da UERJ e da UFRJ e assessora *ad hoc* do CNPq. Endereço eletrônico: madelluz@superig.com.br

² O Grupo Racionalidades Médicas foi fundado no segundo semestre de 1991, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como resultado de um conjunto de seminários sobre o tema da *racionalidade médica*, sob a liderança da professora/pesquisadora do IMS, Madel Luz. Em 1992 foram iniciadas as atividades de pesquisa empírica, dando partida à primeira fase de estudos do Grupo, que se tornou Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas CNPq, em 1994, desenvolvendo no IMS/UERJ três fases do Projeto “Racionalidades Médicas”. Com a aposentadoria da líder do grupo em 2009, este se deslocou para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense em 2010. A quarta fase do Grupo inicia-se em 2011, ainda sob a liderança de Madel Luz, com a inclusão da questão da formação de profissionais para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, e das políticas de saúde referentes a essas práticas.

contemporânea de diferentes sistemas médicos complexos,³ de práticas terapêuticas e não convencionais e de atividades corporais então denominadas “atividades físicas”.

Tais sistemas e práticas na maioria das vezes têm suas raízes históricas ou socioculturais não pertencentes ao mundo ocidental, sobretudo à modernidade científica que é a marca cultural desse mundo, mas apresentam frequentes hibridismos diagnósticos e terapêuticos com o Ocidente moderno tanto nas concepções como nas ações dos agentes. Logo, são hibridismos presentes na prática dos profissionais e da clientela. Naquele momento, início da década de 1990 e do Grupo Racionalidades Médicas, a prática profissional, assim como a oferta de serviços das medicinas e das terapêuticas então ditas *alternativas* ou *complementares*, restringiam-se, em sua quase totalidade, com exceção dos centros municipais com tradição de oferta de serviços nessas áreas (Campinas, Niterói, Goiânia, entre poucos outros), aos consultórios privados ou a espaços públicos “ocupados” nos centros urbanos⁴.

Elas eram acessíveis a um público de classe média, educado, possuidor de cultura “alternativa” face às concepções dominantes de saúde, de alimentação e, inclusive, de hábitos de consumo, herdeiro da geração da contracultura dos anos de 1960 e 1970.

Mesmo sistemas médicos complexos como a homeopatia – reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina desde 1980, com exceção de seus tradicionais e históricos ambulatorios filantrópicos –, tinham a maior parte do seu atendimento (mais de dois terços dos seus serviços clínicos) oferecida em consultórios privados, por profissionais individuais, essencialmente médicos com

³ As racionalidades médicas foram definidas conceitualmente como sistemas médicos complexos, comportando cinco dimensões estruturadas (diagnose, terapêutica, dinâmica vital, morfologia humana e doutrina médica), embasadas em uma cosmologia que expressa a cultura onde se originam. Tal modo de conceituar apoia-se nos *tipos ideais* do sociólogo alemão Max Weber.

⁴ No final dos anos de 1980, um movimento social com o ânimo juvenil da contra cultura espalhou por praças e outros espaços públicos urbanos a prática de exercícios não convencionais como o *Tai Chi Chuan*, o *Lian Gong* e outras artes marciais, geralmente chinesas, claramente voltadas para a saúde.

pós-graduação *lato sensu* – cursada em um período que variava entre um e dois anos em Homeopatia, em instituições homeopáticas do país (regiões Sul/Sudeste) e no exterior (LUZ, 1996a).

A pesquisa sobre temas concernentes à diversidade das práticas e saberes contemporâneos em saúde, ainda que da perspectiva das ciências humanas, era praticamente tabu, ou marginal ao *main stream* das investigações, e isso tanto no campo das ciências sociais quanto no da saúde pública, voltadas que eram para a análise de macroestruturas sociais – o Estado, sobretudo – e sua dinâmica no regime capitalista.

Existiam, é claro, as pesquisas antropológicas clássicas sobre “sistemas de cura” não ortodoxos, incluídos mais tarde na classificação que veio a denominar todos os sistemas tradicionais como “etnomedicinas”, tais como as medicinas indígenas, de caráter xamânico, ou as afro-brasileiras, ou as modernas curas de caráter religioso, focalizando mediunidade e espiritismo, algumas associadas à própria homeopatia.

Uma exceção nessa tradição – assim como a penúria de investigações socioantropológicas sobre sistemas médicos e práticas terapêuticas não convencionais contemporâneas – é o trabalho pioneiro de Loyola e sua equipe (LOYOLA, 1984), que tematiza as “medicinas populares”, seus praticantes e adeptos, em sua relação com a biomedicina, num contexto social urbano da periferia do Rio de Janeiro, em perspectiva de análise socioantropológica próxima de autores como Bourdieu, Boltanski e Herzlich, entre outros sociólogos franceses dos anos de 1970. Trabalhando com categorias analíticas tais como representações, imaginário, saberes e práticas sociais, poder e classe, Loyola debruçou-se sobre os saberes laicos das classes populares, analisando a racionalidade de seus conhecimentos, e interpretando de modo inovador hierarquias e entrecruzamentos sociais entre saberes e práticas de “médicos” e “curandeiros” e de sua clientela (LOYOLA, *idem*).

Outra exceção é o trabalho de pesquisa sócio-histórica tematizando a homeopatia empreendido por Luz e pesquisadores associados, que resultou na coletânea editada na FIOCRUZ por ENSP/PEC/ABRASCO, intitulada *A questão da Homeopatia* (LUZ. et al., 1987),

enfocando a medicina homeopática como um sistema médico complexo, analisando praticantes profissionais, sua clientela, sua inserção social e as questões institucionais de poder/saber implicadas nessa prática médica, face ao sistema médico-científico hegemônico.

Os estudos de Marcos de Souza Queiroz, em análise antropológica sobre as “práticas alternativas” e sobre o paradigma da racionalidade biomédica – depois continuados em suas observações sobre os serviços de saúde em Campinas – constituem também uma exceção nesse cenário (QUEIROZ, 1986; 1994).

No geral, entretanto, as preocupações com os sistemas médicos complexos heterodoxos e as práticas não convencionais situaram-se, na década de 1980, predominantemente na **esfera política**, isto é, no domínio das políticas de saúde. Com essa preocupação precípua, expressa por órgãos internacionais de saúde como a OMS, seguida pela OPAS, fez repetidos apelos, durante várias décadas, em suas conferências internacionais (desde 1962) sobre a urgência de levar em consideração, no cuidado de saúde dos povos, as medicinas tradicionais e as práticas terapêuticas não convencionais, no sentido de integrá-las às políticas nacionais e aos serviços públicos de atenção à saúde, visando a cobrir as populações não atendidas pelos sofisticados, tecnológicos e caros serviços da medicina ocidental especializada. A Conferência de Alma Ata, em 1978, fez um apelo dramático para tornar acessíveis às populações as medicinas “nativas”, integrando-as no sistema oficial.

A partir da década de 1980, com o crescimento expressivo do uso das medicinas e terapias não convencionais pelas camadas médias urbanas, a pressão social pela institucionalização dessas práticas cresceu, inclusive no Brasil, que deve ser considerado uma nação pioneira no processo de sua inclusão oficial nos serviços públicos, tomando-se como o detonador desse processo a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986 (LUZ et al., 2007).

O documento que dela resultou, e que implicou a inclusão de vários dos itens propostos na Constituição Federal de 1988, é um exemplo típico de que as questões relativas à saúde – no que concerne a medicinas não hegemônicas e a práticas não convencionais de saúde.

Representou, na década de oitenta, muito mais preocupação, intenção e realização política do Estado brasileiro e da sociedade civil, com as conferências nacionais de saúde, do que com a questão científica ou mesmo acadêmica, embora muitos dos militantes pela democratização dos serviços e pela abertura institucional a outras racionalidades e práticas fossem docentes e pesquisadores universitários.

Podemos concluir, assim, sem o temor de cairmos numa inconsistência histórica, que a preocupação acadêmica – com algumas exceções – com as práticas alternativas e as racionalidades médicas não hegemônicas só toma impulso de fato na década de 1990.

O estudo de sistemas médicos complexos: as racionalidades médicas e as questões que coloca para paradigmas disciplinares em saúde e formas de intervenção em atenção médica

Durante os anos de 1990, houve um crescimento contínuo de estudos comparativos de diferentes sistemas médicos: a medicina chinesa, a acupuntura, assim como a homeopatia, colocaram várias questões importantes à racionalidade da biomedicina, em termos da percepção do cuidado dispensado aos pacientes e do paradigma da diagnose e da intervenção terapêutica biomédica, ao mesmo tempo em que a procura por essas formas de intervenção médica alcançava um crescimento inédito na sociedade urbana brasileira. Os estudos do período não se limitaram a aspectos disciplinares de caráter médico-epidemiológico ou experimental sobre a acupuntura e a homeopatia visando a mensurar eficácia ou efeitos da intervenção das agulhas ou dos medicamentos homeopáticos.

No caso da medicina tradicional chinesa e da acupuntura, por exemplo, apesar da hegemonia paulatina da biomedicina sobre essa prática integrante do sistema terapêutico da medicina chinesa, hegemonia em grande parte resultante de sua legitimação como especialidade biomédica, desenvolveram-se estudos na área da Saúde Coletiva não apenas sobre o processo histórico de institucionalização da acupuntura no seio da racionalidade biomédica (NASCIMENTO, 1997, 1998), mas também outros, como sobre a natureza da relação terapeuta-paciente característica dessa intervenção, sobre a cosmologia,

a morfologia e a dinâmica vital implicadas na aplicação das agulhas, e sobre o caráter *vitalista e holista* da prática da medicina tradicional chinesa. Um campo de estudos na área da saúde coletiva embasado nas ciências humanas desdobrou-se na década de 1990, enfiando questões diferenciais sobre a ação terapêutica da medicina chinesa, *ayurvédica* e homeopática, além da análise das práticas terapêuticas holistas e seus efeitos sobre a recuperação da saúde e a expansão da vitalidade dos pacientes (LUZ, 1996b).

A medicina chinesa, sobretudo, emergiu, no contexto desses estudos, como uma racionalidade médica específica, com suas dimensões operativas – a *diagnóstica* e a *terapêutica* –, além de definição própria de uma morfologia e de dinâmica vital humanas, irreduzíveis ao caráter de *biomecanismo* típico da racionalidade médica ocidental (NASCIMENTO, 2004). O mesmo sucedeu, em relação à homeopatia, à *ayurveda* e à própria medicina ocidental, multiplicando-se as pesquisas de tese nessa racionalidade no Grupo Racionalidades Médicas, e em outros centros do país.

Assim, o campo de estudos sobre racionalidades médicas firmou-se ao longo da década, tendo como questões centrais de preocupação na pesquisa:

- 1) a dimensão política dos estudos – em relação ao processo de legitimação institucional das racionalidades e práticas não hegemônicas, bem como ao seu papel nos serviços de atendimento;
- 2) a ação profissional envolvida nos estudos – em relação à regularização das profissões e à formação acadêmica ligada a essas racionalidades,
- 3) a atividade acadêmica – referente sobretudo à legitimação da pesquisa e as publicações, praticamente desprezadas como produção científica, desenvolvendo-se a partir de então publicações resultado de estudos teóricos e pesquisas empíricas.

Inequivocamente, o resultado atual da visibilidade e legitimidade desses eixos de pesquisa é em grande parte fruto dos estudos realizados na temática analítica das racionalidades médicas, sobretudo em suas

fases iniciais (1992-1994, e 1994-19967), sobretudo – embora não exclusivamente – pelo Grupo CNPq de Pesquisas Racionalidades Médicas, sediado no Instituto de Medicina Social da UERJ.

Seria longo e fora do propósito deste texto citar o conjunto de artigos, livros, teses e dissertações de mestrado produzido ao longo da década passada pelo Grupo no eixo temático das racionalidades médicas, em separado ou comparativamente em suas cinco dimensões operativas estruturadas (diagnose, terapêutica, dinâmica vital, morfologia humana e doutrina médica). Um levantamento do acervo relativo ao Grupo está em andamento, conduzido na Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFF, que acolhe atualmente o Grupo Racionalidades Médicas⁵ como um projeto de pesquisa. A quantidade de trabalhos produzidos, muitos ainda inéditos, ultrapassa a capacidade de enumeração no curto espaço da descrição sumária deste artigo.

Mais importante, no momento, é sublinhar como, em 1998 – a partir desses estudos –, surgiu o segundo eixo temático, as Práticas de Saúde, dando início a um conjunto de pesquisas sobre a diversidade de atividades corporais e práticas terapêuticas, eixo ainda não esgotado, e que, ao contrário, não tem cessado de crescer nos últimos 14 anos. O enfoque dessas pesquisas situa-se sempre no campo das ciências humanas e sociais, as análises centrado-se geralmente em metodologia qualitativa.

Embora o foco do primeiro eixo de estudos (as diferentes racionalidades médicas presentes na cultura contemporânea, suas dimensões analisadas em estudos separados ou comparativos) continue ativo e produtivo, o eixo temático das práticas corporais em saúde – e das práticas terapêuticas, consideradas em sua diversidade paradigmática, seus objetivos de efetividade, sua busca de legitimidade institucional e profissional – teve, além da demanda ascendente pela sociedade, um crescimento ascendente, forçando-nos a abrir novos eixos de pesquisa durante toda a década recém-finda. Esse crescimento se originou não

⁵ Desde agosto de 2010, após a aposentadoria da líder do Grupo do Instituto de Medicina Social da UERJ, o Grupo Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde está sediado no ISF/UFF.

somente da busca por cuidado por parte de uma população adoecida e envelhecida, mas também por parte de profissionais com vocação e aptidão para cuidar dessas pessoas na sociedade atual.

As práticas de saúde e as terapias holistas e vitalistas em sua diversidade: questões e desafios atuais no plano teórico, político, profissional

As práticas de cuidado com a vida e a saúde fazem parte, na cultura contemporânea, do modelo hegemônico das biociências, seja em sua versão paradigmática de recuperação, de prevenção ou de promoção. Nenhum cidadão, independentemente de sua condição social, idade ou gênero pode se esquivar de suas responsabilidades quanto à saúde, em termos de exercícios físicos (práticas corporais), meditações, alimentação saudável, controle medicamentoso e mesmo diversão e lazer programado como parte de uma “vida saudável”. Ser humano é ser responsável pela sua saúde, como por um patrimônio que a sociedade lhe confia, e que o indivíduo não tem o direito de espoliar.

O efeito evidente dessa normatividade social é a busca constante e interminável por cuidados em saúde: preventivos, promocionais, de recuperação, de expansão da vitalidade. A multiplicação das práticas nesse sentido é praticamente infinita: inúmeras são as formas de cuidado, mais ou menos materiais, mais ou menos corpóreas, centradas na ação de outros (os profissionais terapeutas) ou do próprio sujeito.

A alimentação ocupa um capítulo especial nessa normatividade: o “comer saudável” – ou a alimentação sadia – faz parte de uma postura correta frente à vida e à saúde na cultura atual.

Diante da profusão discursiva de saberes e práticas, os pesquisadores necessitam guardar o distanciamento axiológico necessário à postura das ciências sociais para lidar com fenômenos de tão grande importância cultural, no sentido de não se deixar levar pelo processo de biomedicalização social muitas vezes implícito em todos esses discursos e práticas. Essa tem sido uma questão que se coloca insistentemente nos estudos sobre as práticas de saúde, corporais ou terapêuticas, ou de alimentação: o que significa “ter saúde” para as pessoas, atualmente? Que sentidos atribuem elas às práticas que exercem,

ativa ou passivamente? Pode-se estar confundindo, no contexto atual, vida, saúde e biomedicalização social? Estaremos caminhando para um processo sem retorno de racionalização do viver pela ciência?

Responder a essas perguntas, além das sofridas questões referentes aos processos de institucionalização e normalização profissional dessas atividades face às competições corporativas, tem sido um grande desafio para quem se dedica à pesquisa das práticas corporais e da diversidade terapêutica nos últimos dez anos.

Referências

LUZ, M.T. et al. As práticas alternativas na reformulação do Sistema Nacional de Saúde: contribuição para a VIII Conferência Nacional de Saúde. In: LUZ, M.T. *Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil*: textos reunidos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

LUZ, M.T. *A arte de curar versus a ciência das doenças*: história social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis, 1996a.

_____. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas – Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº 140, novembro, 1996b. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 47p.

NASCIMENTO, M.C. *De panaceia mística à especialidade médica*: a construção do campo da acupuntura no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____. (Coord.) *As duas faces da montanha*: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

QUEIROZ, M.S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 63-72, 1986.

_____. O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 27-37, 1994.

Homeopatia popular e homeopatia praticada por médicos: desafios da integração das práticas no contexto da promoção da saúde

ALDA LACERDA¹

Sem dúvida, pode ser que o princípio vital explique pouca coisa, mas pelo menos é uma etiqueta pregada em nossa ignorância, para que oportunamente nos lembremos dela, quando o mecanicismo nos convida a ignorar essa ignorância.

Henri Bérghson

Introdução

O fortalecimento da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) traz à tona alguns desafios para a clínica e para a promoção da saúde, entre os quais a necessidade de se trabalhar com a concepção ampliada de saúde-doença-cuidado e abrir espaço para legitimar outras práticas que se conformam em distintas racionalidades médicas. Segundo Luz (1988), as racionalidades médicas implicam sistemas médicos complexos – com seus constructos teóricos e práticos – que incluem, entre outras, a biomedicina, a medicina tradicional chinesa (MTC), a ayurveda e a homeopatia. A biomedicina é o modelo médico hegemônico, enquanto a MTC e a ayurveda são sistemas tradicionais que não fazem parte dos modelos dominantes de cuidado-cura e junto com a homeopatia configuram as ditas “medicinas alternativas ou complementares” (WHO, 2002).

¹ Médica homeopata, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/ Fiocruz; pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV/ Fiocruz.

O termo alternativo, a nosso ver, traz muitos estigmas, porque, de certo modo, reforça o modelo dominante e coloca ambos em oposição. No entanto, independentemente da terminologia utilizada, o que é relevante quando se discute essas terapias não-convencionais é o potencial para se desenvolver práticas em saúde que priorizem a escuta, o vínculo e o acolhimento, ou seja, práticas de integralidade do cuidado voltadas para os sujeitos e seus processos de adoecimento e sofrimento.

A valorização das práticas de cuidado não-hegemônicas e sua implementação nos serviços públicos de saúde vêm sendo debatidas desde a Reforma Sanitária e a criação do SUS, tal como se evidencia no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de saúde (CNS). O documento preconiza a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde” e reforça que os currículos do ensino em saúde devem incluir o conhecimento sobre essas práticas (BRASIL, 1986).

O avanço na luta pela institucionalização das práticas ditas alternativas ou complementares no SUS, com a participação ativa de diversos setores da sociedade, propiciou a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006). A PNPIC inclui a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia e o termalismo-crenoterapia,² que devem ser implementados pelas Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Não obstante o avanço político, cabe ressaltar que após cinco anos da portaria em vigor, ainda temos muito a trilhar para garantir a implementação e ampliar a oferta dessas práticas no SUS.

Dentre as diversas práticas integrativas e complementares que favorecem o fortalecimento das ações de integralidade e de promoção da saúde, elegemos a homeopatia como objeto do nosso debate, a qual é considerada como “um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da

saúde” (BRASIL, 2006). O objetivo do presente ensaio é aprofundar a temática da homeopatia no contexto da Promoção da Saúde e discutir os entraves à sua legitimação.

Homeopatia: o vitalismo na concepção de saúde-doença-cuidado

A homeopatia é um sistema médico complexo baseado na lei ou princípio da similitude,³ indicando que a substância medicamentosa capaz de curar o doente é aquela que tem a capacidade de produzir sintomas análogos no indivíduo sadio durante o processo de experimentação. Essa concepção de terapêutica e cura desenvolvida por Hahnemann no final do século XVIII se opunha à medicina que se praticava na época, cujo tratamento era baseado no princípio do contrário e direcionado à causa material da doença.

Seus fundamentos filosóficos se apoiam na concepção vitalista, pois entende a doença como um desequilíbrio da força ou energia vital que anima todo o ser (HAHNEMANN, 1921). Se por um lado, a força vital é o elemento essencial à vida e mantém o equilíbrio dinâmico de todo o organismo, por outro, ao se desequilibrar, devido a fatores externos físicos ou psíquicos, altera as sensações e funções do organismo com consequente adoecimento do sujeito (HAHNEMANN, 1921 – parágrafos 9 e 11).

O vitalismo homeopático, segundo Luz (1998, p. 122), “não se apresenta como um sistema explicativo *das doenças* e suas causas, mas como um sistema racional e experimentalista da *arte de curar doentes*. O indivíduo doente é o ponto de partida clínico e o objeto epistemológico básico do sistema homeopático”. Temos aqui uma concepção ampliada do adoecer humano, a qual supera a dicotomia entre normal e patológico e trabalha com a saúde em sua positividade, saúde esta compreendida como o equilíbrio da energia vital e não como ausência de sintomas. Por ser centrada no sujeito e seu cuidado, a homeopatia é considerada uma “medicina do sujeito” (ROSENBAUM, 2000).

² O termalismo-crenoterapia é o uso de águas minerais como complemento aos demais tratamentos de saúde.

³ É conhecido como *similia similibus curentur*, ou seja, semelhante cura semelhante. Alguns médicos e pesquisadores, entre eles Hipócrates e Paracelso, utilizaram o princípio da similitude como recurso terapêutico (ROSENBAUM, 2000).

O cuidado inerente à prática homeopática se expressa em suas dimensões individuais e coletivas (MACHADO; PINHEIRO, 2002). Segundo esses autores, a homeopatia, ao propiciar o equilíbrio emocional dos sujeitos favorece o “agir positivamente” diante das situações de vida, expressando assim o cuidado no plano individual. Os sujeitos passam a ter uma percepção de si e compreensão do seu entorno e operar em uma lógica de solidariedade, cuidando de si e dois outros, emergindo a dimensão coletiva do cuidado por meio do “agir social”.

Sem dúvida, a terapêutica homeopática, individualizada para cada sujeito, é um instrumento potencial para o equilíbrio da energia vital, reafirmando a importância da escuta atenta e de estabelecer vínculos de confiança entre usuários e trabalhadores da saúde. Os usuários são protagonistas no seu tratamento, compreendendo melhor os seus processos de vida e saúde, o que nos leva a inferir que a homeopatia permite reinseri-los no seu cotidiano não mais a partir do olhar técnico do médico, mas favorecendo que os sujeitos se reconheçam mutuamente e compartilhem seus limites no processo terapêutico. A perspectiva de maior autonomia e tomada de decisão, por meio do “agir positivamente” e do “agir social” (MACHADO; PINHEIRO, 2002), é fundamental no direito à saúde.

Ao ampliar a percepção dos sujeitos e favorecer o agir mais consciente na vida cotidiana, a homeopatia se insere no que Samaja (2000) define como o conceito de saúde-doença-cuidado, onde a saúde-doença se desloca da dimensão biológica individual para ser objeto da ação e da consciência do coletivo. A homeopatia enquanto um modelo de saúde-doença-cuidado centrado nos sujeitos se expressa como uma prática de integralidade no contexto da promoção da saúde, devendo ser, junto às demais racionalidades médicas, legitimada e fortalecida no SUS.

Distinções entre homeopatia médica e homeopatia de uso popular na conformação das racionalidades

A homeopatia, reconhecida como uma especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1980 está presente no SUS desde a sua criação, porém a sua oferta nos serviços públicos de

saúde ainda precisa ser ampliada. A importância de garantir a prática homeopática no SUS, assim como as demais práticas integrativas e complementares, deve ser vista como uma dimensão do direito e da cidadania e como legitimação de outras formas de conhecimento relevantes no contexto da Promoção da Saúde. Ao falarmos de promoção estamos nos referindo ao conceito ampliado de saúde, o qual inclui a participação social, a autonomia nas tomadas de decisões, a intersetorialidade e o ambiente saudável com garantias de trabalho, moradia, renda, lazer, apoio social, acesso aos serviços básicos (OMS, 1986), ou seja, os condicionantes fundamentais para uma vida com dignidade.

As ações de promoção da saúde implicam uma renovação conceitual e metodológica que permitem discutir os limites dos conceitos de saúde e doença no que concerne à experiência concreta do adoecer humano, assim como abrir espaços para a inclusão de outras práticas além do modelo biomédico hegemônico. É nesse sentido que a reorientação dos sistemas e serviços de saúde como estratégia de ação da promoção da saúde (OMS, 1986) está diretamente relacionada ao debate sobre a legitimação das diversas práticas de integralidade do cuidado.

A homeopatia, enquanto uma prática de integralidade, se insere nos pressupostos da promoção, haja vista que aborda a saúde em sua positividade, estimula a autonomia e retoma o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções em saúde (LACERDA; VALLA, 2003). Segundo a PNPIC, a implementação da homeopatia no SUS promove a humanização na atenção e no cuidado e “representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção” (BRASIL, 2006).

No processo de institucionalização das práticas integrativas e complementares é fundamental o respeito entre o conhecimento técnico e o advindo das experiências, considerando-se assim o saber científico, o popular e o tradicional. No que tange à homeopatia, essa discussão perpassa as práticas que se realizam nos espaços institucionalizados e a homeopatia de uso popular praticada nos espaços não institucionalizados e que, muitas vezes, traz grandes benefícios à população local.

No que tange à homeopatia popular ou praticada por leigos, é acirrada a crítica por parte da corporação médica por entender que se trata de uma especialidade da medicina de atuação exclusiva do profissional médico. É um debate que gera polêmicas e contradições e recai na defesa do ato médico, tal como fica evidenciado no depoimento de um dos representantes do CFM ao assinalar que “estamos enfrentando uma polêmica que, segundo alguns, é fruto da indefinição sobre o que é ato médico, qual a sua abrangência e o que é exclusivo da profissão” (CARNEIRO, 2000, p. 243). Essa compreensão também é partilhada pela direção da Associação Médica Homeopática Brasileira ao se posicionar radicalmente contra o exercício da homeopatia por leigos em qualquer situação (SELEGHINE, 2000), entendendo essa ação como um retrocesso da medicina.

Fica claro que o debate entre os que se opõe ao uso popular da homeopatia se centra na dimensão legal e no saber técnico estruturado, sendo estes os alicerces para justificar as críticas. No entanto, sinaliza Luz (2000), a homeopatia praticada por leigos traz em sua historicidade uma dimensão cultural e política que deve ser considerada, não se restringindo, portanto, a um plano ético ou epistemológico. Essa autora, ao tecer uma análise sócio-histórica da homeopatia, nos lembra que Hahnemann, fundador desse sistema médico, não se limitava a transmitir a sua doutrina aos profissionais médicos, mas difundia seus ensinamentos a todos os interessados em aprender e praticar.

A tradição de uso popular da homeopatia nos remete ao potencial dos agentes de cura e cuidado e as dimensões simbólicas da saúde e do adoecer humano para além da dimensão exclusivamente técnica. Nesse sentido, conclui Luz (2000, p. 236):

o monopólio da cura pela corporação médica é um *fato historicamente construído e politicamente legitimado*. Na sociedade civil, entretanto, onde convivem diversas culturas terapêuticas, outros agentes de cura atuam, com maior ou menor eficácia que os médicos, de acordo com a racionalidade dessas práticas, mas também de acordo com os elementos de natureza simbólica que tem tanta eficácia quanto os elementos materiais e tecnológicos de intervenção (grifo nosso).

A homeopatia praticada por leigos, transmitida entre as gerações, é uma prática social e culturalmente construída e não pode ser

desconsiderada e negligenciada. Mais do que o julgamento ou disputa entre os diferentes interesses, o debate deve avançar no sentido de agregar forças em prol da homeopatia, de sua legitimação, da garantia do acesso aos usuários e do respeito pelos diferentes saberes que conformam as racionalidades médicas.

É preciso ter clareza de que, ao tratarmos da legitimidade e institucionalização da homeopatia, a ênfase não pode recair na escolha entre a homeopatia praticada por leigos ou a exercida por médicos, tendo em vista que essas práticas se organizam e se processam de formas distintas. A homeopatia popular, embora compartilhe das leis que regem a homeopatia médica, se pauta *a priori* nas relações intersubjetivas, no apoio interpessoal e na produção simbólica no processo de cura, sendo o tratamento e a medicação encarados como procedimentos secundários para produzir saúde e não como prioridades de ação (PASSOS, 2000). Além disso, acrescenta o autor, o médico é legitimado por um poder institucional, enquanto o agente popular tem o poder e credibilidade de suas ações conferidas pela comunidade onde atua, sendo reconhecido como agente de cura embora não seja médico.

Ainda discorrendo sobre as distinções entre as práticas homeopáticas, Passos (2000, p. 246) conclui que “nas práticas populares, vida e saúde transcendem procedimentos técnicos e medicalização: é a vida que cura a vida. Esta é uma diferença importante da natureza das nossas práticas”. A nosso ver, a homeopatia popular e a homeopatia médica podem coexistir, porém uma não pode ser considerada alternativa à outra, haja vista às suas diferenças. Não se trata, portanto, de compará-las na perspectiva de eleger qual seria melhor e reforçar as disputas e conflitos, mas identificar que se configuram como formas de atuação distintas que podem ser potencializadas na oferta de cuidado aos sujeitos e coletivos.

As práticas homeopáticas no contexto da promoção da saúde: desafios no processo de institucionalização

A institucionalização da homeopatia e das demais racionalidades médicas em locais onde o seu uso popular está presente aponta para a necessidade de se discutir a integração dessas práticas em

saúde no contexto da promoção. Teceremos aqui algumas reflexões a partir da experiência que tivemos com lideranças do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) e do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) no debate sobre práticas populares, tendo como eixo norteador o documento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPC).⁴

Esse documento, elaborado a partir da atuação conjunta de diversos atores incluindo os movimentos sociais, define em sua estratégia de operacionalização o “fortalecimento da articulação com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos” (BRASIL, 2008), indicando a importância de articular as práticas populares com as demais racionalidades médicas no SUS. Tal articulação não é uma tarefa simples e implica reconhecer os diferentes saberes e concepções que organizam e regem essas práticas, com seus múltiplos sentidos e significados.

A análise crítica de alguns documentos da política revela sutilezas sobre a integração das práticas em saúde que tendem a passar despercebidas, e podem ter um caráter de hierarquia onde se privilegie o conhecimento científico. Tomemos como exemplo a Declaração de Alma-Ata, a qual assinala que a Atenção Primária à Saúde

se baseia, nos níveis locais e de referência, nos trabalhadores da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários conforme for aplicável, assim como em **praticantes tradicionais conforme seja necessário**, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (OMS, 1978 – grifo nosso).

Ao se referir a “praticantes tradicionais conforme seja necessário”, é preciso desconstruir o imaginário de que o agente popular está em segundo plano e deverá se submeter à lógica de atuação da equipe de saúde.

⁴ A experiência se deu no Curso de Especialização Técnica em Políticas Públicas de Saúde para as lideranças do MST e MMC realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV/ Fiocruz. As aulas sobre práticas integrativas e complementares foram ministradas no ano de 2011 pelas professoras Graciela Pagliaro, Letícia Mendes Ricardo e Alda Lacerda.

A proposta de articulação das práticas preconizada na política de saúde para a população do campo e da floresta também é compartilhada pelos educandos do MST e MMC. Esses atores sociais se mostraram favoráveis à integração das práticas por entenderem que as mesmas ampliam o acesso dos usuários e a oferta do cuidado. Houve consenso de que a integração deve se dar forma horizontalizada, com a legitimação do conhecimento popular – com suas tradições e culturas – e das racionalidades médicas reconhecidas pela medicina.

No que tange à integração das práticas na homeopatia, Luz (2000, p. 236) chama atenção para a disputa de razões e interesses, ao assinalar que os médicos homeopatas legitimados pelo poder social e detentores do monopólio da cura excluem os leigos que durante muitos anos vêm exercendo a homeopatia, assim “como, aliás, no passado a medicina oficial usou seu poder para excluí-los da ordem da razão médica”. Nesse sentido, inferimos que a tensão e a polêmica que se estabelece entre o uso popular e o uso médico como sendo uma questão ética e epistemológica e as disputas de poder são alguns dos entraves à integração das práticas, à legitimação da homeopatia e à sua institucionalização.

A perspectiva de integração das práticas homeopáticas, com seu potencial para fomentar a integralidade na atenção e no cuidado, aponta para a importância da participação dos diversos atores envolvidos no processo, tais como gestores, trabalhadores da saúde, praticantes leigos, lideranças comunitárias e movimentos populares, legitimando-se os diferentes saberes. Para os educandos do MST e MMC, a construção coletiva na organização das práticas de saúde é uma forma de valorizar o saber popular e o tradicional dos que moram nos assentamentos e acampamentos.

A mobilização dos sujeitos e coletivos na luta pela oferta das práticas de homeopatia e de outras práticas integrativas e complementares no SUS nos remete ao direito de acessar novas racionalidades, ou seja, ao direito democrático de escolha dos usuários. Esse princípio do direito vem sendo construído desde a Reforma Sanitária e consta no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o qual reafirma a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso

democrático de escolher a terapêutica preferida”. Cabe ressaltar que o direito de acesso e escolha das práticas em saúde não se restringe à esfera individual, tendo em vista que as escolhas dos usuários se traduzem em uma dimensão do coletivo. Em outras palavras, os sujeitos escolhem a partir de uma concepção de saúde-doença, concepção esta que é social e culturalmente construída.

A perspectiva de engajamento e do direito de escolha opera na lógica da autonomia e da liberdade, ou seja, da liberdade de ação entendida como política, tal como preconiza Hannah Arendt (1972). Os atores representantes da sociedade civil, ao se mobilizarem em torno do direito de acesso à saúde, engendram novas formas de gestão social apoiadas na participação e novas institucionalidades na implementação das práticas em saúde.

Desse modo, entendemos que a implementação das racionalidades médicas com a integração de suas práticas no SUS – tal como se propõe com a legitimação da homeopatia popular e da praticada por médicos – abre espaço para incorporar a diversidade e pluralidade das práticas. O conhecimento inerente à racionalidade médica ao contribuir para a universalidade do direito à saúde passa a ter uma dimensão política pautada na liberdade, dentro de uma visão arendtiana, articulando-se assim os saberes técnicos e populares e o reconhecimento dos diferentes sujeitos. Nesse sentido, a racionalidade médica passa a se configurar como uma racionalidade política que favorece a inclusão dos sujeitos e coletivos, a integralidade das ações de cuidado na promoção da saúde, a democratização e legitimação da homeopatia entre outras práticas integrativas e complementares e a luta pela saúde enquanto direito de cidadania.

Considerações finais

No presente ensaio, buscamos discutir alguns entraves à legitimação e institucionalização da homeopatia no SUS. Uma importante questão levantada se refere à polarização que se instaurou entre a homeopatia popular e a exercida por profissionais médicos. Essa polarização traz no seu bojo a disputa de poder pelo monopólio da cura e a ausência de reconhecimento dos praticantes leigos que

durante anos na história da homeopatia no Brasil exerceram o papel de agentes cuidadores, principalmente no período em que havia uma carência de médicos homeopatas.

Demarcar as diferenças entre as práticas homeopáticas permite avançar no debate, devendo ficar claro que uma não substitui a outra, mas podem coexistir no mesmo território de atuação. Para tanto, é fundamental o respeito entre os diferentes saberes técnicos e populares e os distintos modos de produção social da saúde. A integração da homeopatia popular e da homeopatia médica aponta para a possibilidade de sua legitimação e institucionalização e amplia a oferta de cuidado no contexto da promoção da saúde. Além disso, democratiza-se a homeopatia na perspectiva de inclusão dos usuários e do direito de acessar novas racionalidades.

Concluimos que a participação dos usuários e o direito de escolha da prática a ser utilizada traz a dimensão da emancipação e autonomia no processo de saúde-doença, autonomia esta que promove a liberdade dos sujeitos e coletivos e se configura como uma ação política. Cabe ressaltar que essa liberdade de escolha não se restringe à esfera individual e se contrapõe à dimensão utilitarista e mercantil na qual a saúde passa a ser uma mercadoria de consumo. Trata-se, portanto, de uma liberdade que se constrói no coletivo, nas relações, e que favorece a luta em prol da cidadania do cuidado e do direito à saúde.

Referências

- ARENDRT, H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, 2006.
- _____. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*; 2008.
- CARNEIRO, M.B. Ato Médico. XXV. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA. Rio de Janeiro, 2000, p 238-243.
- HAHNEMANN, S. *Organon of Medicine*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1921.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003, p. 169-196.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Homeopatia praticada por leigos: apresentação e explicação dos processos históricos e sociais sobre a questão. XXV. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA. Rio de Janeiro, 2000, p 233-237.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R. Percepções e práticas dos pacientes e homeopatas sobre o cuidado na atenção integral à saúde: um estudo de caso. VII SINAPIH – Simpósio Nacional de Pesquisa Homeopática. *Anais...* CD-Rom. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: _____. *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*. Washington, DC: OPS, 1986. p. 367-372

PASSOS, L.A. Homeopatia praticada por leigos. XXV. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA. Rio de Janeiro, 2000, p 244-248.

ROSENBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SELEGHINE, H. Homeopatia praticada por leigos. XXV. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA. Rio de Janeiro, 2000, p 249-252.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: WHO, 1978.

_____. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: WHO, 2002. 69p.

Vamos todos cirandar: experiência de aprendizagem problematizadora e inventiva das masculinidades

ALESSANDRA CHARNEY¹

*Começo logicamente pelo caos.
É o mais natural. Nele estou calmo
porque eu mesmo posso ser, antes de tudo, caos.
[...] Só depois me dava o impulso consciente
e me coagia à estreiteza das representações lineares.
Paul Klee. Diário (1898-1918)*

Não pretendo aprisionar em papel, letras e páginas, a experiência da arte viva produzida e todas as sensações conectáveis a ela. Principalmente ao considerar que *entre o caos e a estreiteza das representações lineares ocorre muita coisa que merecia atenção: ilusões sofridas, coerções visuais, deslumbramentos, até a terrível incapacidade de ver qualquer coisa* (KAMPER, 2002, p. 116).

Pretendo que este texto seja mais uma tecnologia comunicadora da possibilidade de fazeres singulares, recusando modelos de *homogeneidade-banalizadora* da educação popular em saúde e adotando modos de produção criativa que instaurem dispositivos disparadores do prazer em lutar conscientemente em defesa da vida.

Não pretendo que a informação aqui contida permaneça estanque. Pretendo que se transforme em cada mente fluida que dela se apropriar, deixando de ser ela mesma na medida em que se conecta com outros agenciamentos.²

¹ Médica e artista plástica, especialista em Saúde da Família com Enfoque Multiprofissional e aluna do curso de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (Cesac/PR).

² Noção mais ampla do que as de estrutura, sistema, forma, processo, montagem, etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica, imaginária (GUATTARRI; ROLNIK, 2005, p. 381).

Construindo o espaço acolhedor da possibilidade

*Fictícios ou reais, animados ou inanimados,
é preciso fabricar seus próprios intercessores*
Gilles Deleuze

No início de 2006, ainda como acadêmica de medicina, busquei um estágio que permitisse o protagonismo estudantil “por meio de uma lógica própria de espaços pedagógicos, os quais uma vez mapeados fossem oferecidos aos participantes como possibilidade de viver uma experiência única, uma vez que é sua, que é própria” (AMORIM, 2005, p. 6). Construí, então, mais um intercessor³ em meu processo de formação médica – um estágio eletivo que possibilitou o exercício da educação popular em saúde, acrescentando materiais científicos, lúdicos e subjetivos à minha vivência universitária.

Nesse estágio, fui convidada (ou talvez provocada) pelo grupo *Universos Masculinos*⁴ a produzir uma Mostra de Artes Visuais e Saúde para compor o projeto Promoção da Saúde do Homem na Perspectiva da Educação Popular em Saúde. Fascinada pela possibilidade de um formato inovador de exercer a medicina, adentrando a subjetividade⁵ – que envolve as masculinidades e a saúde do homem – aliada à construção e delineamento de políticas públicas em saúde, aceitei o convite.

Produzi a mostra artística em consonância com a diretriz do projeto de articular e trabalhar maneiras criativas que proporcionassem

³ Termo cunhado por Deleuze e Guattari para identificar o papel que cumprem os fatores de exposição, os operadores de realidade, os conceitos-ferramenta que nos são dados/ nos mobilizam/ nos agenciam para nos tornarmos profissionais (CECCIM, 2004, p. 261).

⁴ O grupo *Universos Masculinos* surge em 2005, a partir do *Projeto de Promoção à Saúde do Homem na Perspectiva da Educação Popular em Saúde* construído por meio de agenciamentos e conexões entre a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde em Pernambuco (Aneps/PE) e o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp-UFPE), no intuito de aprofundar as diversas possibilidades de exercer as masculinidades e, a partir desses aprendizados, propor políticas públicas em saúde do homem valorizando as singularidades e a educação popular em saúde.

⁵ É preciso colocar que o “subjetivo” aqui, não está posto, como na natural leitura do senso comum, em oposição ou contradição ao que é “objetivo”. No sistema semiótico que nos propomos a analisar, esses componentes possuem mais do que interfaces; formam uma mescla, uma trama complexa de relações entre si (AMORIM, 2006, p. 2).

a comunicação entre o objeto-tema e a comunidade com qualidade e com ênfase na subjetividade humana, trazendo em sua construção elementos que permitissem discussões sobre as visões hegemônicas das masculinidades e suas *re(des)construções*. Ao me entrelaçar ao projeto, não perdi “de vista que qualquer atuação amadora, ou mesmo tímida (não-atrevida, portanto), pode facilmente tornar-nos parte do sistema que nos propomos a combater” (AMORIM, 2006, p. 2).

Essa experiência se somou a outras tantas resultantes de busca ativa individual ou coletiva – necessidade premente de quem se sente protagonista de uma formação profissional consciente da multiplicidade de saberes e comprometida ética-esteticamente com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – facilitadas pelo movimento estudantil e pela extensão universitária, possibilitando a criação de novos territórios onde pudesse ser exercida uma medicina híbrida, nômade e *autonomizadora*.

O tridimensional em um único plano aparente

*Escrever nada tem a ver com significar,
mas com agrimensar, cartografar,
mesmo que sejam regiões ainda por vir*
Gilles Deleuze e Félix Guattari

Traduzir som, cheiro, paredes, fotografias, desenhos, objetos e composições da estrutura da mostra e também os olhares, passos e pensamentos de quem a experienciou em códigos impressos “capazes de expressar / transmitir um fragmento ínfimo e insuficiente de um mundo interior próprio” (COSTA, 2002, p. 135), eis para mim a possibilidade de refazer, sempre pela primeira vez, a luz e o caos. Talvez aí resida o peso e a mágica de “empalmar a matéria desfeita de muitas criações anteriores e moldá-la novamente, e outra vez, e mais outra, revelando novas e antigas formas, novas e antigas matérias, produzindo de novo resultados originais, incertos, indeterminados” (COSTA, 2002, p. 139).

Meu desejo é apresentar um registro que, assim como a mostra de artes visuais, seja *conectável-conectante, desmontável-desmontante*, reversível e adaptável a montagens de diversas naturezas, não como

mera reprodução de um conjunto de saberes, mas como o construtor de possibilidades para o desenvolvimento de saberes *singularizados-singularizantes*. Experimento, aqui, reinventar a arte na palavra escrita, considerando que, “na experimentação o pensamento engaja-se num processo do qual desconhece a saída e o resultado e é nisso que ele está profundamente vinculado à experiência do novo. O novo não é a eternidade, é a invenção” (LINS, 2005, p. 1.229).

Produzindo multiplicidade, nomadização e interatividade

*O pensamento parece uma coisa à toa
mas como é que a gente voa
quando começa a pensar⁶*

Lupicínio Rodrigues

O trabalho voltou-se para o desenvolvimento de uma instalação que contemplasse o caráter itinerante, interativo, inovador e transformador dos “modos de encodificação preestabelecidos” (GUATTARI, 2005, p. 22), fortalecendo o fluxo contrário ao atual no qual o “mercado converteu-se no principal – senão único – dispositivo de reconhecimento social” (ROLNIK, 1995, p. 2). A mostra de artes visuais e saúde disputaria a escuta, a permissividade ao fluido e a potência de experimentações em corpos-vibráteis,⁷ estes, atualmente, são dificilmente despertados devido à sujeição permanente, à captura por subjetividades capitalísticas.

Construí uma configuração física plástica que possibilitava a adaptação desta instalação a diversos espaços, bem como o acolhimento de manifestações artísticas e culturais locais numa “promiscuidade de interferências múltiplas” (ORLANDI, 2005, p. 33). Assim, constrói-se arte com várias mãos, contemplando subjetividades singulares e, assim, faz-se arte em seu princípio mágico de impermanência, contando com a interferência do público-ator protagonista.

⁶ Ouvir *Felicidade*, de Caetano Veloso.

⁷ “Corpo sensível aos efeitos dos encontros dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, simulação em matérias de expressão” (ROLNIK, 2006, p. 31).

O caráter interativo possibilita transmutar simples visitantes em complexos protagonistas sociais envolvidos na construção de novos conceitos e de outros territórios possíveis para a experimentação da saúde – do cuidar e do cuidar-se – e do *socius* como um todo, por múltiplos homens.

É essencial esta inter-relação do princípio simbólico da masculinidade, expresso em arte, com as várias identidades do público – as várias masculinidades – incitando-nos a ressignificar gênero e instaurando em nós fatores de a(fe)tivação⁸ acerca do processo de cuidado de si próprio e dos outros dentro de universos masculinos. “O sentido do objeto passa a depender inteiramente de experimentação, o que impede que o objeto seja simplesmente exposto, e que o receptor o consuma, sem que isto o afete” (ROLNIK, 1995, p. 4). O caráter nômade da instalação artística nega a fixidez e o sedentarismo comuns ao cotidiano, “reafirmando nossa inevitável oscilação [...] entre repousos e movimentos, entre lentidões e velocidades” (ORLANDI, 2005, p. 65) e entre nosso “poder de afetar e ser afetado” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 47).

A Mostra de Artes Visuais e Saúde foi inaugurada com a exposição no Teatro do Parque em Recife/PE, de 5 a 13 de abril de 2006, com o apoio da Aneps/PE,⁹ do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Foi remontada duas vezes no Centro de Artes e Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco, a primeira vez, de 20 a 23 de abril de 2006, compondo o Fórum Social Brasileiro e a segunda, de 19 a 22 de junho de 2006, durante o Congresso do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Encontrou-se também disponível, por vários meses, para visitas virtuais no sítio *Universos Masculinos*. Nestes territórios – reais e virtuais, passados

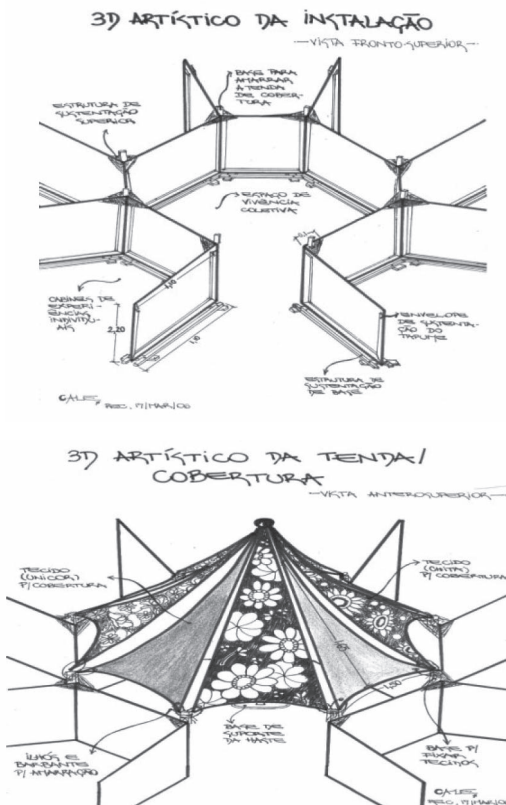
⁸ “[...] algo que desperte seu corpo vibrátil [...]. Pode ser um passeio solitário, um poema, uma música, um filme, um cheiro ou um gosto... Pode ser a escrita, a dança, um alucinógeno, um encontro amoroso – ou, ao contrário, um desencontro... Enfim, você é quem sabe o que lhe permite habitar o ilocalizável, aguçando sua sensibilidade à latitude ambiente” (ROLNIK, 2006, p. 39).

⁹ A Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps) foi criada em julho de 2003, com o objetivo de articular e apoiar os movimentos e práticas de educação popular e saúde, atuando por meio de processos de formação a partir das práticas cotidianas dos movimentos, com base no diálogo, na reflexão crítica e na construção das referências para a formulação de políticas públicas.

e presentes – multiplicam-se experiências e ações de maneira *reflexivo-reflexas*. Este “encontro com a disparidade” num cenário “povoado de signos intensivos” (ORLANDI, 2005, p. 68) foi fundamental para intitular “masculinidadeS” a Mostra de Artes Visuais e Saúde.

Um evento inovador como este se apresentava pertinente e coerente com a proposta de disputa ideológica do grupo *Universos Masculinos*, visto que possibilitava a ampliação do olhar sobre as questões de gênero e sobre as “diversas masculinidades possíveis”, passo este essencial para a construção de novas políticas públicas para os homens e sua saúde.

A tenda...



O formato da instalação “masculinidadeS” foi idealizado visando a integrar o conjunto de ações provocativas e geradoras de reflexões sobre masculinidades numa construção simbólica, ética e estética. A estrutura circular – em *mandala* – permite a fluidez de movimento do público, referenciando às cirandas como processos de integração popular e aos movimentos espirais como processos de construção de conhecimento desenvolvidos pela teoria da complexidade.

Inicia-se a experimentação. Sete cabines externas. Uma a uma. Circulando... Circundando... Cada qual oferecendo uma experiência individual ao abordar um tema *específico-infinito* dos universos masculinos. “A cada instante, um problemático alvoroço de encontros vai golpeando o meio da nossa imersão vital” (ORLANDI, 2005, p. 64).

Convite-experimentação UM: processo de socialização do menino

Nas paredes, estruturas móveis de duas faces convidam a explorar a dualidade rígida e estanque entre comportamentos hegemônicos padronizados ao gênero impostos socialmente durante a infância. O normativo, o homogeneizador, o *dever-ser* que fabrica crianças exatamente ao mesmo tempo em que as ofusca, castrando a liberdade *criativa-criadora* singular à fantasia infantil e detendo-as permanentemente em “*doces prisões sem grades*” (LINS, 2005, p. 1.237).

Arma na mão e pinturas de guerra na face de uma linda boneca de vestido rosa rodado... Uma meiga rosa vermelha na mão de um *duro-desarticulado* soldado de guerra soa e ressoa como a diabrura que faltava contra o que é sagradamente brinquedo-símbolo para determinar gêneros masculino e feminino.

A diferenciação de brinquedos é uma exigência da socialização realizada pelos adultos e não um desejo das crianças:

essa diferença [...] reflete, através das atividades lúdicas, a divisão dos papéis de gênero, a qual [...] baseia-se numa certa representação sociocultural dos papéis femininos e masculinos que tende a favorecer esta distinção de papéis. Isso resulta de uma manipulação social do gosto e da escolha da criança no que se refere a seu lazer ou brinquedo (GUARESCHI, 1994, p. 75).

Interface perceptível ao corpo

[...] Sentimos também o quanto esse meio é capaz de intensificar variadamente nossa sensibilidade e nosso pensamento.

ORLANDI, 2005, p. 65

Convite-experimentação DOIS: ser pai

Buscar ou inventar alguns outros espaços possíveis para o exercício da paternidade que não o de chefe provedor é a provocação presente neste espaço artístico e em diversos outros espaços do cotidiano onde se *carrega o papai no bolso e a mamãe no coração*.

Nos serviços de saúde, a paternidade, quando tratada, é ainda sob a ótica feminina, incluindo discretamente o pai nos períodos de gestação e parto. Não se reconhece o pai como cuidador responsável pela(o) filha(o). Está longe da raridade escutarmos dos profissionais de saúde como a primeira pergunta para o pai quando este traz a criança para o atendimento: E a mãe? Não veio por quê?

Percebemos arraigadas nas estruturas familiares a rígida discriminação das responsabilidades pela(o)s filha(o)s entre mães e pais, raramente possibilitando interseções ou fluidez entre tais. Isto reflete a não-compreensão de modelos familiares não-padronizados com dois ou mais pais, duas ou mais mães.

Interface perceptível ao corpo vibrátil...

“Linhas de fuga” que forcem “bifurcações no meio”, que radicalizam as “desterritorializações” nos “espaços lisos”

KAMPER, 2002, p. 71

Convite-experimentação TRÊS: o homem e o tabagismo

Duas séries alinhadas de fotografias... Na primeira, alguns instantes de prazer de uma tragada capturados por uma câmera fotográfica... Na segunda, a *involução ininterruptível* de uma rosa que disparou o processo de morte. Um grande recipiente ao centro, cheio de restos de cigarros que adubam quatro ou cinco rosas sem vida.

A linguagem fotográfica, a composição artística dos objetos, as cores e os cheiros estampam no espaço o questionamento do *modus* como são

vivenciados o cuidado e os adoecimentos de si e dos outros e a forma e a finalidade de como os masculinos percebem e usam seus corpos.

Interface perceptível ao corpo vibrátil...

[...] incitar no receptor a coragem de expor-se ao grasnar do bicho; o artista como “propositor” de condições para este afrontamento

(ROLNIK, 1995, p.04).

Convite-experimentação QUATRO: lugar de homem é na cozinha!?

Este espaço se destinava a provocar discussões a respeito de um necessário redimensionamento da função masculina no cotidiano doméstico.

Para desenvolver esta discussão, dever-se-ia partir de uma análise crítica sobre as mensagens – implícitas e explícitas – transmitidas pelas propagandas vinculadas à mídia impressa, TV e rádio. Nestas, são sempre as mulheres que vão ao supermercado, que compram e utilizam materiais de limpeza, que lavam as roupas e limpam a casa. Também ensinam suas filhas a “arte feminina do cuidado doméstico” enquanto os filhos sujam-se jogando bola.

As artes gráficas utilizadas ironizavam as imagens publicitárias que insistentemente relacionam figuras femininas a atividades domésticas e corpos femininos – dentro do *capitalístico* padrão de moda e beleza – às atividades de lazer masculinas.

Interface perceptível a corpo vibrátil...

Corpovibrátil, sensível aos efeitos da agitada movimentação dos fluxos ambientais que nos atravessam (ROLNIK, 1995, p.07).

Convite-experimentação CINCO: hipermasculinidade e violência

Nas paredes laterais, colagens de papel jornal contendo reportagens sobre perdas de vidas ou da integridade das funções físicas ou psíquicas sofridas por homens devido a atos de violência urbana e sofridas por mulheres devido a atos de violência doméstica.

Na parede central, um texto da literatura nordestina, de autoria de Jessier Quirino, retratava o modelo de masculinidade hegemônica que demonstra sua virilidade pela capacidade de violentar.

O chão desta cabine estava preenchido por cruces de madeira representando vidas perdidas como vítimas de rivalidades masculinas violentas e de violência contra mulheres.

Este espaço visava à discussão sobre gênero e violência, entendendo o cenário e os fatores disparadores destas violências no *modus capitalístico* em que operam os agenciamentos massivos da sociedade atual. Nesta tal sociedade cabem pseudoindivíduos masculinos que na representação ética e estética *não pode ter nome, só pode letra; não pode ter olhos, só tarja preta*.¹⁰

Por meio do esclarecimento sobre o tema, buscam-se brechas para dar passagem às singularidades com potência para a construção de culturas mais igualitárias e solidárias.

Interface perceptível ao corpo vibrátil...

[...] que o festim do entrelaçamento da vida com a morte extrapole a fronteira da arte e se espalhe pela existência afora. [...] que o próprio objeto tenha o poder de promover este desconfinamento ROLNIK, 1995, p. 4.

Convite-experimentação SEIS: sexualidade e saúde reprodutiva

Balões de fala – como os dos “quadrinhos” – contendo comentários e dúvidas expressas por homens em grupos de discussão sobre saúde reprodutiva e sexualidade estão suspensos neste espaço. O público, ao manuseá-los e ao transitar entre estes balões, pode aproximar-se, apropriar-se e confrontar seus próprios pensamentos com os ali expostos, travando um diálogo *esquizo* com diversas outras masculinidades.

Estimula-se aqui a disputa contra a exclusão histórica dos homens nas discussões sobre contracepção; gestação; satisfação com o ato sexual; risco e medidas preventivas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST e Sida) e reconhece-se que homens interferem de forma decisiva na saúde reprodutiva do casal, determinando muitas vezes o comportamento sexual feminino, bem como riscos a saúde do casal.

¹⁰ Ouvir *Batalha Naval*, de Pedro Luís e a Parede.

Interface perceptível ao corpo vibrátil...

Quando nos permitimos “viajar”, nos possibilitamos *conviver com uma certa errância, perder tempo, explorar o meio com olhos atentos aos signos e penetrar em semióticas novas* (KASTRUP, 2001, p.207).

Convite-experimentação SETE: arte e masculinidades

O colorido cheio e forte de manifestações artísticas populares pernambucanas – Cavalos Marinho e Maracatu Rural – invadem este espaço. Esses rituais, compostos originalmente apenas por homens, possuem um valor patrimonial do universo masculino que expõe seu senso estético e criativo em coloridos viris e sua consciência de multiplicidade de movimentos corporais em danças dinâmicas.

“Fortes e gentis, portanto uma flor branca na boca”, escancaram o híbrido de beleza e gentileza da manifestação desta arte peculiar ao universo masculino com a força e a dureza da vida desses mesmos homens no eito do cotidiano, trazem “a energia dos engenhos de açúcar, do trabalho bravo e de homem que vive e experimenta o carnaval como mundo possível, tocando o liberado e transgressor tempo do carnaval, que também é possível, para explodir em cortejos invasores [...]” (LODY, 2005, p. 62).

As cores e o vigor dessas verdadeiras sociedades masculinas dão ao Maracatu Rural e ao Cavalos Marinho o sentido e o espaço do trabalho, da criatividade, da sensibilidade e da simbolização dos masculinos pernambucanos.

Interface perceptível ao corpo vibrátil...

[...] invenção é sempre invenção de novidade sendo, por definição, imprevisível (KASTRUP, 2001, p.208).

Convite-experimentação COLETIVA:

conjunção masculinos-femininos: a ciranda

Este espaço central deveria ser o último espaço a ser percorrido no circuito, sendo o momento-ápice da Instalação. Além da arte própria deste espaço central, ele poderia transformar-se em palco de manifestações artísticas populares – artes cênicas, sonoras e

performances corporais – possibilitando, assim, *hibridizar* com a arte e a cultura do local que recebia a instalação.

O espaço trabalhava o feminino e o masculino a partir de uma concepção de potencialização dos conjuntos – de indivíduos e de sentimentos – e nunca de antítese, procurando os territórios possíveis na interface feminino-masculina. Incitava a discussão das diversas formas de junção entre o masculino e o feminino, à luz da integralidade e da equidade de gênero.

Olhando para as paredes... papel, tecidos, pés e cabeças fotografadas desenham figuras feminino-masculino-humanas de mãos dadas em uma grande ciranda. A literatura está presente no chão, com frases referentes ao tema deste espaço. Olhando para cima... a dança harmoniosa de tecidos em tenda na alternância de cores sóbrias e chitas, chitas e cores sóbrias, fazendo alusão à mescla sincrônica de femininos e masculinos.

Proporcionava questionamentos sobre a construção de outras masculinidades possíveis e suas relações e fronteiras com o feminino, preservando, valorizando e convergindo suas diferenças em seres mais humanos.

Por fim... e não no fim...

O cotidiano inchado de discussões e questionamentos, sugestões e julgamentos, anúncios e condenações, estímulos e negações sobre as múltiplas maneiras de exercer as masculinidades, deixa facilmente transparecer a necessidade da abordagem criativa, inventiva e significativa de Políticas Públicas para a Saúde Integral dos Homens sem ser fixa e sem possibilitar falar em regimes estáveis ou em resultado previsíveis.

As experiências possíveis ao produzir, ao visitar e revisitar a Mostra de Artes Visuais e Saúde: “masculinidadeS”, são intensas em cada espaço, sendo diferentes do cotidiano em geral por serem como pílulas concentradas que se dissolverão ao longo de tempos e espaços peculiares a cada *experenciador*. Por serem diferentes – aqui sem algum juízo de valor – causam estranhamento. E o estranhamento é o fator disparador de aprendizagem problematizadora e inventiva, “pois a

aprendizagem começa quando não reconhecemos, mas, ao contrário, quando estranhamos, problematizamos” (KASTRUP, 2001, p. 208).

A arte nesta experiência não se deu como “um alvo, mas como um atrator caótico” (KASTRUP, 2001, p. 210) para a criação-invenção de *problemas* e não primariamente para a solução deles. A arte porta a potência do diferente, estimulando a não-adaptação a um meio dado e absoluto, mas a criação de outros mundos possíveis.

Referências

- AMORIM, A. *Estratégias de comunicação e masculinidades*: produção desejan-te de processos polifônicos. Recife, 2006. (mimeo)
- _____. *Internato de saúde coletiva em Caxias do Sul/RS*: breves notas cartográficas de uma vivência. Caxias do Sul, 2005. (mimeo)
- CECCIM, R.B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 259-278.
- COSTA, J. Criar, comunicar e expandir. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E.A.; ALMEIDA, M.C. (Orgs.). *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, 2002, p. 135-140.
- CRUZ, E.F. “Quem leva o nenê e a bolsa?": o masculino na creche. In: ARILHA, M.; MEDRADO, B.; UNBEHAUM-RIDENTI, S.G. (Orgs.) *Homens e masculinidades*: outras palavras. São Paulo: Ecos, 1998, p. 235-255.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 5. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997.
- GUARESCHI, N.M.F. Escola e gênero: elas brincam de roda, eles jogam bola. In: CARDOSO, R.S. (Org.). *É uma mulher....* Petrópolis: Vozes, 1994.
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.
- KAMPER, D. Os padecimentos dos olhos. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E.A.; ALMEIDA, M.C. (Orgs.). *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, 2002, p. 116-121.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, D. (Org.). *Nietzsche e Deleuze*: pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001, p. 207-223.
- LINS, D. Manguê's School ou por uma pedagogia rizomática. *Educação e sociedade*, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1229-1256, set-dez. 2005.
- LODY, R. *Pernambuco popular: um toque de mestre*. Recife: Relicário Produções, 2005.

ORLANDI, L.B.C. Anotar e nomadizar. In: LINS, D. (Org.). *Razão nômade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 33-75.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006.

_____. Lygia Clark e a produção de um estado de arte. *Imagens*, Campinas, n. 4, p. 106-110, abril 1995. Disponível em: <http://www.caosmose.net/suelyrolnik/pdf/arteci.pdf> Acessado em: 19jun. 2007.

Gênero e sexualidade: saber popular, integralidade e produção de saúdes

ALEXANDRE AMORIM¹

Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for.

Porque todos, todos temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada pelos demais.

Eduardo Galeano

Uma pequena introdução ou o que move nossos desejos em direção à mudança

Vivemos uma era da modelização das subjetividades. Por meio de diversas estratégias, desde as mais complexas às mais pueris, o Capitalismo Mundial Integrado (CMI)² tenta (e com grande margem de sucesso consegue) tornar-se interessante aos nossos olhos, e conseqüentemente tornar-nos absorvíveis a “padrões de desejo universais, na verdade em torno do consumo, da captação de capital” (RIBEIRO; MOLIN, 2000, p. 93). Inseridos numa época de rápida

¹ Médico, especialista em Saúde da Família com Enfoque Multiprofissional e especializando em Psiquiatria, é pesquisador do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde – vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² CMI – Capitalismo Mundial Integrado é um termo criado por Félix Guattari, nos anos 1960, como desafio ao termo “globalização”, entendendo que as questões referentes ao capitalismo globalizado, são mais do que relações de dominação de mercado ou apenas economia de mercado. É mundial porque atinge países a princípio livres de sua influência (como os países comunistas do período) e integrado porque se insere sem limite em todos os meandros constituintes da sociedade contemporânea. Esse padrão toma a subjetividade, constituindo perfis modelizados aos modos de ser, de ser feliz, de vestir-se e de lutar por direitos humanos. Perde-se a singularização, enquanto reivindicam-se singularidades identitárias *prêt-à-porter*.

transmissão de dados, onde as velocidades de deslocamento aumentam exponencialmente, somos conduzidos a seguir numa esteira rolante que nos move sobre eixos paralelos, enquanto somos compelidos a nos deslocar permanecendo parados,³ tendo o nosso andar condicionado pelos lançamentos do mercado. O que se coloca “à margem dos grandes ícones acaba desaparecendo por uma necessidade maníaca do novo, imposta pelos grandes mercados. Uma cultura de massa é lucrativa se for homogênea e coesa, uma verdadeira “massa” sem espaços ou diferenciações” (RIBEIRO; MOLIN, 2000, p. 93).

As diferenciações sofrem pressões de captura e são, em sua maioria, drenadas pelo sistema-ralo mais rápido do que possamos perceber. Compartilhando com Guattari e Rolnik (2005, p. 57), apareceria a ideia de que nesta “era”, nesse momento histórico em que nos encontramos, singularizar-se⁴ é um atrevimento. Exercícios de autoprodução – atrevimento e singularização – aumentam nossas chances de sucesso na invenção de “revoluções moleculares”,⁵ necessárias quando consideramos que a problemática do questionamento do sistema capitalístico não é mais do domínio exclusivo das lutas políticas e sociais em grande escala ou da afirmação da classe operária, não podemos mais classificar nossos opositores em rubricas claramente delimitadas. Torna-se estratégico desenvolver dispositivos para atuar na subversão dos processos modelizados e modelizadores.

Nesse contexto, um bom motivopara que gênero e sexualidade façam parte de uma agenda atual de discussões ou de estudos é notoriedade. *Links* cibernéticos associados às ameaças constantes dos vírus do mundo real (?), criam um espaço virtual onde várias sensações ocorrem sem que haja troca de fluidos, onde na maioria

³ Imagem-analogia inspirada no filme Pink Floyd: The Wall, produzido no ano de 1982, pelo diretor britânico Alan Parker, e escrito pelo então vocalista e baixista da banda Pink Floyd, Roger Waters.

⁴ Entendido aqui como processo de resistência aos empreendimentos capitalísticos de nivelção e aprisionamento das subjetividades. É desfazer-se dos sistemas modelizadores e permanentemente recusá-los.

⁵ Revolução Molecular é um termo trazido por Guattari. O “molecular” é da ordem dos fluxos, dos devires, das transições de fases e das intensidades. É o si mesmo, o ser, o ser-aí, o ser-aí-junto-com. Uma revolução nessa esfera põe tudo de pernas para o ar, aceita a inventividade do que há para ser.

das vezes as pessoas envolvidas nunca se encontram e provavelmente sequer gostariam de fazê-lo. *Reality shows* expõem as relações criando um ambiente de consumo, materializando a metáfora de Orwell. A intimidade sexual é amplamente vendida na Internet, vemos que “as muitas formas de ser mulher ou homem, as várias possibilidades de viver prazeres e desejos corporais são constantemente sugeridas, anunciadas, estimuladas, condenadas, reguladas ou mesmo negadas” em dispositivos públicos (LOURO, 2000, p. 121).

Considerando que gênero não se refere unicamente a homens e mulheres e que as associações homem-masculino e mulher-feminino não são óbvias, lançar-se à aventura de trabalhar com este tema na contemporaneidade – numa perspectiva implicada e atrevida – exige um constante exercício inventivo/criativo, “devendo-se considerar as percepções sobre masculino e feminino como dependentes e constitutivas às relações culturais, procurando não essencializar sentimentos, posturas e modos de ser e viver de ambos os sexos” (MATOS, 2001, p. 47-48). Aproximando o foco, como em um olhar-vídeo,⁶ considerando as colocações de Medrado (1998, p. 158), encontramos que “a masculinidade hegemônica – branca, heterossexual e dominante – é um *modelo* (grifo meu) cultural ideal, não sendo, portanto, atingido por nenhum homem. Contudo enquanto padrão, ela exerce um efeito controlador”.

Desta forma, em um momento em que decidimos nos implicar na construção e execução de um projeto pautando as *masculinidades e as políticas públicas*, escolhemos, como atores sociais (protagonistas políticos da criação/da invenção de vida), mover nossos devires em direção ao desenvolvimento de “um enfoque analítico sobre a construção da masculinidade, à manutenção das hegemonias e todas as tramas de poder que permeiam as relações de gênero” (MATOS, 2001, p.47). Falo do projeto Universos Masculinos, que apresento brevemente, para motivar o debate – demandado hoje na pesquisa

⁶ É a instância do olhar em que “mesmo que não manipulem uma câmera, adquire-se o hábito de observar certas manifestações semióticas que escapam ao olhar comum [...] permite visualizar a múltipla superposição da enunciação: uma visão de si mesmo, enquanto encarnação concreta [...] que restitui em *feedback* o conjunto desses níveis superpostos” (GUATTARI, 1992, p. 18-19).

em *Saúde Coletiva, Integralidade e Políticas Públicas* – sobre gênero e sexualidade. Neste texto inter cruzado pela temática do saber popular, da integralidade e da produção de saúdes.

Em busca de novos sentidos e significados ou inventando nomes para um coletivo agenciador de enunciações

Quando nos primeiros encontros do grupo de pesquisa-ação – como responsável pelo Grupo de Trabalho de comunicação, do projeto *Promoção à Saúde do Homem na Perspectiva da Educação Popular em Saúde* – lancei-me ao desafio de escrever o primeiro substrato textual deste projeto, tendo em vista o III Encontro Nacional da Rede de Educação Popular em Saúde.⁷ Recusei-me, então, a me apoiar no texto base que o grupo dispunha, seu texto institucional, sob a forma de projeto. Minha escolha foi um híbrido entre a forma de projeto e um texto de maior profundidade, somada com pitadas de atrevimento à moral. “Para pensar a masculinidade como diversidade no bojo da historicidade de suas inter-relações, rastreando-a como múltipla, mutante, e diferenciada no plano das configurações de práticas, prescrições, representações e subjetivações” (MATOS, 2001, p.47), haveríamos de criar conceitos que coubessem a nós e aos nossos desejos, ao mesmo tempo em que nos transcendessem, para além do nosso controle, tal qual o Marcelo (do livro *Marcelo Marmelo Martelo*),⁸ de Ruth Rocha. Desta aventura criadora, nasceu o nome utilizado pelo coletivo agenciador de enunciações: **Universos Masculinos. *Multa paucis!***⁹

Nosso primeiro ato seria transgredir a própria linguagem, num exercício subversor! Eu pensava, com Deleuze (2006, p. 09),

⁷ O III Encontro Nacional da Rede de Educação Popular em Saúde aconteceu conjuntamente com o IV Fórum Nacional de Educação e Saúde, em Brasília de 11 a 14 de dezembro de 2005 e foi a primeira “aparição institucional” do *Universos Masculinos – Grupo de Pesquisa e Ação*. Lá, foi apresentado pelo grupo o Projeto de Promoção à Saúde do Homem com a perspectiva da Educação Popular em Saúde, em um espaço de exposição dialogada.

⁸ *Marcelo Marmelo Martelo*, escrito por Ruth Rocha em 1976, é um livro infantil que traz a história de Marcelo, um menino que, insatisfeito com “o nome das coisas”, resolve que vai chamar as coisas ao seu modo (Leite vira *Suco de Vaca*, cachorro vira *Latildo* etc.).

⁹ Expressão em latim que significa dizer muitas coisas em poucas palavras.

que, “arrastando a língua para fora de seus sulcos costumeiros, levando-a a delirar”, conseguiríamos ampliar nossos olhares sobre os elementos a que nos lançávamos conhecer e apreender. Compondo “plurais” que podem, aos olhos mais desatentos, parecer confusos ou ortograficamente impróprios, o nome nascido e posteriormente assumido deu conta de deixar soar a voz infinitamente polissêmica da temática que escolhemos abordar, bem como, ao longo do tempo, acabou por nos emprestar um caráter irrevogavelmente múltiplo.

Jogando com as palavras, fazendo a língua escapar, colocando o gênero masculino no plural, para convidá-lo (o ser masculino) a ser múltiplo, a ser vários. Um convite atrevido à ruptura. Algo tão aquilo-mesmo-que-é-e-está-feito, convidado a mudar. De outro lado, emprestando a ideia de *Pluriverso*¹⁰ de Remo Bodei (2003), a brincadeira linguística de colocar no plural algo como o Universo (único e existente por si, que não se encontra entre duas outras coisas, que não interage com nenhuma outra coisa, que é eterno e que ocupa todo o espaço), nos fazia perceber as inumeráveis possibilidades percebidas para a “criação de novos territórios possíveis para as masculinidades”.

Desterritorializar-se. Deixar um território – “conjunto de projetos [...] e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente toda uma série de comportamentos [...], nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 388) – para construir outras possibilidades, outras territorialidades. Sobre este movimento, atua ainda o capitalismo, numa constante reterritorialização, uma constante recaptura dos processos de desterritorialização das relações sociais, culturais e de produção.

Especialmente para a gerência dos processos de comunicação de um projeto com as características que já foram aqui brevemente apresentadas (adicionadas ainda às provocações em andamento), existia o consenso de que só a partir da criação de novos conceitos pode-se disputar a legitimidade dos conceitos existentes, hegemônicos.

¹⁰ O filósofo italiano Remo Bodei traz o convite à experimentação de um “Pluriverso como proposta de caminho para que possamos sair daquele que cremos ser um universo compacto (*uni-versum* no sentido etimológico que possui uma única direção)” (BODEI, 2003, p.10).

Como nos coloca Sílvia Gallo (2005, p. 41), “a criação de conceitos é, necessariamente, uma intervenção no mundo, ela é a própria criação de um mundo. Assim, criar conceitos, é uma forma de transformar o mundo; permitem [...] criar um mundo a sua maneira”.

As estratégias e dispositivos de comunicação: lançando-se ao desafio sem bote salva-vidas

A partir da análise de Araújo e Cardoso (2005, p. 240), de que “desde meados da década de 80, vem-se evidenciando a necessidade de novas concepções e práticas comunicativas para o Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de superar as formas mais tradicionais de comunicação e educação sanitária”, as estratégias de comunicação deste projeto possuíram desde o início a peculiar característica – nada despropositada – de reconhecer e desterritorializar atividades de comunicação institucionalizadas ao mesmo tempo em que, em movimentos circulares e constantes, as lançava em direção às estratégias de comunicação popular fazendo com que se chocassem, hibridizando-se. Sentíamos em muitas ocasiões o conhecimento popular estendendo seus rizomas e tomando espaços institucionais, transformando-os.

Ao começarmos os trabalhos, utilizando-nos da recriação de ferramentas populares e institucionais, foi definido, como princípio de todas as ações, atuar sobre os sentidos sociais disputando as subjetividades e, assim, criando brechas: linhas de fratura no sistema. Gerando estas linhas de fuga e por sua vez gerando possibilidades de aumento da autopele dos atores, nos movíamos para convocar desterritorializações de desejos e sentimentos cristalizados. Este processo de se *convocar vontades* (devires)¹¹ “significa convocar discursos, decisões e ações no sentido de um objetivo comum, para um ato de paixão” (TORO, 1995 apud MOREIRA, 2001, p. 152).

Por meio de uma atuação estratégica de comunicação, seria possível ocupar vácuos ou mesmo desterritorializar territórios existenciais antes postos, desconstruindo imagens vigentes, afinal “políticas públicas só se configuram como tais quando assumem visibilidade e são

disponibilizadas por meio de processos comunicacionais, mediados pelas instituições e que caracterizam uma ação de intervenção social” (ARAÚJO, 2002 apud ARAÚJO; CARDOSO, 2005, p. 241).

Entendendo que “a comunicação é o processo de produzir, fazer circular e favorecer a apropriação dos bens simbólicos: opiniões, crenças, saberes e orientações, slogans, propostas, políticas, pontos de vista, discursos, enfim” (ARAÚJO; CARDOSO, 2005, p. 242), sabíamos que havia chance real de incorrer em vieses instrumentais a cada passo, nos distanciando muitas vezes dos objetivos almejados. Desta forma, por exemplo, foi trabalhado cuidadosamente o valor de instrumentos como fôlderes, panfletos cartazes e *websites*, como primeiros passos para construir parcerias e pontes institucionais, mas recusando sempre a visão e as práticas instrumentais. Tentava-se mesmo, nesses vínculos comunicativos, inventar ferramentas que pudessem ser operadas mais processualmente.

Tínhamos em mente que nossa principal tarefa era descobrir quais eram e onde estavam às vozes “ocultas”, abafadas pelos meios hegemônicos de comunicação e principalmente como fazer essas vozes soarem altas. Recusávamos os modelos comunicativos transmissionais. O verdadeiro desafio colocou-se proposto em outras atividades: as que comunicavam multilateralmente vários mundos possíveis e realizando agenciamentos com os saberes e as práticas populares.

Ao longo desse ano, pudemos produzir de maneira desejante (inventando, experimentando e vivenciando) exitosas experiências de comunicação, fora dos modelos higiênicos, sanitários, educativos. Realizamos a *Mostra de Artes Visuais e Saúde – masculinidadeS*, tratando dos vários temas de masculinidade – da infância ao comportamento hipermasculino da violência – que numa proposta nômade e desterritorializada, montável-desmontável, cumpriu seus papéis em vários espaços-tempos, sendo possível recriar transformações em cada nova instalação de forma interativo-transformativa, considerando que “o processo de subjetivação não é visto por nós como destino inexorável de serialização de indivíduos”, [...] portando assim, “simultaneamente, a possibilidade de reapropriação, subentendendo que os sujeitos são agentes, aos quais se permitem escolhas” (MATOS, 2001, p. 49).

¹¹ Os devires (plural de devir) operam junto com os Afetos, os fluxos de desejo. São o princípio da produção desejante.

Nas várias *Caminhadas pela Saúde do Homem* (realizadas na capital e região metropolitana de Recife) e na campanha *Saúde Também é Coisa de Homem*, realizada nos estádios de futebol dos principais times do estado de Pernambuco, pudemos apreender mais sobre o que as vozes que realmente queríamos ouvir de fato diziam. Muito mais do que informar o que é ou não saúde de forma prescritiva, criávamos espaços *poéticos*¹² para troca de saberes entre os relatos populares (de saúde, de cuidado e de políticas públicas) e nossas produções acadêmicas, permitindo sempre a criação de uma via múltipla de desafio aos territórios existenciais, desfazendo “noções abstratas de ‘homem’ enquanto identidade única, anistórica e essencialista” (MATOS, 2001, p. 47).

Nas mostras de vídeo (*O homem além do que se vê*), conseguimos abrir à população em geral as salas de exibição de um cinema da cidade, feito que por si só (antes até da discussão sobre a temática da saúde do homem) já nos permitiu uma rica troca de sentimentos, já que o mercado define – geralmente com pouca ou nenhuma flexibilidade – quem entra-e-participa ou não em espaços como este. Nas discussões (sobre xenofobia, sexualidade, paternidade etc.), rompemos com o doloroso silêncio imposto pelos exercícios restritivos da *masculinidade hegemônica*¹³ em nossa sociedade. Os debates após a exibição dos filmes permitiram que a população em geral ali sentada fizesse soar sua voz por tanto tempo calada sobre estes assuntos, libertando subjetividades no momento em que valorizava e validava as “variações nos comportamentos masculinos e femininos que não se encaixam nos preceitos [sociais vigentes], formando assim uma [...] trama discursiva normativa sobre homens e mulheres, e não se constituindo num referencial fixo” (MATOS, 2001, p. 50).

No festival de teatro popular, articulamos grupos de teatros *populares e de rua* de Recife – construindo uma rede protagonista – levando

estas apresentações às comunidades na capital, região metropolitana e interior. Novamente nos percebíamos numa relação de circularidade, movendo nossos devires e abrindo um campo vivencial ao qual aquelas pessoas não estavam acostumadas: o estranhamento como mecanismo disparador de *poiesis*! Construimos com estes grupos os roteiros para as peças, que por sua vez, se reconstruíam com a participação do público, disparando em sucessão mais e mais redes de atores-multiplicadores poético-políticos, já que “todo teatro é necessariamente político, porque políticas são todas as atividades do homem, e o teatro é uma delas, compreende-se que o mesmo pode ser uma arma muito eficiente de dominação ou de libertação” (BOAL, 2005, p. 11).

Vivemos ainda uma insólita experiência transformadora quando articulamos várias Rádios Comunitárias do estado, participando de entrevistas e debates com a população *in loci*, abrindo espaço para que educadores populares se apoderassem destes espaços (muitas vezes nem mesmo por eles conhecidos), utilizando uma brecha nos meios de comunicação de massa, possibilitando a subversão inclusive de “esquemas de poder, todos esses sistemas de liderança, tal como são manipulados pela mídia” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 59). Construimos ainda com educadores populares das comunidades pequenas *rádio-novelas*, que utilizando uma linguagem popular tradicionalmente nordestina (como as da *Literatura de Cordel*),¹⁴ problematizavam questões sobre a saúde do homem, o autocuidado e a violência, em espaços-programas nas rádios comunitárias.

(In)conclusões: que linhas do desejo predominam na existência que está sendo cartografada?¹⁵

Quando aceitei esta caminhada, percebendo “*que as discussões deslocavam-se da identidade feminina e masculina para as subjetividades múltiplas e não unificadas, devendo a própria noção de identidade*

¹² “A Poética é um agenciamento estético e político. A poesia (e a arte em geral) tem o potencial de nos colocar sintonizados a mundos de sensibilidade – de si e do outro (em alteridade) – sendo a sensibilidade em si mesma relação” (AMORIM, 2007, p. 5).

¹³ “A masculinidade hegemônica é sustentada e mantida por grande parte do vasto segmento dos homens que se sentem gratificados, usufruem seus benefícios e, dependendo da situação e da relação estabelecida, pode acionar diferentes atribuições de masculinidade, mas é também mantida por boa parte das mulheres que concedem a tal hegemonia” (MATOS, 2001, p. 50).

¹⁴ A literatura de cordel é um tipo de poesia popular, originalmente oral e depois impressa em folhetos rústicos, expostos para a venda pendurados em cordas ou cordéis. São escritos em forma rimada e alguns poemas são ilustrados com xilogravuras. Os autores (ou cordelistas) recitam estes versos de forma melodiosa e cadenciada, acompanhados – por vezes – de violas.

¹⁵ Primeiro tópico do Roteiro de Indagações para Cartografia Sentimental (ROLNIK, 2006, p. 226).

ser historicizada e problematizada junto à imagem de interioridade e essência que a constituía” (MATOS, 2001, p.48), imaginava que se abriam possibilidades. Isto me conduzia.

Com meu trabalho como gerente de comunicação, propondo e agenciando – com o coletivo – algumas aventuras do pensamento que se inscreviam na lógica da criação de novos conceitos, acreditei ser possível desafiar a legitimidade dos conceitos existentes, ditos hegemônicos, e que subvertendo as relações de poder instituídas poderíamos criar outros territórios existenciais possíveis. Por isso, focar o trabalho na produção desejante, nos afetos, nos devires e nos processos de subjetivação. Por isso, reconhecer que o “popular fornece ao discurso científico um modelo (uma modelagem, não a modelização) [...] então se poderiam compreender as alternâncias e cumplicidades, as homologias de procedimentos e as imbricações sociais que ligam as ‘artes de dizer’ às ‘artes de fazer’” (CERTEAU, 1994, p.153).

O processo de construção de subjetividades convive com a imposição coercitivamente atada às homogeneizações de determinados modelos culturais hegemônicos – estratégias que são orientadas pelo controle dos desejos e das vontades –, em que se objetiva moldar, regular (MATOS, 2001, p. 49).

As subjetividades, não obstante, onde possam ser encontradas, são todo o tempo tomadas por afetos e desejos cambiantes, onde o mestiço, o híbrido e o nômade – uma vez que se encarem a instabilidade e o estranhamento como possibilidade de criação e recriação de territórios existenciais – nos indicam na turba contemporânea a possibilidade de cartografias fluidas e mutáveis para subverter e transgredir a realidade modelizadora. Desta forma, a comunicação válida apenas se agenciada como transformação de mundos, como forma de empoderamento e libertação. Libertou-nos, enquanto coletivo agenciador, de nos cristalizarmos em nosso conhecimento – construto acadêmico – e nos permitiu vivenciar a educação popular em saúde de forma implicada. Afinal, “a comunicação só se faz quando há troca de sentimento e afeto, que criem sentido para a comunidade. Fora isso é somente informação, não comunicação. O ato de comunicação requer interpretações e sentidos compartilhados” (MOREIRA, 2001, p.151).

Tudo inicia e finaliza-se na colocação de um ponto de vista, de uma forma de ler o mundo. Esta tem de ser plural e singularizadora. Precisa estar clara em nossos coletivos de *agenciamento de enunciações*. As propostas do grupo de trabalho de comunicação começam e terminam em pontos semelhantes e diferentes, sem redundar. Estratégias polissêmicas e polifônicas: produção desejante de processos *poéticos*. Vários sentidos e significados. O devir-trasformador, *autopoietico*. Várias vozes para os igualmente vários comunicantes. Muitos ouvidos e bocas (mas visceralmente conectados a corpos vibráteis e desejos). Comunicação libertária, onde, “se deixarmos fluir, ouvindo, respeitando, participando, somando, criando sentido (ou sentidos) para a comunidade envolvida, vamos perceber seu poder de transformação e mobilização social” (MOREIRA, 2001, p.154), sendo possível inventar dispositivos eficientes de descentramento de poder e empoderamento dos saberes populares, e conseqüentemente, realizar revoluções reais desde o molecular.

Referências

- AMORIM, A. *Poética política e o movimento estudantil de medicina: algumas reflexões sobre o protagonismo estudantil*. Curitiba, 2007. (mimeo)
- ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. Circulação polifônica: comunicação e integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 239-251.
- BOAL, A. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. 7 ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- BODEI, R. *As lógicas do delírio: razão, afeto, loucura*. Bauru: Edusc, 2003.
- BUNGE, M. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Perspectivas, 2002.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GALEANO, E. *O livro dos abraços*. Porto Alegre: L&PM, 2005.
- GALLO, S. *Deleuze e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- LOURO, G.L. Porque estudar gênero na era dos cyborgs. In: FONSECA, T.M.G., FRANCISCO, D.J. (Orgs.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2000, p. 121-128.

MATOS, M.S. de. Por uma história das sensibilidades, em foco a masculinidade. *História: questões & debates*, v.18, n.34, , p. 45-63, jan-jun 2001.

MEDRADO, B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: ARILHA, M.; MEDRADO, B.; UNBEHAUM-RIDENTI, S.G.. (Org.) *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34, 1998, p. 145-161.

MOREIRA, R. Comunicação e reabilitação psicossocial. In: VALENTINI, W.; HARARI, A..(Org.) *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001, p.137-155.

RIBEIRO, C.J.S.; DAL MOLIN, F.A. Fluidos (in)fluxo ou como escapar da solidez. In: FONSECA, T.M.G.; FRANCISCO, D.J. (Orgs.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, p.87-98, 2000.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2006.

